1. Петриченко Т. В. Перша медична допомога : підручник. – К. : ВСВ “Медицина”, 2015. – С. 96–100.

**8. Тема:** Загальні принципи транспортної імобілізації при переломах.

**Кількість годин** – 2

**Вид заняття:** Лекція

**Мета заняття:**

**навчальна:** знати загальні принципи транспортної імобілізації при переломах;

**виховна:** використовувати в практичній діяльності набуті знання.

**Міжпредметні зв’язки:** анатомія та вікова фізіологія дитини.

**Матеріально-технічне забезпечення заняття:**

Бинти марлеві різних розмірів, косинки, тести.

**Організація заняття:**

Вітання, перевірка явки студентів і готовність аудиторій до заняття.

**Мотивація:**

показати необхідність використовувати вміння накладання шини при переломах.

**План**

1. Класифікація переломів.
2. Загальні принципи транспортної імобілізації.
3. Надання невідкладної допомоги при переломах.

**Активізація розумових здібностей:**

Кожен громадянин повинен надавати невідкладну допомогу, володіти технікою накладання шин.

**Самостійна робота:**

оволодіння технікою накладання шин на кінцівки.

**Домашнє завдання:**

підготуватись до накладання та імпровізованих шин на кінцівки.

**Викладач Воробель А. В.**

**ТЕЗИ**

1. Класифікація переломів.

**Переломи кісток**

Переломом називається повне або часткове порушення цілості кістки під впливом зовнішньої сили.

**За** походженням переломи поділяють на природжені і набуті.

**Природжені переломи** виникають у внутрішньоутробному періоді розвитку і є результатом неповноцінності скелета пло­да. Виділяють акушерські переломи, які настають при родовій травмі.

**Набуті переломи** поділяють на патологічні, які є наслідком ураження кістки патологічним процесом (остеомієліт, туберку­льоз, пухлини, сифіліс та ін.) і травматичні (механічні).

***Патологічні*** переломи найчастіше виникають внаслідок розвитку в кістці метастазу злоякісної пухлини, ураження ту­беркульозом або остеомієлітом. Ці переломи виникають дуже легко, іноді після незначної травми.

***Травматичні*** (механічні) переломи виникають під впливом механічних факторів: під час падіння, від ударів, здавлення, згинання кісток та інших травм.

Розрізняють *закриті* та *відкриті* переломи. При відкритих переломах кісткові відламки через пошкоджені м’які тканини сполучаються із зовнішнім середовищем, при закритих цілість шкіри збережена. Відкриті переломи дуже небезпечні для постраждалого через загрозу розвитку інфекції в ділянці перелому.

Переломи трапляються в будь-якому віці. У дітей у зв’язку з еластичністю кісток переломи бувають рідко. Частіше у них спостерігаються переломи за типом зеленої гілки: ламається кістка без ушкодження окістя (вид неповного перелому). У осіб літнього віку, навпаки, у зв’язку з крихкістю кісток вони вини­кають легко, навіть при незначній травмі. У літньому віці часто трапляються переломи шийки стегна. Близько 80 % становлять переломи кісток кінцівок.

Зазвичай переломи супроводжуються зміщенням відламків. Цьому сприяє як направлення і ступінь вираженості травму-вальної сили, так і рефлекторне скорочення м’язів у відповідь на травму.

Крім того, розрізняють вторинні зміщення кісткових відламків, що виникають при невмілому перекладанні і непра­вильному транспортуванні потерпілих.

*Симптоми переломів* поділяються на відносні та абсолютні. До відносних ознак належать біль, набряклість, підшкірний крововилив, порушення функції ушкодженої кінцівки. Абсо­лютні ознаки перелому – це уступоподібна деформація в місці перелому, крепітація (кістковий хруст) та патологічна рухомість у незвичному місці. Біль виникає відразу після перелому кістки в результаті ушкодження нервових волокон. Він різко поси­люється при зміні положення ушкодженої кінцівки і змен­шується у стані спокою.

Деформація кінцівки виникає в результаті крововиливу, порушення цілості кістки, скорочення м’язів і зміщення кістко­вих уламків.

У ділянці перелому спостерігається набряклість і збільшення об’єму внаслідок утворення гематоми. Після зміщення відламків виникають неправильне положення і укорочення кінцівки, дефор­мація суглобів при внутрішньосуглобових переломах.

Спеціально виявляти симптоми патологічної рухомості і кре­пітації не можна, так як це може погіршити стан потерпілого, призвести до пошкоджень судин, нервових стовбурів та інших м’яких тканин.

Патологічна рухомість і крепітація спостерігаються при по­вних переломах. Ці симптоми можна визначити тільки після знеболювання, якщо важко поставити діагноз. Порушення функції виникає в результаті порушення цілості кістки і по­шкодження нервів.

При відкритих переломах в рану можуть виступати кісткові відламки. Такі переломи супроводжуються зовнішньою крово­течею.

При переломах без зміщення кісткових відламків, а також при неповних переломах (тріщинах) спостерігаються типові порушен­ня функції та посилення болю при осьовому навантаженні. При переломах обов’язким є рентгенівське дослідження (рентгеногра­фія в двох проекціях). Рентгенографія дає змогу не тільки уточ­нити характер перелому, визначити ступінь ушкодження кістки, а й виявити невеликі тріщини й надломи кісток, які при звичай­них методах дослідження діагностувати неможливо.

Необхідно пам’ятати, що тяжкі травми із пошкодженням кісток супроводжуються розвитком шоку, потерпілий у стані збудження може здійснювати некоординовані рухи. Здоров’я потерпілих багато в чому залежить від своєчасності і правиль­ності надання першої долікарської медичної допомоги.

Перша долікарська медична допомога при переломах має бути спрямована на зняття болю, створення спокою пошко­дженій кінцівці.

При відкритих переломах, крім того, необхідно провести тимчасове спинення кровотечі і запобігти вторинному інфіку­ванню рани.

З метою зменшення болю внутрішньом’язово вводять ненар-котичні, а за призначенням лікаря – наркотичні анальгетики.

При відкритих переломах шкіру навколо рани обробляють 1 % розчином йодонату і накладають асептичну пов’язку. **Кісткові відламки, що виступають, в рану вправляти не можна.**

При відкритих переломах, що супроводжуються артеріаль­ною кровотечею, накладають кровоспинний джгут.

Дуже важливим моментом при закритих та відкритих пере­ломах є створення нерухомості відламків шляхом іммобілізації. Слово “іммобілізація” походить від латинського “нерухомість”. Під іммобілізацією розуміють створення нерухомості пошко­дженій частині тіла для забезпечення її спокою.

Іммобілізація застосовується при переломах кісток, пошко­дженнях суглобів, нервів, значних пошкодженнях м’яких тка­нин, пораненні великих судин і значних опіках. Іммобілізація буває двох видів: транспортна (табл. 2, 3) і лікувальна.

1. Загальні принципи транспортної імобілізації

1. Транспортну іммобілізацію треба проводити у найбільш ранні строки.

2. Перед транспортною іммобілізацією провести знеболюван­ня. Рани закрити асептичною пов’язкою, за показниками накла­сти джгут та зафіксувати час його накладання (див. алгоритм “Надання першої долікарської допомоги при пораненнях”).

3. Одяг та взуття з потерпілого, як правило, не знімають (м’я­ка прокладка під шину та запобігання переохолодженню).

4. Кінцівці перед накладанням транспортних шин надати середньо-фізіологічного положення.

5. При ушкодженні будь-якого сегмента кінцівки знерухомити два сусідні суглоби, а при травмах плечової кістки та плечового суглоба, стегнової кістки і кульшового суглоба – усі суглоби верхньої (або нижньої) кінцівки.

6. Транспортну шину перед накладанням змоделювати відповідно до форми і положення основних сегментів кінцівки по здоровій кінцівці потерпілого.

7. Шину накладати поверх ватно-марлевої прокладки.

8. Під час перекладання потерпілого з нош пошкоджену

сінцівку повинен утримувати помічник.

**Треба пам’ятати,** що неправильно виконана іммобілізація доже заподіяти шкоду внаслідок додаткового травмування. Так, дедостатня іммобілізація закритого перелому може перетворити його у відкритий, обтяжити травму та погіршити перебіг.

1. Надання невідкладної допомоги при переломах.

**Послідовність виконання**

1. Забезпечити пацієнтові фізичний і психічний спокій садити або покласти на ноші).

2. Обстежити пацієнта.

3. При необхідності викликати лікаря або ШМД.

4. Спинити кровотечу при відкритій травмі:

• накласти джгут;

• або зробити щільну тампонаду рани;

• або накласти асептичну стисну пов’язку.

5. Увести знеболювальні речовини:

• розчин анальгіну50% – 4,0 + розчин димедролу 1 %– 1,0% внутрішньом'язово.

6. При відкритому переломі – шкіру навколо рани обробі ти 1% розчином йодонату і накласти асептичну пов’язку.

7. Провести транспортну іммобілізацію (шинами Дітеріхса, або Крамера, або зафіксувати підручним матеріалом).

8. Не дозволяється на місці травми:

• вправляти вивихи, кістки;

• вилучати з рани сторонні тіла і кістки.

9. Транспортувати на ношах або милицях залежно від стану пацієнта до травматологічного пункту або травматологічного відділення.