

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА**

**ЛЕКЦІЯ № 7**

**Надання домедичної допомоги потерпілим.**

**Тема: 1.** Порядок і правила надання домедичної допомоги при різних типах ушкоджень.

**Навчальні питання:**

1. Основні правила надання домедичної допомоги в невідкладних ситуаціях. Проведення первинного огляду потерпілого. Способи виклику екстреної медичної допомоги.

2. Ознаки порушення дихання. Забезпечення прохідності дихальних шляхів. Проведення штучного дихання. Ознаки зупинки роботи серця. Проведення непрямого масажу серця.

3. Домедична допомога при ранах і кровотечах. Способи зупинки кровотеч. Правила та прийоми накладання пов'язок на рани.

4. Домедична допомога при переломах. Прийоми та способи іммобілізації із застосуванням табельних або підручних засобів.

**Навчальна мета:**

– ознайомити співробітників з основними правилами надання домедичної допомоги при ушкодженнях різного типу у невідкладних ситуаціях.

**Час:** 1 год.

**Метод:** Групове заняття.

**Посібники:**

– Постанова КМ України від 26.06.2013 «Про затвердження Порядку здійснення навчання населення діям у надзвичайних ситуаціях».

– Підручник "Цивільна оборона та цивільний захист" М. І. Стеблюк;

– Наказ МОЗ України 16.06.2014 № 398 "Про затвердження порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах"

## **1. Основні правила надання домедичної допомоги в невідкладних ситуаціях. Проведення первинного огляду потерпілого. Способи виклику екстреної медичної допомоги.**

Існує три види медичної допомоги:

1. Домедична допомога (долікарська, допомога надається не спеціалістами) існує у вигляді:

- самодопомоги (потерпілий допомагає сам собі);
- взаємодопомоги (допомога надається особою, що перебуває поряд);

2. Кваліфікована медична допомога, що надається кваліфікованими медичними спеціалістами.

3. Спеціалізована медична допомога, яка надається вузькими спеціалістами медичної галузі (кардіохірургічна, офтальмологічна, пульмонологічна тощо).

Домедична допомога (ДМД) – це комплекс найпростіших, термінових та необхідних заходів, які проводяться до прибуття лікаря чи доставки потерпілого в медичний заклад і спрямовані на відновлення і збереження його життя та здоров'я.

Надавати ДМД потерпілому необхідно швидко, однак так, щоб це жодним чином не відобразилося на її якості. Слід також, чітко дотримуватися певної послідовності дій.

Послідовність дій при наданні ДМД:

- оцінити ситуацію щодо можливої загрози для потерпілого і тих хто надає допомогу. Якщо така загроза існує, то необхідно усунути дію чинників, що становлять небезпеку для життя та здоров'я (наприклад, звільнити від дії електричного струму, загасити вогонь на одязі, витягнути з води, зупинити рухомі механізми чи виробниче устаткування), або винести потерпілого із небезпечної зони (наприклад, приміщення, наповненого чадним газом);

- оцінити стан потерпілого (визначити чи знаходиться він при свідомості, чи забезпечують його серце та легені достатнє постачання насиченої киснем крові, чи немає в нього травми шиї або хребта тощо);

- оцінити загрозу для життя потерпілого та визначити послідовність дій щодо його рятування;

- приступити до надання домедичної допомоги потерпілому в порядку терміновості (наприклад, відновити прохідність дихальних шляхів, зробити штучне дихання та закритий масаж серця, спинити кровотечу, накладити пов'язку тощо);

- підтримувати основні життєві функції потерпілого до прибуття медичної допомоги;

- викликати швидку медичну допомогу або лікаря, чи доставити потерпілого в найближчий медичний заклад.

Ознаки, за якими можна швидко оцінити стан потерпілого:

- свідомість: ясна, порушена (потерпілий загальмований або збуджений), відсутня;

- дихання: нормальне, порушене (поверхнєве, неритмічне, хрипле), відсутнє;

- серцеві скорочування: добре визначаються (ритм правильний або неправильний), погано визначаються, відсутні;
- зіниці: розширені, звужені;
- колір шкіри та видимих слизових оболонок (губ, очей): рожеві, бліді, синюшні.

## **2. Ознаки порушення дихання. Забезпечення прохідності дихальних шляхів. Проведення штучного дихання. Ознаки зупинки роботи серця. Проведення непрямого масажу серця.**

Вченими доказано, що живий організм не помирає одночасно з припиненням дихання і зупинкою роботи серця. Після зупинки їх роботи організм продовжує жити певний час: одні клітини довше (клітини епітелію, шкіри, волосся) інші коротше. Найменше живуть клітини головного мозку – 7...10 хвилин. Саме цим визначається тривалість клінічної смерті – 10 хвилин.

Стан, коли людина знаходиться між життям і смертю в результаті різкого порушення життєво важливих функцій організму називають термінальним станом. Існує 4 фази термінального стану: I – преагональна фаза; II – агональна; III – клінічна смерть; IV – біологічна смерть. Поділ на фази визначається станом серцево-судинної, дихальної та нервової систем.

Основним завданням при термінальному стані є забезпечення організму киснем при допомозі штучного дихання, а також відновлення кровообігу з застосуванням непрямого масажу серця. Ці заходи треба проводити одночасно до моменту відновлення самостійного дихання і кровообігу.

### Серцево–легенева реанімація та способи її здійснення.

Способи штучного дихання і непрямого масажу серця відносяться до серцево-легеневої реанімації. Дослівно реанімація означає “оживлення знову”.

Перед початком оживлення людини реаніматор (той хто надає допомогу) повинен підготувати потерпілого і провести невеликі і швидкі організаційні заходи (покликати кого-небудь на допомогу, оскільки одному важко впоратись з цим завданням, попросити когось з присутніх викликати “швидку допомогу”). Для цього реаніматор має в запасі 7...10 хвилин.

### Штучне дихання способом “рот до рота” або “рота до носа”

Людина, яка надає допомогу, робить видих із своїх легень у легені потерпілого безпосередньо в його рот чи ніс; у повітрі, що видихається людиною, є ще досить кисню (в середньому 2/3 кисню, що потрапило в легені людини).

Рятівник знаходиться з лівого чи правого боку від потерпілого, накладає на його рот чисту марлю (бинт) або хустинку; робить глибокий вдих, а потім, щільно притиснувши свій рот до рота потерпілого (при цьому, як правило, закриває ніс потерпілого своєю щогою, або робить це рукою), вдуває повітря в його легені.

Грудна клітка потерпілого розширяється. Потім рятівник відхиляється назад і робить новий вдих, а в потерпілого за рахунок еластичності легень та грудної клітки здійснюється пасивний видих. В цей час його рот повинен бути відкритим. Частота вдування повітря повинна становити приблизно 12 разів за хвилину, тобто кожні 5 секунд. Аналогічно проводиться штучне дихання

способом “рот до носа”, при цьому вдувають повітря через ніс, а рот потерпілого повинен бути закритим.

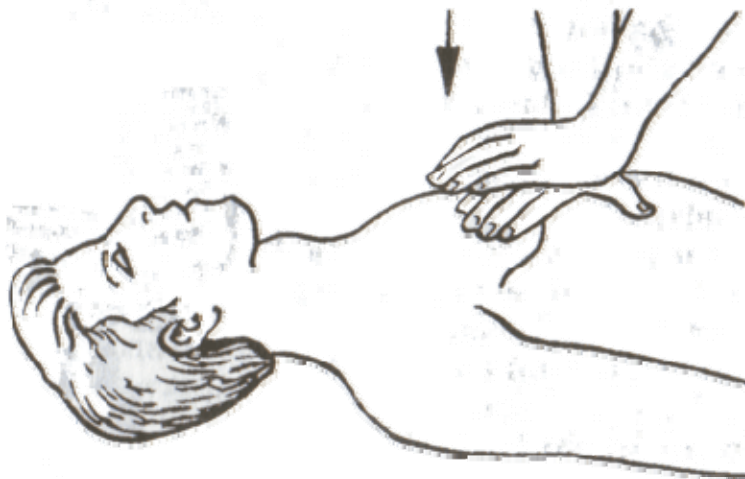
#### Непрямий масаж серця.

Суть непрямого масажу серця, який ще називають закритим або зовнішнім, полягає в його насильному здавлюванні шляхом натискання на грудину в напрямку до хребта.

При цьому серце здавлюється настільки, що кров з його порожнин надходить у судини. Після припинення натискання серце розправляється й у його порожнини надходить венозна кров. При проведенні непрямого масажу серця потерпілого кладуть спиною на тверду рівну поверхню (підлога, стіл), оголюють його грудину, розстібають пояс. Рятівник стає зліва чи справа від потерпілого, поклавши на нижню третину грудини кисті рук (одну на другу) енергійно (поштовхами) натискає. Натискати потрібно прямими руками, використовуючи при цьому вагу власного тіла, і з такою силою, щоб грудина прогиналась на 3-4 см в сторону до хребта.

Напрямок натискань на грудину має бути вертикальним, а самі натискання поштовхоподібними та ритмічними. Після натискання руки розслаблюють, не знімаючи їх з грудини потерпілого. Необхідна частота натискань становить 50 – 60 разів на хвилину.

Непрямий масаж серця краще проводити одночасно (мал.) зі штучним диханням. У цьому випадку допомогу потерпілому повинні подавати дві, а краще — три людини. Одна робить штучну вентиляцію методом «з рота в рот», друга — непрямий масаж серця, а третя, перебуваючи праворуч, підтримує голову потерпілого і повинна бути готовою змінити когось з перших двох, щоб процес реанімації не припинявся і тривав необхідний проміжок часу. Непрямий масаж серця необхідно проводити в такій послідовності: після двох глибоких вдувань у рот чи ніс необхідно зробити 4-5 натискань на грудину, потім знову повторити два вдування і 4-5 натискань для масажу серця і т. д., причому в момент вдування повітря масаж серця припиняють.



Мал. Непрямий масаж серця.

Проводячи непрямий масаж серця літнім людям, слід пам'ятати, що кістки у них мало еластичні, тому слід діяти обережно, щоб не зламати ребра.

Дітям непрямий масаж серця проводять не долоньями, а пальцями. Такий масаж протипоказаний у разі поранень грудної клітки і серця, пневмотораксу.

### **3. Домедична допомога при ранах і кровотечах. Способи зупинки кровотеч. Правила та прийоми накладання пов'язок на рани.**

Раною називається пошкодження шкіри, слизової оболонки чи глибоких тканин, що супроводжується болям та кровотечею і має вигляд зяючого отвору.

Рани бувають: вогнепальні, різані, рубані, колоті, вдарені, рвані, вкушені, розчавлені.

Усі рани, крім операційних, вважаються первісно інфікованими. Мікроби потрапляють до рани разом із предметом, яким заподіяно рану, а також із землею, шматками одягу, повітрям і при дотиках до рани руками. Найнебезпечнішими є мікроорганізми, що розвиваються у рані за умови відсутності повітря і спричиняють газову гангрену. Небезпечним ускладненням ран є зараження їх збудником стовбняка.

Рани можуть бути поверхневими або проникаючими у порожнину черепа, грудну клітку, черевну порожнину. Проникаючі рани – найнебезпечніші.

Профілактика зараження рани – найшвидше накладення на неї асептичної пов'язки, для запобігання доступу мікробів.

#### Види кровотеч. Домедична допомога при кровотечах.

Найнебезпечнішим ускладненням ран є кровотечі, що безпосередньо загрожують життю постраждалих. Кровотечею називають вихід крові з ушкоджених кровоносних судин. Кровотечі бувають зовнішні (артеріальні, венозні, капілярні) та внутрішні.

При зовнішній кровотечі кров витікає через рану в шкірі та у видимих слизових оболонках або з порожнин назовні. При внутрішній кровотечі, кров виливається у тканини й органи тіла; це називається крововиливом. Швидка втрата одного-двох літрів крові, особливо при тяжких комбінованих ураженнях, може призвести до смерті.

Надзвичайно небезпечна артеріальна кровотеча, внаслідок якої за короткий проміжок часу з організму може витекти значна кількість крові. Ознаки артеріальної кровотечі: кров яскраво-червоного кольору, витікає пульсуючим струменем. При венозній кровотечі кров темніша, витікає безперервно, явного струменя не спостерігається. Капілярна кровотеча виникає внаслідок пошкодження дрібних судин шкіри, підшкірної клітковини і м'язів. У цьому випадку кровоточить уся пошкоджена поверхня. Внутрішня кровотеча виникає при пошкодженні внутрішніх органів (печінки, селезінки, нирок, легень) і завжди небезпечна для життя.

При наданні домедичної допомоги здійснюють тимчасову зупинку зовнішньої кровотечі.

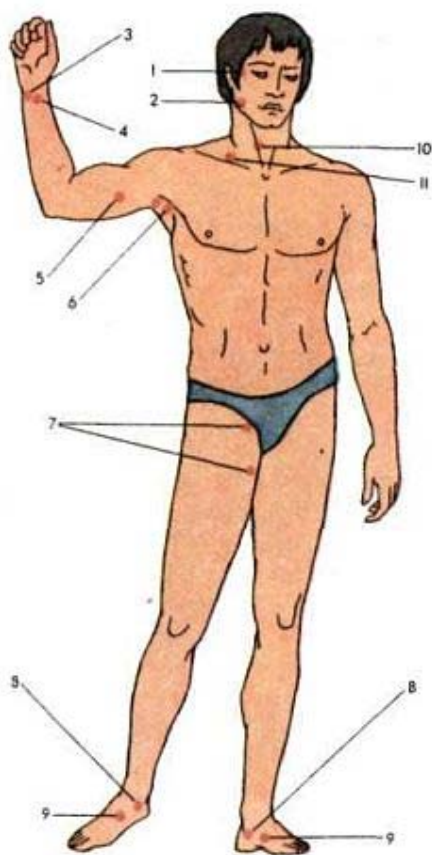
Тимчасово кровотечу можна спинити одним із таких способів: накласти кровоспинний джгут або тугу пов'язку; притиснути пальцем магістральну судину вище місця кровотечі, притиснути і максимально зігнути кінцівку.

Накладання тугої пов'язки — найпростіший спосіб зупинки незначної кровотечі. Для такої пов'язки використовують індивідуальний

перев'язувальний пакет. Проте, пов'язку не слід накладати занадто туго. Якщо, після накладання пов'язки, кінцівка посиніє, то це означає, що пов'язка здавила вени, відтік крові до серця утруднений і вона застоюється. У такому випадку кровотеча може тільки посилитися. Збліднення кінцівки нижче місця накладання тугої пов'язки означає повне припинення кровообігу.

Притиснути артерію пальцями до кісток або поверхні суглобів, з метою зупинки кровотечі, можна за будь-яких обставин. Притискання проводиться не в рані, а вище — ближче до серця, перед накладанням джгута або пов'язки.

Щоб уміло й швидко зупинити кровотечу цим способом, потрібно добре знати місця притискання артерій. Знаходять артерію за пульсом, притискають її до найближчих кісток вище місця поранення, до припинення пульсу і зупинки кровотечі.



Точка притиснення артерій:

- 1 – скроневої, 2 – зовнішньої щелепний,
- 3 – ліктьовий, 4 – променевої, 5 - плечовий,
- 6 – пахвовий, 7 – стегнової,
- 8 – задній великогомілкової,
- 9 – передній великогомілкової,
- 10 – правої сонної, 11 – підключичної

Коли поранено обличчя, слід притиснути такі судини: на лобі – вискову артерію (1) спереду від вуха; якщо рана на підборідді або щоці – зовнішню щелепну артерію (2); при пораненні шиї або голови – сонну артерію збоку від гортані до хребта.

При кровотечах у ділянці плеча і плечового пояса, потрібно притиснути підключичну артерію до першого ребра в надключичній ямці або пахвову артерію – до плечової кістки в підпахвовій ямці.

При кровотечах із ран передпліччя, притискають плечову артерію з внутрішнього боку плеча до плечової кістки.

При кровотечах із ран стегна, гомілки і стопи притискають стегнову артерію.

Джгут для зупинки крові застосовують при сильній кровотечі з поранених кінцівок. Його накладають вище рани і якомога ближче до неї. Не можна накладати джгут у середній третині плеча через небезпеку перетискання нерва і розвитку згодом паралічу руки. Місце, де накладається джгут, спочатку захищають одягом, рушником, ватно-марлевою пов'язкою або іншими матеріалами. Потім дуже розтягують гумовий джгут, роблять ним навколо кінцівки одне-два кільця і кінці фіксують гачком. Якщо джгут накладено правильно, кровотеча припиняється, пульс затихає і кінцівка блідне. Якщо джгута немає, то для зупинки кровотечі треба вміти використовувати закрутку,

яку можна зробити з будь-якої достатньо міцної тканини, тасьми, стрічки, мотузки. Як і при накладанні джгута, місце накладання закрутки захищають м'якою прокладкою (ватаю, одягом). Закрутку намотують на кінцівку, кінці зав'язують вузлом. У кільце, що утворилося, вставляють палицю і закручують, поки не припиниться кровотеча. Після цього палицю фіксують бинтом або іншим способом.

Наклавши на кінцівку джгут або закрутку, рану закривають стерильною пов'язкою і на ній позначають дату та час накладання джгута або закрутки. Можна записати це на клаптику паперу і прикріпити його до пов'язки останніми обертами бинта або засунути під джгут.

Влітку джгут накладають на кінцівку не більше, ніж на годину, взимку – на півгодини. При потребі залишити джгут ще на деякий час, потрібно, притиснувши пальцями відповідну артерію, ослабити джгут. Коли кінцівка порожевіє і потепліє, джгут знову затягують. Усього джгут накладається не більше, ніж на 2 години. У холодну пору року кінцівку із джгутом слід утеплити.

Для тимчасової зупинки кровотечі при пораненнях кінцівок, треба максимально зігнути кінцівку і зафіксувати її в цьому положенні. Наприклад, якщо поранено гомілку, в підколінну ямку кладуть валик, зроблений з вати і марлі, ногу згинають у колінному суглобі і в такому положенні затягують її ременем (бинтом, рушником, косинкою). Так само, при пораненні передпліччя, руку згинають і фіксують у ліктьовому суглобі. На верхню частину стегна накласти джгут неможливо. Тому ватно-марлевий валик кладуть у пахову ділянку, стегно максимально притискають до живота і закріплюють у такому положенні. Якщо рана у ділянці пахови або верхньої частини плеча біля плечового суглоба, то потрібно якнайдалі завести руку назад, притиснути до спини і зафіксувати.

У разі появи перших ознак внутрішньої кровотечі: раптової блідості обличчя, збліднення і похолодання кистей і стоп, почастищення пульсу, запаморочення, шуму у вухах, холодного поту – постраждалого слід негайно відправити до лікувальної установи. Якщо є можливість, до тієї ділянки тіла, де підозрюється внутрішня кровотеча, потрібно прикласти гумовий міхур з льодом чи холодною водою.

Будь-яка, навіть невеличка, рана становить загрозу для життя постраждалого, оскільки вона може бути джерелом зараження різноманітними мікроорганізмами або причиною сильної кровотечі. Основний засіб профілактики ускладнень при наданні першої медичної допомоги – якнайшвидше накладання на рану стерильної пов'язки.

#### Правила накладання пов'язок

Пов'язка – це перев'язувальний матеріал, яким закривають рану. Процес накладання пов'язки на рану називають перев'язкою.

Накладаючи пов'язку, треба намагатися не завдати зайвого болю постраждалому. Бинт тримають у правій руці і розкручують його, не відриваючи від пов'язки, яку підтримують лівою рукою. Бинтують зліва направо, кожним наступним обертом (туром) перекриваючи попередній наполовину. Пов'язку накладають не дуже туго.

#### **4. Домедична допомога при переломах. Прийоми та способи іммобілізації із застосуванням табельних або підручних засобів.**

Переломи кісток виникають під час різних рухів, ударів, падінь з висоти.

Переломи без зміщення – це перелом, під час яких не виникає зміщення відламків кісток один відносно одного.

Тріщини – це переломи, в результаті яких порушується яка-небудь частина поперечника кістки. Найчастіше виникає поздовжня тріщина.

Переломи зі зміщенням – це переломи, коли зміщуються поверхні відламків.

Переломи одиничні – це переломи, внаслідок яких утворюються тільки два відламки.

Переломи множинні – це переломи з утворенням трьох або більше відламків чи осколків кісток.

Переломи закриті – це переломи, під час яких не розривається шкірний покрив.

Переломи відкриті – це переломи, під час яких у місці травми утворюється рана. Такий перелом завжди супроводжується кровотечею.

За формою переломи бувають поперечні, косі, спіральні та поздовжні.

##### Надання домедичної допомоги при переломах.

Способи та черговість застосування окремих прийомів надання допомоги визначається тяжкістю та місцем перелому, наявністю кровотеч, супутніх ушкоджень, загальним станом організму. Накладання шини потрібно проводити безпосередньо на місці травмування, виявляти обережність, щоб не допустити зміщення відламків. Вправляти відламки кісток категорично забороняється, оскільки це може, наприклад, закритий перелом перетворити на відкритий, збільшити біль і створити умови для розвитку шоку.

Під час іммобілізації кінцівок у пошкодженій частині тіла намагатися надати шинами чи підручними засобами, якщо це можливо, найбільш природного положення. Якщо ж ні, то зайві маніпуляції забороняються. Також не дозволяється формувати та моделювати шини безпосередньо на потерпілому.

За наявності рани в місці перелому, обережно розрізають одяг, обробляють рану та накладають асептичну пов'язку. Стежать за тим, щоб пов'язка не давила на місце перелому. Потім накладають шину. Вразі відсутності рани шину накладають поверх одягу.

Переломи кісток черепа поділяються на переломи зводу та основи черепа. Особливу небезпеку становлять відкриті переломи, які можуть супроводжуватися витіканням мозкової речовини, і що вкрай небезпечно, інфікуванням мозку. Допомога у такому випадку полягає у створенні повного спокою потерпілого. Хворого кладуть горизонтально. Іммобілізацію проводять підкладанням ватно-марлевого кільця чи кільця створеного з одягу. За допомогою пращоподібної пов'язки, яку проводять під підборіддям, голову фіксують до нош чи широкої дошки. Якщо травмовано потиличну частину, то потерпілого вкладають обличчям до низу, так само підкладають ватно-марлеве кільце. Припускається транспортування хворого на боці. У потерпілих часто спостерігається блювання, тому необхідний нагляд для попередження асфіксії.



У разі переломів щелеп використовують звичайну пращоподібну пов'язку. Перед цим потрібно звільнити рот від крові та зламаних зубів. Голову повертають на бік для попередження западання язика і затікання крові у гортань.

Часто виникають переломи перенісся, що супроводжуються болем, деформацією перенісся, сильною кровотечею з носа. Допомога полягає у накладанні холодного компресу для зупинки чи зменшення кровотечі, пращоподібної пов'язки та доставці потерпілого до лікарні.

Якщо є переломи хребта у шийному відділі, хворого кладуть спиною на рівну тверду поверхню. Транспортування без спеціальних заходів не рекомендується.

Переломи ключиці виникають під час ударів безпосередньо по ключиці, а також при падінні на відведену в сторону руку. Ощупування на місці перелому відзначається надмірна рухливість кісток та хруст. Рухи рукою при цьому неможливі. Транспортна іммобілізація може бути досягнута за допомогою ватно-марлевих кілець чи кілець створених з одягу, які надягають на ділянку плечових суглобів. Кільці стягують, зв'язують їх між собою бинтом або гумовою трубкою. Ватно-марлеві кільця повинні бути доволі товстими, неменше 5 см в діаметрі, що забезпечує рівномірний тиск на плечі. Внутрішній діаметр кільця роблять на 2-3 см більшим, ніж об'єм плечового суглоба.

Для тимчасової фіксації переломів ключиці можна також скористатися замість ватно-марлевих кілець вісімкоподібною косинковою пов'язкою. В цьому випадку в сидячому положенні суглоби розводять назад і фіксують косинку. Під косинкою між лопатками підкладають подушечку, що сприяє ще більшому розведенню кісток плечових суглобів і розтягненню відламків ключиць. Після такої іммобілізації руки також слід підв'язати на косинці. Під час надання допомоги слід пам'ятати, що під ключицею проходять магістральні кровоносні судини, тому всі маніпуляції треба робити обережно, щоб відламки кісток їх не пошкодили.

Передпліччя складається з двох кісток – ліктьової та променевої. Тому переломи можуть бути як ізольовані (одиночні), так і відразу обох кісток – подвійні (множинні) на однаковому чи різних рівнях. Найбільш типовими є переломи променевої кістки в ділянці зап'ясткового суглоба. Подаючи допомогу, фіксують ліктьовий та зап'ястковий суглоби. При цьому лікоть пошкодженої руки необхідно зігнути під прямим кутом, а передпліччя повернути долонею до тулуба. Шину Крамера роблять у формі жолоба і згинають під прямим кутом. На неї кладуть травмовану кінцівку, під долоню підкладають товстий валик у вигляді кулі і перебинтовують, починаючи з кінчиків пальців і до верхньої третини плеча. Руку підвішують на косинку. Якщо немає табельної шини Крамера, використовують товстий картон. Перед формуванням його намочують у воді, потім згинають за формою кінцівки і перебинтовують.

Якщо переломи у ділянці кісток кисті, то в долоню вкладають жмут вати і забинтовують. У разі пошкодження однієї чи кількох фаланг на одному чи кількох пальцях доцільно використати шини, зроблені з металевого дроту. Для цього можна взяти будь-який алюмінієвий, мідний чи сталевий дріт з

невеликим перерізом, вигнути його відповідно до форми пальців і обгорнути бинтом. Вигин треба зробити такий, щоб пальці, прибинтовані до дроту, зайняли напівзігнуте положення. Потім покласти на імпровізовану шину пальці і обережно прибинтувати кожний окремо.

Переломи ребер – дуже небезпечне явище. Для таких травм характерні різкий біль, що посилюється під час вдиху, кашлю, зміни нормального положення тіла. Оскільки прикріплені до ребер м'язи відповідають за дихання, такі переломи можуть бути причиною дихальної недостатності, а відламки реберних кісток можуть пошкодити стінки плевральної порожнини, що спричинить крововилив, або травмувати легені, що спричинить пневмоторакс. Перша допомога полягає в накладанні на грудну клітку тугої спіралеподібної пов'язки в момент видиху. Якщо немає бинта, можна використати рушники, порізаний на стрічки одяг тощо. Найбезпечніше транспортування потерпілого у сидячому чи напівсидячому положенні.

Переломи хребта в грудному або поперековому відділі не можуть бути іммобілізовані, тому постраждалого вкладають животом до низу на рівний твердий щит. Якщо вкрай необхідне транспортування, твердий щит або широку дошку кладуть на ноші.

Переломи тазових кісток можуть виникнути під час сильного здавлювання, наїзду транспортних засобів, падіння. При цьому травмуються внутрішні органи – сечовий міхур, кишечник, статеві органи, нирки тощо. Головними ознаками є біль в місці перелому, неможливість встати на ноги надавлювання на лобкову кістку і крила таза викликають хрустіння.

Під час надання допомоги треба несильно стягнути таз на рівні крил бинтом, рушником або гумовим джгутом для запобігання подальшого розходження кісток та їх відламок, а також травмування внутрішніх органів гострими осколками. Потерпілого слід покласти на твердий щит спиною ноги трохи розвести і під коліно підкласти валик з одягу чи подушки так, щоб підняти їх, на висоту 25-30см. Транспортування проводиться так само, як і під час переломів хребта. В цьому випадку доцільне зв'язування нижніх відділів стегна і обох гомілкових суглобів. Під колінний валик прив'язують до нош.

Переломи стегнової кістки дуже тяжкі, оскільки це найбільша кістка в людському організмі. Вона оточена великим масивом м'язів, тут проходять нервові стовбури і магістральні кровоносні судини. Їх пошкодження спричинює сильні кровотечі і крововиливи, розтрощення м'яких тканин, сильний біль та шоківий стан.

У цьому разі потрібні заходи для знеболювання та надання нерухомості нижнім кінцівкам. Правильна іммобілізація перешкодить здавлюванню кровоносних судин, нервів, поліпшить кровообіг. Для іммобілізації найкращою є шина Дитерікса. Якщо її немає, таку шину імпровізують. Для цього беруть дві дошки: одну від п'ятки до паху, а другу-від п'ятки до пахвинної ямки. Обидві "шини" надійно прив'язують за допомогою будь-яких засобів до травмованої ноги та тулуба. У ділянці кісточки, колінного суглоба та пахвинної ямки підкладають м'які валики з вати.

Переломи гомілки також спричиняють сильний біль. Під час надання допомоги забезпечують нерухомість колінного та гомілкового суглобів. Для

цього шини накладають від стопи до верхньої третини стегна, стопа має бути зігнута під прямим кутом.

Коли пошкоджена кістка стопи та травмовано гомілковий суглоб, використовують драбинчасту чи сітчасту шину або підручні засоби. Шину згинають таким чином, щоб її можна було накласти на підошву стопи, а задню поверхню гомілки прикріпити до верхньої третини шини. Для п'ятки роблять заглиблення і підкладають вату. Шину прикріплюють до кінцівки, починаючи вісімкоподібними турами бинта через нижню третину гомілки і стопу, а закінчують спіралеподібно на верхній третині гомілки. Стопа повинна бути зафіксована під прямим кутом.

У випадках, коли потерпілий має кілька переломів, у першу чергу зупиняють кровотечу, дають знеболюючий засіб, потім обробляють найнебезпечніші відкриті переломи, а вже потім – закриті.

Начальник відділу ЦЗ

С. М. Воляник