|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата | Содержание работы | Оценка | Подпись |
| 14.11.2020 | **Тема: «Наложение транспортных шин при оказании ПМП»**  **Задание:**  **1.Опишите основные принципы транспортной иммобилизации.**  1.Шина обязательно должна захватить два, а иногда (нижняя конечность) три сустава.  2.При иммобилизации конечности необходимо по возможности придать ей функциональное положение, а если это невозможно - такое положение, при котором конечность меньше всего травмируется.  3.При закрытых переломах необходимо до окончания иммобилизации провести легкое и осторожное вытяжение поврежденной конечности по оси.  4.При открытых переломах вправление отломков не производится - накладывают стерильную повязку и конечность фиксируют в том положении, в котором она находится в момент повреждения.  5.При закрытых переломах снимать одежду с пострадавшего не нужно. При открытых переломах - разрезается одежда и накладывается стерильная повязка.  6.Нельзя накладывать шину прямо на тело: необходимо подложить мягкую повязку (вату, полотенце и т.д.).  7.Во время перекладывания больного с носилок поврежденную конечность должен поддерживать помощник.  8.Надо всегда помнить, что неправильное выполнение иммобилизации может привести к дополнительным повреждениям. Так, недостаточная иммобилизация закрытого перелома может превратить его в открытый и тем самым утяжелить повреждение и ухудшить его исход.  **2.Перечислите и охарактеризуйте общую реакцию организма на травму.**  Травмы распределяются на четыре группы:  1.Профессиональные; промышленные; сельскохозяйственные. производственного характера.  2.Травмы непроизводственного характера: причиненные транспортом, (водным, воздушным, железнодорожным и автомобильным); уличные, (полученные при пешеходном движении); бытовые; спортивные.  3.Травмы военнослужащих:   * мирного времени; * военного времени, (боевые, не боевые).   4.Умышленные травмы.   * суицидальные; * криминальные.   Классификация повреждений  Все повреждения по механизму возникновения подразделяются на:   * прямые и непрямые; * поверхностные, кожные (ушибы, раны, ожоги, отморожения); * подкожные (разрыв, растяжения связок, мышц, вывихи, переломы); * полостные повреждения (с проникновением во внутренние органы);   В зависимости от сохранности покровных тканей все травмы могут быть:   * закрытыми и открытыми.   Клинически общая реакция организма на травму проявляется в виде коллапса, шока и обморока.  Коллапс - Collapsus (лат.) - " упавший " - быстро возникающее, внезапное ослабление всех жизненно важных функций организма, особенно сердечной деятельности, что сопровождается резким падением артериального давления. Причины коллапса: травмы 50 с обильными кровопотерями и сильными болями. Коллапс также может быть при острых интоксикациях, стрессовых состояниях, мышечных переутомлениях. Клинические признаки характеризуются проявлением общей слабости, в результате чего животное ложится. Пульс учащенный, слабого наполнения (pulsus biliformis). Дыхание редкое, поверхностное. Отмечается бледность слизистых оболочек. Зрачки расширены. Понижаются общая температура и чувствительность. Конечности холодные.  Шок - Shoc (фран.) - "удар, толчок, потрясение" - это быстро нарастающее нарушение функций ЦНС, характеризующееся сначала ее резким возбуждением, а затем угнетением. При шоке также отмечается нарушение гемодинамики и химизма крови - токсемия.  О́бморок-приступ кратковременной утраты сознания, обусловленный временным нарушением мозгового кровотока.  **3.Опишите правила наложения гипсовой повязки.**  1. До начала манипуляции проверить наличие необходимых инструментов и материала, а также качество гипсовых бинтов (намочить гипсовый бинт и дать ему высохнуть).  2. Для полноценной фиксации повреждения конечности должны быть иммобилизованы все или как минимум два смежных с повреждением сустава (существующие методики лечения переломов без фиксации смежных суставов являются исключением из правила, применяются ограниченно и требуют постоянного врачебного контроля).  3. Если задачи достижения и сохранения репозиции отломков не требуют обратного, при фиксации конечности придается функционально выгодное положение на случай развития постиммобилизационных стойких контрактур.  4. Повязка не должна мешать отправлению естественных надобностей.  5. Концевые фаланги пальцев конечности следует оставлять открытыми для контроля состояния кровоснабжения и иннервации.  6. После наложения повязки кожу в этих местах следует полностью отмыть от гипса для контроля состояния кожных покровов.  7. В области краев гипсовой повязки между ней и кожными покровами нужно поместить мягкую прокладку (для предотвращения травмирования мягких тканей). Края повязки не должны быть острыми, их необходимо тщательно отмоделировать. Прокладки помещают также над костными выступами, давление на которые гипсовой повязкой может привести к возникновению потертостей и пролежней.  8. Гипсовая лонгета должна быть разглажена без оставления малейших неровностей и складок до наложения и тщательно отмоделирована в процессе наложения. Повязку приглаживают всей ладонью до ощущения контуров иммобилизируемой поверхности; особенно тщательно моделируют повязку над костными выступами.  9. Туры гипсового бинта накладывают без натяжения, складок и перегибов, «внахлест» по типу спиральной повязки. Его не натягивают, а свободно «раскатывают», при этом верхние туры не должны быть натянуты больше, чем подлежащие.  10. Поддерживать конечность при наложении повязки следует всей кистью, а не пальцами, чтобы не оставить вдавлений.  11. Изменение формы гипсовой повязки (при выполнении репозиции) можно осуществлять только до начала ее отвердевания. До полного высыхания гипсовой повязки с ней следует обращаться осторожно, так как она может сломаться.  12. После наложения гипсовую повязку необходимо маркировать. В «классическом» варианте на гипсовой повязке должна быть указана схема повреждения костей и три даты – день травмы, день наложения гипса и день его предполагаемого снятия, а также фамилия врача, наложившего повязку. Сегодня в практической медицине такую полную информацию на гипсовой повязке встретить трудно, однако абсолютно обязательным является указание на гипсе даты наложения повязки.  **4.Перечислите и опишите изменения, возникающие в суставах, приводящие к нарушению объема движений.**  В зависимости от объема движений в суставах различают:   * анкилоз; * ригидность; * контрактуру; * избыточную подвижность; * патологическую подвижность.   Анкилоз – полная неподвижность в суставе. Различают три вида анкилоза:  1. костный, когда имеется полное сращение суставных поверхностей;  2. фиброзный, если суставные поверхности прочно удерживаются фиброзными сращениями;  3. внесуставной, когда неподвижность в суставе обусловлена окостенением окружающих сустав мягких тканей.  Контрактура – ограничение движений в суставе.  По этиологическому признаку различают несколько видов контрактур:   * миогенное; * неврогенные; * десмогенные и др.   **5.Опишите и продемонстрируйте алгоритм наложения шины Крамера, дитерихса.**  Наложение шины крамера при переломе плеча Цель: обеспечение неподвижности поврежденной части тела для создания благоприятных условий транспортировки, доставки пострадавшего в медицинское учреждение. Показания: переломы, вывихи костей верхней конечности. оснащение: шины Крамера, вата, бинты, косынка.      1. Убедитесь в наличии перелома, вывиха и т.д. Разъясните пострадавшему смысл манипуляции, необходимость ее проведения, успокойте пациента. В течение всего времени оказания первой помощи, необходимо находится лицом к пострадавшему. 2. Приготовить нужного размера шину, помните правило: обязательно фиксировать три сустава (лучезапястный, локтевой и плечевой) 3. Измерить расстояние от кончиков пальцев до локтя (по здоровой конечности), данный размер перенесите на шину Крамера и на этом уровне согните шину под прямым углом, далее измерьте длину плечевой кости, и согните шину в области плечевого сустава в сторону противоположной лопатки. 4. Приложите шину к поврежденной конечности от кончиков пальцев до плечевой кости и далее до противоположной лопатки. 5. Установите предплечье и кисть в среднем положении; кисть несколько согнуть, ладонную поверхность обратить к животу. 6. Вложить в кисть и подмышечную область валик из мягкой ткани или бинта. 7. Фиксируют шину на поврежденной конечности – в спиральными турами бинта области лучезапястного, локтевого суставов, а также колосовидной повязкой в области противоположного плечевого сустава. 8. Шинированную конечность подвесить на косынке или полосе ткани.   Наложение шины крамера при переломе бедра Цель: обеспечение неподвижности поврежденной части тела для создания благоприятных условий транспортировки, доставки пострадавшего в медицинское учреждение. Показания: переломы, вывихи костей нижней конечности. Оснащение: шины Крамера, вата, бинты.      1. Убедитесь в наличии перелома, вывиха и т.д. 2. Разъясните пострадавшему смысл манипуляции, необходимость ее проведения, успокойте пациента. 3. В течение всего времени оказания первой помощи, необходимо находится лицом к пострадавшему. 4. Приготовить нужного размера шины, помните правило: обязательно фиксировать три сустава (голеностопный, коленный и тазобедренный). 5. Измерить расстояние от кончиков пальцев стопы до ягодичной складки по задней поверхности бедра (по здоровой конечности). Данный размер перенести на 1 - шину и согнуть ее под прямым углом в области пяточной кости Далее 2 – шина наружная (длинная) размером от подмышечной впадины до стопы, далее согнуть под прямым углом до внутреннего края стопы. 3- внутренняя (короткая) – от паховой области (промежности) до стопы и согнуть под прямым углом до наружного края стопы 6. Перед фиксацией шины обкладывают ватой в местах костных выступов (голеностопного и коленного суставов), 7. Прикладывают шины к поврежденной конечности и фиксируют спиральными турами бинта или восьмиобразными повязками в области стопы, голеностопного, коленного и тазобедренного суставов.   Наложение шины крамера при переломе голени  Цель: обеспечение неподвижности поврежденной части тела для создания благоприятных условий транспортировки, доставки пострадавшего в медицинское учреждение. Показания: переломы, вывихи костей нижней конечности. оснащение: шины Крамера, вата, бинты.      1. Убедитесь в наличии перелома, вывиха и т.д. 2. Разъясните пострадавшему смысл манипуляции, необходимость ее проведения, успокойте пациента. 3. В течение всего времени оказания первой помощи, необходимо находится лицом к пострадавшему 4. Приготовить нужного размера шины, помните правило: обязательно фиксировать три сустава (голеностопный, коленный и тазобедренный). 5. Измерить расстояние от кончиков пальцев стопы до С/3 бедра (по здоровой конечности). Данный размер перенести на 1 - шину и согнуть ее под прямым углом в области пяточной кости. Второй размер от С/3 бедра по наружной и внутренней поверхности через стоп у, и 2 - шину в области стопы также изгибают под прямым углом в виде буквы «u)» 6. Перед фиксацией шины обкладывают ватой в местах костных выступов (голеностопного и коленного суставов), 7. Прикладывают шины к поврежденной конечности и фиксируют спиральными турами бинта или восьмиобразными повязками в области стопы, голеностопного и коленного суставов.   Наложение шины дитерихса при переломе бедра  Цель: обеспечение неподвижности поврежденной части тела для создания благоприятных условий транспортировки, доставки пострадавшего в медицинское учреждение. Показания: переломы, вывихи костей нижней конечности. оснащение: шины Дитерихса, вата, бинты.   1. Убедитесь в наличии перелома, вывиха и т.д. 2. Разъясните пострадавшему смысл манипуляции, необходимость ее проведения, успокойте пациента. 3. В течение всего времени оказания первой помощи, необходимо находится лицом к пострадавшему. 4. Приготовить шины Дитерихса, помните правило: обязательно фиксировать три сустава (голеностопный, коленный и тазобедренный). 5. Наложение шины начинают с фиксации подошвенной части шины (подстопника) к подошве поврежденной конечности. 6. Внешнюю часть шины (длинную) одним концом раздвигают до подмышечной впадины, а противоположный конец проводят через металлическую скобу подошвенный части шины. Внутреннюю часть шины, начинают от промежности, и также проводят через скобу подошвенной части шины. 7. Боковые части шины должны выступать за подошвенную часть на 8-10 см. 8. За подошвенной частью оба нижние боковые конца шины соединяют между собой, надевая скобу шарнирной дощечки внутренней части на выступ внешней части шины. 9. Перед фиксацией шины, (выступающие костные фрагменты в области голеностопного и коленного сустава) обкладывают ватой. 10. Смоделированную шину фиксируют (как правило, три сустава) спиральными турами бинта и с помощью специальных лент (в области в/3 бедра и н/3грудной клетки) закрепленных на шине.   https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gif  https://vk.com/images/blank.gifhttps://vk.com/images/blank.gifhttps://vk.com/images/blank.gifhttps://vk.com/images/blank.gif |  |  |