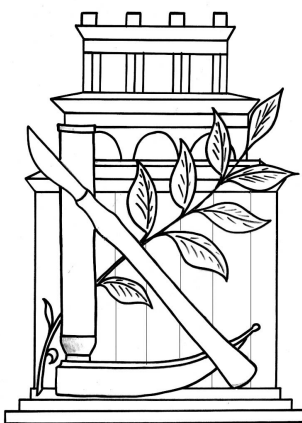


ГБОУ ВПО
«ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



**ЦЕНТР НЕПРЕРЫВНОЙ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ
ОБУЧАЮЩИХСЯ.
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ, АНЕСТЕЗИОЛОГИИ,
РЕАНИМАТОЛОГИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ**



ИВАНОВО 2013

АВТОРЫ: к.м.н. доцент Черенков Сергей Петрович, к.м.н. доцент Корулин Сергей Владимирович, к.м.н. доцент Щенников Евгений Павлович, д.м.н. Гусев Александр Владимирович, к.м.н. доцент Покровский Евгений Жанович, к.м.н. доцент Беляков Александр Петрович, к.м.н. доцент Копышева Елена Николаевна, к.м.н. доцент Гудухин Антон Александрович, к.м.н. доцент Кирпичев Иван Владимирович, ассистент Гурдина Ирина Владимировна.

« Утверждаю»

Заведующий кафедрой: доцент С.П. Черенков

Практические умения: ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ

Мотивация: Транспортная иммобилизация при переломах является ведущей лечебной манипуляцией при оказании первой медицинской помощи пострадавшим при различных травмах. Зачастую грамотное ее исполнение определяют вопросы «жизни и смерти» и дальнейшее успешное лечение. При дальнейшем обучении в академии студенты вновь встречаются с вопросами транспортной иммобилизации на кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии.

Овладение грамотным исполнением транспортной иммобилизации - является важнейшей задачей общемедицинской подготовки студентов.

Продолжительность занятия: 4 часа.

Место проведения: Центр практической подготовки обучающихся

Цель занятия: Уметь самостоятельно выполнить транспортную иммобилизацию стандартными шинами при переломах бедра, плеча и голени.

Задачи (в словах компетенции – уметь, определять, дифференцировать):

ПК-19 : способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и подростков, способных вызвать тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной эндокринной, иммунной, сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови, своевременно выявлять жизнеопасные нарушения (острая кровопотеря, нарушение дыхания остановка сердца, кома, шок), использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия.

Планируемые уровни сформированности компетенции у студента выпускника

Уровни сформированности компетенции	Содержательное описание уровня	Средства контроля
Пороговый	Умеет: Оказать неотложную помощь при: ожогах, отморожениях, шоке у хирургических и травматологических больных, электротравме, укусах животными и змеями, отеке мозга (черепно-мозговой травме), Острой кровопотере. Владеет: Клиническим обследованием пациента: осмотр, аускультация, перкуссия, паль-	Тестирование (Т), оценка освоения практических навыков /умений (Пр).

	<p>пация.</p> <p>Выполнением транспортной иммобилизации при переломах верхних и нижних конечностей с использованием подручных средств.</p> <p>Выполнением транспортной иммобилизации при вывихах и переломах верхних и нижних конечностей с использованием транспортных шин.</p>	
Повышенный уровень	<p>Умеет:</p> <p>Оказать неотложную помощь при: ожогах, отморожениях, шоке у хирургических и травматологических больных, электротравме, укусах животными и змеями, отеке мозга (черепно-мозговой травме), Острой кровопотере.</p> <p>Владеет:</p> <p>Клиническим обследованием пациента: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация.</p> <p>Выполнением транспортной иммобилизации при переломах верхних и нижних конечностей с использованием подручных средств.</p> <p>Выполнением транспортной иммобилизации при вывихах и переломах верхних и нижних конечностей с использованием транспортных шин.</p>	<p>Тестирование (Т), оценка освоения практических навыков /умений (Пр).</p>

Оборудование: Транспортные шины, бинты различной ширины, ортопедический (перевязочный) стол, подставки под конечности и крестец, ноутбук, мультимедийный проектор. Для самостоятельного выполнения иммобилизации необходимо сформировать бригады по 2 человека. Поочередно друг на друге накладывают шины на плечо и олень. Для наложения шины Дитерихса формируются бригады из 3-5 человек.

Методическое оснащение а) иллюстрационный материал – атлас наложения повязок, слайды, учебный фильм, б) тесты.

Практические навыки (ООД):

Последовательность действий	Указания к действию	Критерии самоконтроля
Иммобилизация при переломе плеча		
1. Выбрать шину нужной длины.	Для взрослого человека нужно взять шину длиной 120x10 см, для ребенка 80x7 см. Для человека высокого роста использовать две шины 120x10 см. Если шина оказалась длинной, можно подогнуть нижний конец.	Шина начинается от наружного края здоровой лопатки и заканчивается в обл. головок пястных костей.
2. Подготовить шину к применению.	Одна из поверхностей шины подвачивается заранее заготовленным ватником. К верхним углам шины привязываются марлевые тесемки длиной 70-80 см.	Слой ваты должен равномерно прикрывать шину, должен быть мягкий без выступающих металлических частей.
3. Придать конечности функционально выгодное положение.	Предварительно необходимо ввести анальгетики. Затем хирург захватывает руку с обеих сторон в области локтевого сустава. Осторожно, без насилия производит легкое потягивание по оси, отводит руку от туловища и вкладывает в подмышечную впадину валик. Отведение- 50-60 градусов. Передняя девиация-35 градусов. Сгибание в локтевом суставе 90 градусов, разгибание в лучезапястном-25градусов. Ладонь на уровне лица. (при возможности придать руке функц. выгодное положение ее фиксируют в том положении, в котором легче больному).	В таком положении больной может: покусать, причесаться, умыться и т.д.
4. Наложить шину.	Хирург просит больного или своего помощника поддержать руку в приданном положении; захватив шину за концы, изгибает ее на своей руке в том положении, которое желательно зафиксировать, предварительная моделировка. Затем осуществляется примерка и окончательная моделировка по контурам тела	Шина хорошо прилегает к руке, нигде нет зазоров.

	больного.	
5.Предварительная фиксация шин.	Тесемками фиксируются концы шины.	Шина хорошо удерживается, можно освободить руки помощника.
6.Основная фиксация шины.	Осуществляется обычным бинтом, начиная с области перелома, затем методом колосовидного бинтования фиксируют валик и шину к плечевому суставу. Аналогичным способом фиксируют локтевой сустав и предплечье.	Шина сливается с конечностью больного. При попытках движения двигается с рукой пострадавшего. При потягивании не сползает. Студент, на котором осуществлено бинтование, не может разогнуть руку в локтевом суставе и отвести руку от туловища.
Иммобилизация при переломе голени		
1.Подбор нужных шин.	Возьмите одну шину 120x10см и две 80x7см.	Необходимо, чтобы задняя шина была длиной от с/з бедра до кончика пальцев.
2.Подготовка шин к работе.	Произвести подвачивание шин с одной стороны. Длинную шину приложили по задней поверхности здоровой ноги подваченной стороной к телу и изогни соответственно задним контурам бедра, голени и стопы. Одну из маленьких шин изогни по наружным контурам бедра и голени так, чтобы нижний край огибал свод стопы. Внутреннюю шину изогнуть по внутренним контурам конечности.	Нога лежит на шине удобно, в области икроножных мышц шина изогнута, создано место для мышц.
3.Придать повреж-	Осторожно потягивая за стопу,	В таком положе-

денной конечности функционально выгодное положение.	выпрямить конечность в коленном суставе и придать стопе положение под углом 90 градусов к голени.	нии ноги можно передвигать с помощью костылей.
4.Подвести шины к поврежденной ноге.	После того, как конечности придано функционально выгодное положение, приподнять ногу и подвести заднюю шину, уложить больную ногу и подвести две боковые шины.	
5.Подготовка шин.	Помощник или сам больной удерживает шины, а врач начинает бинтование в обл. г/стопного сустава с переходом (если перелом в с-в/з голени) вверх на обл. коленного сустава; если перелом в н/з-на стопу методом восьмиобразного бинтования.	После завершения бинтования больному стало легче. Нога хорошо удерживается шинами, шины не сдвигаются. Бинты не спадают. Больной может пройти на костылях.

Иммобилизация предплечья и кисти

1.Выбрать шину нужной длины.	При переломах предплечья нужно взять лестничную шину размерами 80x7см.	При переломах предплечья шина фиксирует локтевой и лучезапястный сустав.
2.Подготовить шину к применению.	Одна поверхность шины подвачивается заранее заготовленным ватником.	Слой ваты должен равномерно прикрывать шину, должен быть мягким, без выступающих металлических деталей.
3.Придать конечности функционально выгодное положение.	Предварительно необходимо ввести анагетики. Удерживая поврежденную руку в области локтевого и лучезапястного суставов осторожно сгибают в локтевом суставе под углом в 90 градусов, отводят руку от туловища, передают ее помощнику. При повреждениях кисти дополнительно к вышеизложенному вкладывают	Боль уменьшилась.

	валик в кисть и просят его удерживать так, чтобы пальцы слегка согнулись, 1 палец был противопоставлен остальным, а в лучезапястном суставе было разгибание 25 градусов.	
4.Подгонка шины.	При переломах предплечья уложить шину на тыльную поверхность здорового предплечья и определить место изгиба шины в области локтевого и лучезапястных суставов. Изогнуть шину для локтевого сустава под углом 90 градусов, в области лучезапястного сустава-25 градусов.	Шина накладывается от верхней трети плеча и заканчивается в области головок пястных костей.
5.Наложить шину и зафиксировать ее.	Шину накладывают на больную руку и осуществляют бинтование сначала предплечья, затем плеча, с переходом на локтевой сустав методом восьмиобразного бинтования, а затем на лучезапястный сустав и кисть.	Шина хорошо прилегает к руке, нигде нет зазоров. Бинт прочно фиксирует шину к руке.
Иммобилизация перелома бедра шиной Дитерихса		
1.Подготовка шины к наложению.	1.Раздвиньте бранши шины в соответствии с длиной туловища и ноги пострадавшего. (Подготовка шины совершается по здоровой ноге). 2.Через прорез планок проводите матерчатый бинт или поясной ремень. 3.Через «ушки» фанерной подошвы проденьте прочный шнур. 4.Обложите накомыльники ватой.	Накомыльники наружной и внутренней бранш должны упираться в подмышечную и паховую область, а нижние концы планок выступают за край подошвы на 15-20 см. Проводить бинт или ремень нужно так, чтобы петля образовалась с наружной стороны планок.
2.Наложение шины.	1.Зафиксируйте фанерную подошву к стопе больного восьмиобразными ходами бинта. 2.Наложите наружную планку.	При потягивании за носок подошвы она не вытягивается и пятка боль-

	<p>Накостыльник должен упираться в подмышечную впадину, а нижний конец проходит через «ушко» в подошве.</p> <p>3. Наложите внутреннюю планку по внутренней поверхности бедра и голени, предварительно разогнув поперечную планку так, чтобы ее нижний конец прошел через «ушко» в подошве, а верхний конец (накостыльника) упирался в паховую область.</p>	<p>ного не провисает. Расстояние от подошвы до конца наружной бранши равно 15-20 см. После сгибания поперечной планки расстояние от подошвы до поперечной планки было 15-20 см и планка была бы параллельна подошве.</p>
Фиксация шины	<p>При помощи лямок или поясного ремня, проведенных через прорези наружной и внутренней планок, производится фиксация планок через здоровое надплечье, вокруг пояса и верхней трети бедра.</p>	<p>Шина зафиксирована.</p>
Вытяжение.	<p>Оба конца шнура, фиксированные к подошве, проводятся через отверстие в поперечной планке и с помощью специальной деревянной палочки-закрутки осуществляется вытяжение.</p>	<p>Улучшилась фиксация, исчезли боли. Между подошвенной и поперечной планкой расстояние 6-7 см.</p>
Бинтование.	<p>Для улучшения фиксации и придания эстетического вида нужно произвести бинтование спиральным ходом бинта от лодыжек до подмышечных впадин. Боль в ноге уменьшилась.</p>	<p>Бинт наложен аккуратно.</p>
Проверка правильности наложения шины.	<p>Планки неподвижно фиксированы к туловищу. У тучных больных и при длительной транспортировке шину желательно укрепить циркулярным ходом гипсового бинта в области груди, пояса и в верхней трети бедра.</p>	<p>При хорошей фиксации и правильности наложения студент, имитирующий больного, на котором осуществляется наложение шины, не может встать, сесть без посторонней помощи.</p>

Литература – основная, дополнительная, интернет ресурсы, свои материалы:

Основная литература:

1. С.В.Петров Общая хирургия.-Санкт-Петербург: Питер, 2010.- С. 123 - 138.

Дополнительная литература:

1. А.И. Великорецкий Учение о повязках.-М: "Медицина",1956. - 196 с;
2. А.П. Юрихин Десмургия. - М: "Медицина",1983. - 370 с.
3. Ф.Х.Кутушев Атлас мягких бинтовых повязок. - М: "Медицина",1978. - С. 3 - 198.