

# ДЕЯКІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ У СТУДЕНТІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ «ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ» ХІСТ ВМУРОЛ «УКРАЇНА»

УДК 614.812

**Ф.Т. Петерчук,**  
*Хмельницький інститут  
соціальних технологій  
ВМУРОЛ «Україна»*

**В**ивчення дисципліни «Основи медичних знань» студентами спеціальності «Фізична реабілітація» має важливе загальнонаукове та прикладне значення. Так фахівцям з фізичної реабілітації знання основ медичних знань необхідне для виконання своїх професійних обов'язків.

Знання впливу чинників навколишнього середовища на організм людини, етіології та патогенезу різних захворювань, вміння застосовувати заходи першої допомоги в екстрених ситуаціях допоможуть фахівцям фізичної реабілітації при їх роботі, а також для зміцнення здоров'я, профілактики та підвищення працездатності хворих та інвалідів.

Вивчаючи курс «Основи медичних знань» студенти набувають теоретичних та практичних знань з профілактики та розпізнавання захворювань та надання першої допомоги, впливу чинників зовнішнього середовища на організм людини та здорового способу життя. Особлива роль відводиться розвитку вміння студентів надавати першу допомогу в екстрених ситуаціях, що повинно сприяти більш поглибленому вивченню дисципліни.

Питання формування практичних навичок при наданні невідкладної медичної допомоги розглядали такі вчені, як: Мойсак О. Д. [1], Мурза В. П. [3], Микула І. Р., Вакуленко Л. О. [4].

Базові знання отримані при проведенні практичних занять з дисципліни «Основи медичних знань» допоможуть в процесі подальшої роботи студентів по спеціальності.

Метою статті є: на підставі аналізу психологічно-педагогічної літератури розробити методичні пропозиції студентам для покращення практичних навичок невідкладної медичної допомоги.

Практичним навичкам по здійсненню надання невідкладної долікарської допомоги при тяжких травмах, навчалась група студентів II курсу спеціальності «Фізична реабілітація». Всього навчалось 14 чоловік.

При тяжких травмах виникає термінальний стан (граничний з біологічною смертю), в якому виділяють три стадії: предагонію, агонію та клінічну смерть.

При предагонії потерпілий стає загальмованим, у нього бліднуть шкірні покриви, ослаблюється серцево-судинна діяльність, падає артеріальний тиск (60-70 мм. рт. ст.) - хворих лікують у лікарняних умовах.

При неефективному лікуванні настає агонія – глибока стадія процесу умирання. Стан потерпілого або хворого дуже тяжкий. Він втрачає свідомість, очні рефлекси відсутні, дихання поверхневе, пульс ниткоподібний або зникає зовсім. Такий стан триває від кількох хвилин до кількох годин.

Потім настає клінічна смерть – це перехідний стан від життя до смерті, коли також припиняється діяльність організму. Клінічна смерть триває 3-5 хвилин, протягом яких при реанімації ще можна повернути потерпілого до життя.

Реанімаційні заходи здійснюють у такому порядку:

- звільнити дихальні шляхи від слизу;
- кладуть потерпілого на тверду основу (стіл, підлогу) на спину з закинutoю головою;
- роблять штучну вентиляцію легень «із рота в рот», «із рота в ніс» (2-3 пробних вдунань);
- починають робити непрямий масаж серця;
- продовжують реанімацію: на одне вдунання повітря – чотири стискання серця;
- вводять лікарські засоби.

Кожний студент під наглядом викладача самостійно виконував і опановував методику проведення штучної вентиляції легень «із рота в рот», «із рота в ніс», непрямого масажу серця.

Методику проведення штучної вентиляції легень і непрямого масажу серця виконували на матерчатих, м'яких муляжах – ляльки великих розмірів, пошитих із м'якої тканини.

Муляж – ляльку клали на стіл, спиною до низу, голову закидали назад, під лопатки підкладали валик, розкривали рот, висовували

нижню щелепу вперед (умовно) ніс здавлювали пальцями. Глибоко вдихали повітря, після чого щільно охопивши рот чи ніс муляжу, з невеликим зусиллям вдували повітря в легені (умовно). Частота вдунань – 14 за 1 хвилину. З гігієнічною і естетичною метою, штучну вентиляцію легень проводили через марлеву серветку чи особисту носову хустинку.

При виконанні непрямого масажу серця, кожний студент знаходився зліва від муляжу, розміщував свої долоні (одна на зовнішній поверхні другої) на нижній третині грудини (умовно), і тиснув на неї максимально розігненими в променево-зап'ястковому суглобі руками. Натискували поштовхами. Поштовхи руками здійснювали зі швидкістю натискання до 60 разів за хвилину.

Серцево-легеневу реанімацію проводили надавлюючи на грудину муляжу з частотою 60-80 разів за хвилину з паралельною вентиляцією легень.

Послідовність дій під час виконання методики реанімації оцінювали оцінками: задовільно, добре, відмінно. Оцінка заносилась в журнал успішності.

Надання першої допомоги при кровотечах.

Кровотеча – це витікання крові із ушкодженої судини, яка виникає в результаті порушення цілості різних кровоносних судин при пораненні або захворюванні.

У залежності від виду ушкодженої судини розрізняють: артеріальну, венозну, капілярну і паренхіматозну кровотечу. Кровотечі бувають зовнішні (із ран та природних отворів тіла) та внутрішні (кров накопичується в порожнинах тіла).

Найнебезпечнішими є кровотечі з великих артерій, коли кров витікає під тиском, і затримка з наданням допомоги при цьому дуже небезпечна для життя. Тому при будь-якій кровотечі людина, яка надає допомогу, повинна діяти швидко, рішуче. Велике значення для життя потерпілого або хворого має своєчасне застосування тимчасових методів зупинення кровотечі [2].

Метод тимчасового зупинення кровотечі проводили на студентах. Група студентів 14 чоловік, поділена на дві підгрупи по сім.

Кожний студент під наглядом викладача самостійно виконував і опановував методи тимчасового зупинення кровотечі. Студенти знаходили у своїх колег місця розташування основних артеріальних стовбурів, які розміщені поверхнево (сонної, пахвової, плечової, променевої стегнової артерій) і стискали пальцями ці судини вище від рани (умовно). Щоб правильно застосовувати метод – притиснення пальцями судин, студенти зарання вивчали топографічну анатомію основних артеріальних стовбурів.

Цей метод найпоширеніший і найдоступніший спосіб тимчасового зупинення

кровотечі. Але таким чином неможливо зупинити кровотечу надовго.

Використовували бинт, вату при накладанні на рану (умовно) давлючої пов'язки – другий метод тимчасового зупинення кровотечі. Правильно накладена давлюча пов'язка ніколи не спадає і зберігає потерпілому здоров'я, іноді й життя.

Якщо рана велика, кровотеча дуже сильна, слід накладати джгут для зупинки кровотечі.

Студенти опанували методику накладання джгута для зупинки кровотечі. Джгут вище від місця ураження (умовно), накладали на м'яку прокладку (рушник, бинт), розтягали його, і обернувши кілька разів навколо кінцівки, міцно затягували до зниження пульсу на периферичних артеріях. Кінцівку перед накладанням джгута піднімали до верху. Під джгут клали супровідну записку, на якій вказували час накладання.

У холодну пору року джгут можна не знімати протягом однієї години, а в теплу – дві години.

Поряд з штучною вентиляцією легень і закритим масажем серця, зупинкою кровотечі велике значення має правильно накладена пов'язка.

Пов'язки застосовують для запобігання забруднення рани, зупинки кровотечі, очищення рани від гною, утримання в рані ліків, створення спокою.

Пов'язки поділяють на дві групи:

1. м'які (бинтові, косинкові, клейові);
2. жорсткі (шинні, крохмальні, гіпсові).

На муляжах-ляльках під наглядом викладача, студенти застосовували правила і техніку накладання, на різні частини тіла, м'яких пов'язок. Послідовність дії під час виконання накладання пов'язок оцінювали оцінками: задовільно, добре, відмінно.

Пов'язки на голову. Застосовували шапку Гіппократа, чіпець. Для шапки Гіппократа застосовували бинт з двома голівками. При бинтуванні циркулярний (закріплюючий) хід проводили трішки нижче від потиличних і лобових виростків, одну голівку брали в одну руку, іншу – в другу руку. Голівки бинта вели назустріч одна одній, ходами бинта охоплювали лобові відростки і посередині лоба перекручували. При цьому кожний поверхневий хід прикривав попередній на 1/2 чи 2/3 його ширини, поки склепіння черепа повністю не закрилось ходами бинта.

Пов'язка на голову в вигляді чіпця. Брали кусок бинта довжиною 90 см., положили його на тім'яні кістки склепіння черепа так, щоб кінці спускалися вертикально вниз попереду вушних раковин. Обидва вільні кінці бинта тримали в натягнутому стані. У праву руку брали голівку бинта й робили циркулярний хід навколо голови. Після цього голівку бинта вели до зав'язки, робили оберт навколо неї і вели в протилежний бік, кожний подальший хід

покривав попередній на 1/2, поки не була повністю покрита голова. Після цього бинт закріплювали одним циркулярним ходом, обертали навкруги одного з кінців зав'язки і зав'язували кінці зав'язки під підборіддям.

Пов'язка на грудну клітину. Застосовували спіральну пов'язку. Студент брав кусок бинта довжиною 100-120 см., перекидав через надпліччя. Циркулярним ходом нижче від мечоподібного відростка двома обертами закріплював бинт, а потім спіральними ходами бинтував грудну клітку, прикриваючи попередній хід на 1/2 чи 2/3 до пахвових ямок.

Кінці бинта, що звисали, зв'язував на протилежному надпліччі.

Пов'язка Дезо. Цю пов'язку застосовують під час надання першої допомоги при переломах плеча, ключиці.

Пов'язку починали циркулярно-спіральними ходами бинта, що охоплювали одночасно груди й плече. При накладанні пов'язки на ліву руку, хід бинта вели з ліва на право, при бинтуванні правої руки – справа наліво, при цьому кінцівку згинали у ліктьовому суглобі під прямим кутом. Наступний тур, бинт вели через пахвову западину здорової руки по передній поверхні грудної клітки через надпліччя хворої руки. Ззаду бинт круто опускали униз під ліктьовий суглоб і охоплювали передпліччя знизу, вели у пахвову западину здорової руки.

Пов'язка на передпліччя. Накладали по типу спіральної з перегинами. При накладанні пов'язки на ліктьовий суглоб, кінцівку згинали в ньому під прямим кутом і наклали пов'язку по типу «черепашача» (східна й розхідна).

Пов'язка на палець. При бинтуванні одного пальця перші циркулярні ходи наклали вище від променево-зап'ясткового суглоба. Потім бинт косо на тильній поверхні кисті направляли до кінцевої фаланги хворого пальця,

закріплюючи його повертаючи ходами. Далі спіральними ходами від нігтьової фаланги до основи пальця і знову через тил кисті бинт повертали на променево-зап'ястковий суглоб і закріплювали циркулярним ходом.

Пов'язка на стегно і гомілку. Накладали спіральну пов'язку з поворотом бинта, на колінний суглоб – «черепашачу», що сходиться чи розходиться. На гомілково-стопний суглоб наклали 8-подібну пов'язку, починаючи її циркулярними ходами на нижній третині гомілки.

Таким чином, розроблені нами методичні пропозиції дозволили студентам правильно виконувати основні реанімаційні заходи при тяжких травмах і захворюваннях: штучну вентиляцію легень, непрямий масаж серця, зупинку кровотечі, правильне накладання пов'язок, дозволяє практично здійснювати оптимальні для кожного потерпілого і пацієнта умови, що забезпечують повернення максимальної кількості постраждалих, хворих та інвалідів до суспільства, соціально-корисної праці, як необхідних умов здорового способу життя.

#### **Список використаної літератури**

1. Мойсак, О. Д. Основи медичних знань і охорони здоров'я: Навчальний посібник – третє видання, виправлене та доповнене – К. Арістей, 2005 – 588 с.
2. Практичні роботи з курсу «Основи медичних знань» (Укл. О. Д. Мойсак. К., 1992.)
3. Мурза, В. П. «Фізична реабілітація в хірургії»: навч. посібник В.П. Мурза, В.М. Мухін – К.: Наук. Світ., 2008 – 246 с.
4. Микула, І. Р., Вакуленко, Л. О., Швед, М. І., Левицька, Л. В. та інші. «Медична та соціальна реабілітація» посібник 2003 р.