

Учреждение образования
«Брестский государственный университет имени А.С. Пушкина»

Переломы костей.
Оказание первой медицинской помощи.

Методические рекомендации
для студентов всех специальностей
университета

БрГУ ИМ. А.С. ПУШКИНА

Брест 2008

УДК 617.3
ББК 54.58

Составители:

ст.пр. Павлик Н.Н.,
ст.пр. Ревина И.В.,
проф. Панько С.В.
доц. Севостьянов А.Н.

Рецензент: доктор мед.наук, проф. Карпицкий С.А.

Данные методические рекомендации содержат необходимые сведения по клинической картине и оказанию первой медицинской помощи при различных видах переломов костей, возникающие в быту, на производстве и экстремальных ситуациях.

Рекомендованы студентам высших учебных заведений, обучающихся по курсу «Доврачебная помощь при травмах», а также учащимся школ и медицинским колледжей.

БрГУ им. А.С.Пушкина

ВВЕДЕНИЕ

Своевременное и правильное оказание доврачебной помощи пострадавшим при различного рода переломах, возникших в быту, на производстве, при экстремальных ситуациях, автомобильных авариях повышает шанс не только выжить, но сократить срок дальнейшего выздоровления.

По данным Всемирной организации здравоохранения каждая пятая жертва экстремальных ситуаций погибает именно из-за того, что оказавшиеся рядом люди не оказывают первую доврачебную помощь (хотя все возможности для этого имеются) или оказывают ее неправильно. Данные учебно-методические рекомендации дают возможность разобраться в причинах, классификации и признаках различного рода переломах и суметь оказать первую помощь, нередко используя для этого подручные средства.

БрГУ им. А.С. Пушкина

ПОНЯТИЕ И КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРЕЛОМОВ

Переломы – частичное или полное нарушение целостности кости, вызванное воздействием на нее механической силы.

При частичном нарушении целостности кости, сопровождающемся перегибом кости, говорят о *надломе*.

Неполное разъединение кости при отсутствии перегиба и расхождения отломков называют *трещиной*.

Классификация переломов:

Врожденные – переломы, образовавшиеся во внутриутробной жизни под влиянием травмы живота матери в период беременности, либо неполноценной структуры кости плода.

Приобретенные: а) *травматические* – как следствие внешнего насилия – травмы. б) *патологические* – разрушение кости каким-либо инфекционным процессом – туберкулез, сифилис, либо опухолью.

Травматические переломы составляют до 1/7 части всех повреждений. Встречаются они чаще у мужчин, чем у женщин, преимущественно в среднем (трудоспособном) возрасте. Более часто повреждаются верхние конечности (до 50%), переломы плечевой кости возникают при падении на локоть либо кисть, перелом обеих костей предплечья происходит чаще при прямом ударе, переломы нижнего конца лучевой кости происходят чаще других при падении на вытянутую руку, переломы костей кисти – при падении с упором на кисть или ударом по ней.

На нижние конечности приходится около (31%) всех переломов. При переломах бедренной кости чаще встречаются переломы шейки бедренной кости и обеих вертелов. Чаще такие переломы происходят у людей пожилого и старческого возраста. Переломы надколенника происходят обычно при падении на колено или удара по колену спереди. При травмах голени возможен перелом как одной, так и обеих костей. Переломы костей стопы чаще происходят при прыжках с высоты или падении на нее тяжелых предметов.

Реже – кости туловища (12%), и, наконец, череп (6%).

Различают **закрытые** переломы, при которых кожа в области перелома остается неповрежденной;

Открытые переломы, при которых целостность кожи в месте повреждения кости нарушена. Течение открытых переломов нередко сопровождается развитием *осложнений*:

1. присоединение инфекции, развитие как местного, так и общего гнойного процесса, угрожающего жизни больного;

2. развитие кровотечения – вследствие ранения крупных кровеносных сосудов.

В зависимости *от механизма травмы переломы* могут быть получены в результате:

- прямого удара – это обычно поперечные переломы;
- чрезмерного сгибания, превышающего пределы эластичности кости;
- сдавления или сжатия кости – компрессионный перелом (пример: ныряние в мелком водоеме – перелом костей черепа);
- отрыва кости при натяжении сухожилия – отрывные;
- при скручивании кости – винтообразные;
- при раздробленности кости (огнестрельные) – раздробленные или оскольчатые переломы.

От направления линии перелома различают следующие виды переломов:

- поперечные;
- продольные;
- косые;
- винтообразные;
- спиральные.

Их диагностируют рентгенологически.

При переломах трубчатых костей различают:

- эпифизарные (внутрисуставные);
- метафизарные (околосуставные);
- диафизарные (в средней части тела кости).

По сложности повреждения различают *простые, осложненные и комбинированные переломы*.

При *простых* переломах отсутствуют какие-либо осложнения, как правило, это закрытые неполные переломы. *Осложненные* переломы сочетаются с повреждением соседних органов, сосудов, нервов. При них существует опасность развития осложнений (пример – разрывы и повреждения тазовых органов – мочевого пузыря, кишечника при переломах костей таза).

При *комбинированных* переломах имеются повреждения других органов (пример – перелом плечевой кости и разрыв селезенки).

Кроме того, различают *одиночные и множественные* переломы. Переломы могут быть *без смещения* костных отломков и с *их смещением*. Смещения костных отломков встречаются при полном переломе – переломе на всю толщину кости, тогда отломки чаще всего полностью отходят друг от друга.

Признаки переломов

При повреждении костной ткани возникают ответные реакции организма как местного, так и общего характера.

К **местным** реакциям относятся:

- боль в момент травмы и после нее, особенно при движениях;
- невозможность пользования поврежденной конечностью (нарушение функции);
- образование обширной гематомы в области травмы;
- деформация места перелома при смещении костных отломков;
- укорочение конечности, наблюдаемое при смещении отломков по длине;
- патологическая (ненормальная) подвижность кости в области перелома. Это вполне достоверный признак переломов, особенно трубчатых костей;
- костный хруст (крепитация), возникает при смещении отломков по отношению друг к другу. Определяется при ощупывании места перелома;
- при открытых переломах – нарушение целостности кожных покровов или слизистых оболочек и симптомы раны (зияние, кровотечение из раны и т. д.).

К **общим** же относят: нарушение сна, повышение температуры тела, общая слабость, раздражительность и прочие симптомы интоксикации.

Особенности переломов у детей

У детей кости ломаются реже благодаря большей гибкости по сравнению с костями взрослых. Гибкость костей у детей обуславливается меньшим содержанием в них минеральных солей. У взрослых с возрастом кости становятся более хрупкими. У детей же, чем меньше возраст ребенка, тем тоньше и гибче его кости. Надкостница же намного толще, сочнее, поэтому переломы у детей чаще поднадкостничные и по типу «зеленой веточки». Кости у детей могут ломаться при рахите, остеомиелите, туберкулезе и других заболеваниях – это так называемые патологические переломы.

Осложнения переломов

- развитие травматического шока, особенно при оскольчатых переломах, когда отломки костей могут травмировать мягкие ткани, нервные стволы;
- кровотечение и развитие острой анемии, особенно при ранении крупных кровеносных сосудов;
- жировая эмболия кровеносных сосудов при переломе трубчатых костей;
- инфицирование места перелома, что приводит к развитию гнойных осложнений: абсцесса, флегмоны, остеомиелита и пр.

При несвоевременном лечении переломов развиваются поздние осложнения:

- образование в месте перелома ложного сустава;
- контрактуры и анкилозы суставов при неправильном лечении переломов.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Объем и порядок оказания первой медицинской помощи будет зависеть от вида перелома и оказания непосредственно на месте получения травмы.

При открытых переломах, осложненных обильным кровотечением из раны, проводят:

- остановку кровотечения (наложение кровоостанавливающего жгута или давящей повязки и т.д.);
- наложение асептической повязки на рану;
- дача анальгетиков;
- наложение транспортной шины.

Виды шин.

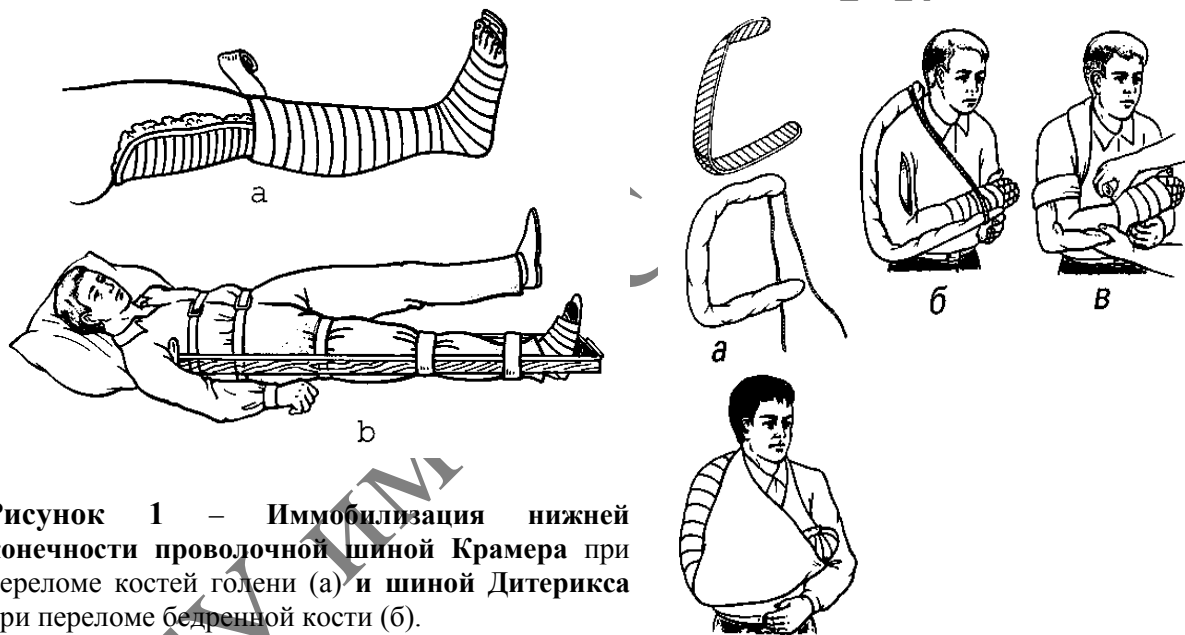


Рисунок 1 – Иммобилизация нижней конечности проволоочной шиной Крамера при переломе костей голени (а) и шиной Дитерикса при переломе бедренной кости (б).

Рисунок 2 – Иммобилизация при повреждениях плеча и локтевого сустава: а – подготовка лестничной шины; б – наложение шины; в – фиксация шины бинтом; г – подвешивание верхней конечности на косынке.

Шины используют для оказания первой медицинской помощи и дальнейшей транспортировки больных. Различают два основных вида шин: **стандартные**, т.е. готовые медицинские которые выпускаются на соответствующих предприятиях, – это сетчато-проволочные (металлические) шины Крамера, **деревянные** шины Дитерикса, пластмассовые, надувные (пневматические). Нередко на месте получения травмы приходится использовать **импровизированные** шины, т.е. шины из подручного материала, это когда приходится пользоваться предметами,

находящимися рядом с травмированным. Это могут быть палки, ветки деревьев, зонтик, лубки, кора деревьев, лопата и т.д. (смотри рисунок 3).



Рисунок 3 – Наложение импровизированных шин

Правила наложения шин

1. Накладывать шину непосредственно на месте происшествия.
2. Снимать одежду и обувь с пострадавшего не рекомендуются, чтобы не вызвать дополнительную травму.
3. Шина не накладывается на голое тело, под нее необходимо подложить мягкий материал (вата, полотенце, одежда и прочее).
4. Перед наложением тщательно осмотреть место повреждения: при наличии кровотечения произвести его остановку, наложить асептическую повязку, ввести анальгетики.
5. Перед наложением шины придать конечности физиологическое положение (например, при наложении на верхнюю конечность, конечность сгибается под углом 90° в локтевом суставе и приводится к туловищу. При наложении на нижнюю – коленный сустав слегка сгибается под тупым углом, а кости стопы приводятся к костям голени под углом 90°).
6. Подгонку шины произвести по здоровой конечности пострадавшего или по конечности оказывающего помощь.
7. Шина должна надежно фиксировать два смежных с местом перелома суставов (при переломах костей предплечья и голени), либо три (при переломе плечевой или бедренной костей).
8. Накладывать и прибинтовывать шину так, чтобы она не сдавливала кровеносные сосуды и нервы.
9. При повреждении суставов накладываются те же шины.
10. Перекладывать на носилки пострадавшего нужно осторожно, придерживая поврежденную конечность.

Нежно забывать о правиле «трижды осторожно»:

- осторожно наложить повязку;

- осторожно наложить транспортную шину;
- осторожно перенести пострадавшего на носилки.

Ошибки при наложении транспортных шин.

1. Применение коротких шин, в результате чего нарушается правило иммобилизации – созданию неподвижности.
2. Наложение шин без предварительного их обертывания.
3. Неправильное моделирование шины.
4. Слабое наложение шины, что ведет к недостаточной фиксации суставов.
5. Недостаточное утепление конечности, особенно в зимнее время, что может привести к отморожению.

ЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ ПЕРЕЛОМОВ

Переломы костей черепа

Переломы костей черепа наблюдаются нередко (от 1,5% до 3% всех переломов). Чаще причиной переломов являются уличные травмы (автомобиль, мотоцикл) и на железной дороге, а также производственные и на строительстве.

Различают: *трещины* или *линейные* переломы; *оскольчатые* – при которых образуются костные отломки различной величины; осколки могут смещаться и внедряться в твердую мозговую оболочку и мозг, поэтому различают переломы с *вдавлением* или *без вдавления*; *дырчатые* и *окончатые* переломы, имеющие округлую форму с потерей костного вещества, к таким переломам относятся *огнестрельные* переломы черепа, переломы от ранения острыми предметами (пробивание) – гвоздями, крючками. Эти переломы могут сопровождаться разрушением мозга.

По локализации:

- переломы свода черепа;
- переломы основания черепа;
- переломы костей лица.

Открытые – характеризуются наличием раны, *закрытые* – наружные покровы черепа целы.

Симптомы переломов костей свода черепа:

Симптомы при закрытых переломах свода черепа иногда бывают недостаточно выраженными. Определение перелома, его краев или углубления на месте вдавления обычно затрудняется кровоизлиянием над местом перелома. Переломы часто сопровождаются различно выраженными явлениями сотрясения мозга, потерей сознания, тошнотой, рвотой, головной болью, развитием очаговых симптомов: нарушение речи, чувствительности, парезы, параличи. Повреждение лобных долей не дает

очаговых симптомов. В детском возрасте, в силу особой эластичности костей свода черепа наблюдаются чаще ограниченные вдавления.

Распознавание открытого перелома свода черепа не представляет затруднений.

Переломы костей основания черепа образуются чаще всего при падении на голову или на ноги. Эти переломы недоступны ощупыванию. Переломы основания черепа – тяжелые виды черепно-мозговых травм, связанные с повреждением черепно-мозговых нервов, продолговатого мозга.

Симптомы:

– общемозговые (потеря сознания от нескольких часов до нескольких минут, тошнота, рвота, учащение или урежение пульса.

По выходе из бессознательного состояния – парезы и параличи).

– кровотечения из носа, ушей, лимфотечение.

Через 2-3 дня появляются кровоподтеки вокруг глаз – «симптом очков», в зеве. При повреждении задней черепно-мозговой ямки – кровоподтеки в области сосцевидного отростка. Кровотечения из носа указывают на повреждение лобной и решетчатой костей. Кровотечения из наружного слухового прохода бывают при переломах средней черепной ямки и пирамиды височной кости. Иногда имеет место разрыв барабанной перепонки. При переломах основания черепа могут быть повреждены черепно-мозговые нервы и наиболее часто лицевой и глазодвигательный нервы. В спинномозговой жидкости, полученной при пункции, может быть обнаружена кровь, что также указывает на перелом основания черепа.

Переломы основания черепа представляют большую опасность ввиду возможности инфекции со стороны полостей (уха, носа, лобных пазух) и потому дальнейшее течение такой травмы может быть неблагоприятным. Повреждение важных мозговых центров приводит к немедленной смерти.

Первая медицинская помощь при переломах костей черепа включает в себя элементы борьбы с развитием травматического шока с дачей пострадавшему анальгетиков. Если имеется место рана черепа, необходимо наложить асептическую повязку без извлечения из неё инородных тел, костных отломков и вправления фрагментов головного мозга в черепную коробку. При полном отрыве лоскута мягких тканей он заворачивается в чистую (стерильную) ткань и транспортируется вместе с пострадавшим. Пострадавшего в сознании укладывают с возвышенным положением туловища (рисунок 4) и кладут холод на голову.

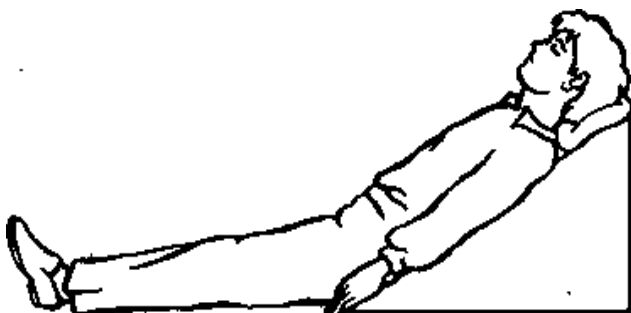


Рисунок 4 – Транспортировка в полусидящем положении

Если больной без сознания, то транспортируют его либо лежа горизонтально на животе (во избежание западения языка и попадания рвотных масс в дыхательные пути), либо лежа горизонтально на спине с фиксацией языка проколом или давящей повязкой к нижней челюсти (при позывах на рвоту голову следует повернуть набок), на носилках.

В случае остановки дыхания – искусственная вентиляция легких.

Повреждение костей лица

Среди переломов костей и хрящей в области лица чаще повреждаются носовые кости. В результате травмы нередко наблюдаются искривления, вывихи и переломы носовой перегородки.

Симптомы: боль, носовое кровотечение, смещение носовых костей, нередко с деформацией носа. Диагноз подтверждается рентгенологически.

Первая медицинская помощь. Пострадавшему придать полусидящее положение. Для остановки носового кровотечения в полость носа вводят турунды, на переносицу кладут холодный компресс, который меняется каждые три минуты. Даются болеутоляющие препараты. Больного эвакуируют на носилках экстренно в ближайший травмопункт.

Повреждения челюстей

Вывихи нижней челюсти бывают односторонние и двусторонние.

Причины: боковой удар по челюсти тупым предметом, чрезмерное раскрывание рта (во время зевоты, крика, приема пищи).

Симптомы: рот приоткрыт, нижняя челюсть выдвинута вперед и смещена в сторону. При попытке закрыть рот – резкая боль.

При осмотре резкая боль, впереди от ушной раковины у места сочленения челюстей отмечается западение.

Речь у пострадавшего нарушена, невнятная, прием пищи не возможен, глотание затруднено отмечается слюнотечение.

Первая медицинская помощь.

Вправление нижней челюсти. После чего для удержания челюстей в нормальном положении необходимо наложить працевидную повязку, поддерживающую челюсть.

Вывихи нижней челюсти могут повториться, так как может оставаться расслабление сумки и связок.

Переломы нижней челюсти считаются самыми частыми из переломов костей лица (70-80%) и наблюдаются в результате ударов в лицо кулаком, копытом лошади, камнем.

Симптомы: боль, кровоподтек, припухлость, асимметрия лица. При ощупывании – неровность, западение в области перелома, усиление боли, иногда костный хруст – крепитация, может быть кровотечения.

Переломы могут быть открытыми с наличием раны и кровотечением из нее. Если ранение проникающее в полость рта (например, огнестрельное), одновременно имеет место повреждение мягких тканей щеки, рта и языка. Может быть сильное кровотечение из челюстной артерии, быстро развивается отек корня языка, затрудняющий дыхание и глотание. В ране, вследствие специфических условий (затекание слюны, застой отделяемого), быстро развиваются воспалительные явления.

Осложнения переломов нижней челюсти: отек гортани и глотки, западение языка, попадание крови и инородных тел (зубов) в дыхательные пути.

Первая медицинская помощь.

Наложение асептической повязки на рану. Во избежание западения корня языка, голову и туловище необходимо наклонить вперед, язык извлечь изо рта, зафиксировать, приколотив к подбородку.

- при сильном кровотечении – давящая повязка;
- борьба с шоком;



Рисунок 5 – Укладка на боку. Рот находится в самом низком пункте тела (предупреждение попадания инородных тел в трахею), шея вытянута и голова отклонена кзади (предупреждение западения языка).

При потере сознания – уложить на бок (рисунок 5), предотвратить удушье от западения языка (вытянуть в перед и зафиксировать) и пальцем, обернутым какой-либо тканью, удалить кровь и рвотные массы из ротоглотки.

- экстренно вызвать скорую помощь.

Переломы костей грудной клетки

Переломы ребер и грудины – обычно возникают при воздействии прямой травмы большой силы, либо сжатие грудной клетки в передне-заднем направлении, в таком случае переломы чаще идут по подмышечным линиям. При сдавлении с боков – ребра ломаются сзади по лопаточной линии, спереди – в месте перехода костной части ребра в хрящевую. При прямом ударе перелом возникает в месте приложения силы. Переломы нижних ребер могут привести повреждению печени, селезенки, почек.

Различают:

- трещины;
- поднадкостничные переломы;
- перелом на всю толщину ребра – полные;
- перелом одного ребра или нескольких;
- переломы со смещением и без него.

Симптомы переломов ребер:

- хруст в момент травмы;
- боль в месте перелома, усиливающаяся при вдохе;
- положение больного вынужденное: сидит неподвижно, согнувшись в больную сторону, прижимая ладонь к больному месту;
- дыхание поверхностное, не редко из-за боли;
- при повреждении легкого – кровохарканье.

Диагноз подтверждается рентгенологически.

Первая медицинская помощь.

При таких переломах направлена на создание покоя путем придания удобного положения. Пострадавшего берут сзади под обе подмышки (избегают надавливая на грудную клетку), подтягивают к опоре и придают полусидящее положение с опорой рук о пол (рисунок 6). Если нет возможности придания такого положения, то пострадавший укладывается горизонтально, с возможно наибольшим возвышением туловища и головы. Внешняя иммобилизация не нужна, она лишь затрудняет дыхание. Для ослабления боли пострадавший прижимает поврежденной области руку, можно дать болеутоляющие средства (анальгин). Такой же эффект дает укладка на поврежденном боку.

При наличии раны грудной клетки, когда в ее области в такт дыхательным движениям слышны хлопающие, чмокающие звуки и на выдохе усиливается выделение из раны пенистой крови (открытый пневмоторакс) – рана закрывается плотно ладонью, а затем накладывается герметизирующая повязка. Первый слой из воздухонепроницаемой ткани (клеенка, полиэтиленовый пакет, лейкопластырь) укрепляется спиралевидной повязкой.

Больной транспортируется скорой помощью в положении полусидя.



Рисунок 6 – Положение полусидя. Опора на руки обездвиживает пояс верхних конечностей – опора для вспомогательных дыхательных мышц.

Повреждения позвоночника

Повреждения позвоночника (чаще закрытые) возникают вследствие удара:

- при падения с высоты на спину;
- на голову (удар о дно водоема при нырянии);
- на ягодицы;
- при резких вращательных, сгибательных и разгибательных движениях (по типу «хлыста» при автокатастрофах).

Встречаются ушибы, растяжения, переломы, вывихи, переломовывихи и повреждения межпозвоночных дисков.

Вывихи позвонков чаще происходят в наиболее подвижном шейном отделе и проявляются болью в шее, которая отдает в затылок (верхнешейный отдел) или в надплечья и руки (вывих в средненижнем отделе). Боль ограничивает подвижность шейного отдела, из-за чего голова находится в вынужденном положении, иногда ее поддерживают руками. При сдавлении спинного мозга появляются стреляющие боли в руках, нарушение чувствительности, параличи (невозможность выполнения активных движений).

Первая медицинская помощь.

Пострадавшего обездвиживают, производят шинирование с помощью мягкого ватно-марлевого воротника (при относительно легких травмах) или специальных шин и срочно доставляют в больницу.

При наложении шины не следует пытаться произвести вправление или изменить положение головы, т.к. это может обусловить развитие еще более тяжелой травмы. При наложении ватно-марлевого воротника (воротник по Шанцу), шея обортывается вокруг толстым слоем ваты от затылка до грудной клетки, который закрепляется круговыми турами бинта. Неподвижность головы во время транспортировки можно обеспечить

с помощью подложенного под голову слабо надутого резинового подкладного круга либо кольцевидного валика из одежды.

Переломы позвоночника возникают вследствие удара в область позвоночника тупыми твердыми предметами, сдавления позвоночника при обвалах зданий, насильственных движений (при резких поворотах, сгибаниях, разгибаниях).

Различают повреждения **мягких тканей позвоночника** – ушибы, растяжение и разрывы мышц, связок позвоночника; повреждения позвонков – **переломы** остистых и поперечных отростков позвонков, тел позвонков, вывихи позвонков, без повреждения спинного мозга и с повреждением спинного мозга (сотрясение, сдавление, разрывы).

Переломы позвонков проявляются сразу после травмы болью, скованностью (невозможно выпрямиться из-за напряжение мышц-разгибателей спины), деформацией (выстояние остистого отростка поврежденного позвонка, припухлость). При осложненном повреждением спинного мозга отмечается онемение и отсутствие чувствительности в конечностях, непроизвольные мочеиспускание и испражнение. При полном разрыве спинного мозга – возможно развитие паралича конечностей, мышц диафрагмы, дыхательной мускулатуры.

Первая медицинская помощь.

При переломах большое значение имеет правильно оказанная первая помощь, так как повреждение спинного мозга может наступить в результате неправильных пассивных движений после травмы. Основная задача состоит в предотвращении дополнительной травмы при переноске, транспортировке и осмотре. Движения, особенно сгибание, могут привести к еще большему повреждению позвоночника и спинного мозга. Пострадавшего, лежащего на спине нельзя поднимать за плечи и за ноги – возможность сдавления спинного мозга.

Перенос осуществлять лучше всего вчетвером (рисунок 7). При этом три спасателя стоят над пострадавшим с максимально расставленными ногами и руки пострадавшего сложены на грудной клетке. Все трое спасателей обращены к пострадавшему лицом и хватают его за одежду соответственно на уровне головы, грудной клетки и голеней, так чтобы одежда под пострадавшим была натянута, а в руках в складку.

Спасатель на уровне туловища держится за одежду только одной рукой, а второй удерживает сзади шею пациента, предотвращая провисание головы назад при подъеме вверх. Второй спасатель держится двумя руками на уровне живота и третий одной рукой на уровне голени и второй – бедер. Спасатель у головы руководит процессом с помощью вопроса «Готовы?» и команд «Поднять» и «Опустить» с целью обеспечения согласованности движений. Четвертый спасатель после

выполнения команды «Поднять» подсовывает носилки, либо щит под пострадавшего.

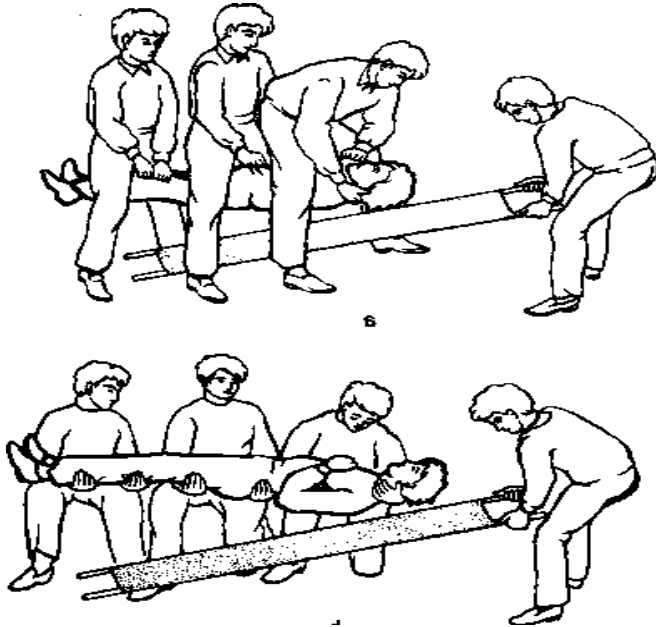


Рисунок 7 – Перенос пострадавшего с поврежденным позвоночником.

При потере сознания, попадании инородных тел в дыхательные пути (кровь, рвотные массы), пациента кладут на бок, затем спереди около больного ставят носилки со щитом и укладывают на живот с подложенными под лоб и грудь валиками для разгрузки позвоночника (рисунок 8).

Если больной в сознании, то лучше транспортировать на щите в положении на спине с подложенным валиком под поясничную область.

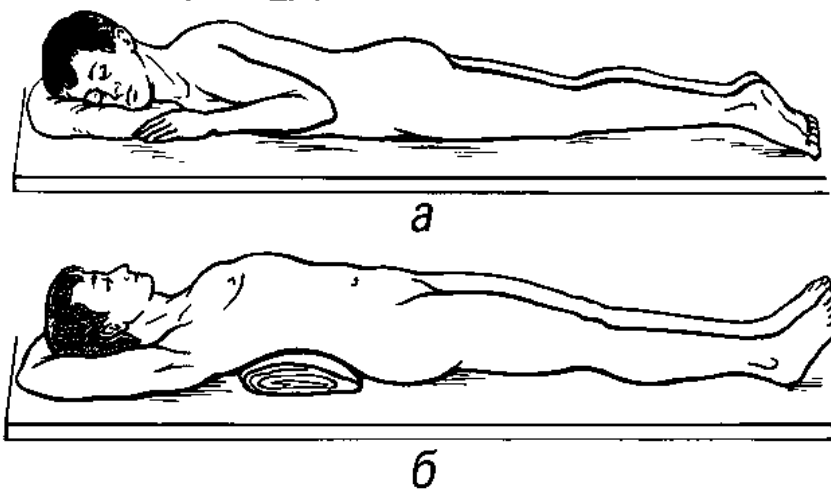


Рисунок 8 – Транспортная иммобилизация при переломе позвоночника:
а – положение на животе; б – положение на спине.

Во время транспортировки нельзя перекладывать с одних носилок на другие. При открытых повреждениях на рану накладывают стерильную повязку (при кровотечениях – давящую).

Переломы костей таза

Чаще возникают при падениях с высоты либо в результате автоаварий при прямом ударе спереди или сдавлении, когда нарушается целостность тазового кольца. В этом случае отмечаются боли в месте перелома, усиливающиеся при легком сдавлении таза и при ощупывании, а также при безуспешной попытке больного лежа пошевелить и оторвать от поверхности выпрямленную ногу (симптом «прилипшей пятки»).

Первая медицинская помощь.

Осложненные переломы костей таза характеризуются нарушением мочеиспускания и часто сопровождаются угрожающими жизни травматическим шоком и кровопотерей, что диктует необходимость срочной эвакуации в больницу.

Для обездвижения и уменьшения боли за счет расслабления мышц живота пострадавшего укладывают на жесткие носилки, придав ему положение с полусогнутыми ногами и слегка разведенными бедрами («поза лягушки»). Под коленные суставы подкладывают валик из подручных средств (одежда, одеяло и т.п.) и обе ноги фиксируют между собой в области коленных суставов с помощью ремня или импровизированного жгута. При перекладывании на носилки пострадавшего берут вдвоем сзади в области грудной клетки и бедер.

ЛИТЕРАТУРА

1 Булай, П. И. Первая помощь при травмах и хирургических, несчастных случаях. – Минск : Парадокс, 2000. – 190 с.

2 Гапанович, И. Я. Хирургия : учебник / И. Я. Гапанович, А. М. Поминов. – Минск : Высшая школа, 1987. – 397с.

3 Карпицкий, С. А. Курс лекций по доврачебной помощи при травмах и поражениях. – Брест : УП «Вариант плюс», 2002. – 250 с.

4 Панько, С. В. Анатомия человека : курс лекций / С. В. Панько. – Брест : БрГУ им. А.С. Пушкина, 2003. – 196 с.

5 Федзюковіч, М. І. Асновы медыцынскіх ведаў : вучэб. дапаможнік / М. І. Федзюковіч. – Минск : Паліфакт-Альфа, 1997. – 432 с.