

## КЛИНИКА УРГЕНТНОЙ МЕДИЦИНЫ

Доц. В. Паскаръ

КЛИНИЧЕСКИЙ КУРС, С ОСНОВНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ОБСЛЕДОВАНИЯ. И НЕОБХОДИМЫМИ НАВЫКАМИ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ АДЕКВАТНОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ НА МЕСТЕ ПРОИШЕСТВИЯ

### Содержание

1. Определение
2. Первичный осмотр пострадавшего в критическом состоянии
  - Оценка состояния сознания по шкале АВПУ
  - Поведение, которому следует следовать в исключительных состояниях критически травмированного пациента
3. Алгоритм первичного экзамена – ABCDE
4. Травмы, опасные для жизни пострадавшего
5. Оценка и неотложная помощь в ситуациях, угрожающих жизни пострадавшего.
6. Вторичный экзамен

Травма – это комплекс местных и общих нарушений, возникающих в организме, на которые воздействовал травмирующий фактор с силой, энергией большей, чем сопротивление тканей организма человека.

По ежегодным данным ВОЗ, ежегодно только травмы, полученные в результате дорожно-транспортных происшествий, составляют примерно 8-10 миллионов человек, смертность составляет 300-500 тысяч травмированных. Немедленная смерть (50%) наступает в первые минуты после аварии, вследствие тяжелых обширных повреждений внутренних органов, попытки спасти этих безнадежных больных. Ранние летальные исходы происходят в первые 2-3 часа и составляют примерно 30%. Прогноз у этих больных в наибольшей степени зависит от профессиональной подготовки медицинского персонала, от скорости проведения первых лечебных мероприятий и скорости эвакуации больных в ближайшее травматологическое отделение. В этой группе летальные исходы наступают от массивных торакальных или брюшных кровоизлияний, либо от внутричерепных геморрагических поражений. Все авторы подчеркивают важность оказания медицинской помощи в первый час после аварии, в так называемый «золотой час». Поздняя смерть составляет 20% всех смертей от травм,

а 80% из них вызваны сепсисом и MSOF (множественной системной и органной недостаточностью).

#### **Алгоритм оказания первой помощи:**

Осмотр места происшествия

Первичный осмотр пострадавшего

Вторичный осмотр пострадавшего\*

Оказание помощи

#### **Прибытие на место происшествия**

- Удостовериться в своей собственной безопасности.
- Удостовериться в безопасности пациента.
- Определить первое впечатление о месте происшествия и приступить к первичной оценке пациента.
- Определить жизнеугрожающие состояния и оказать помощь .
- Стабилизировать состояние пациента и продолжать оценку состояния пациента

#### **Дополнительная информация:**

- Источники возможной опасности;
  - Растекание химических или горючих веществ;
  - Упавшие электропровода;
  - Очаги возгорания;
  - Опасность взрыва.
  - Неустойчивые транспортные средства
  - Количество и местонахождение пострадавших
- Оценка и лечение тяжелораненого на месте происшествия начинается с первичного осмотра.

Целью первичного осмотра является распознавание всех угрожающих жизни состояний, которые требуют немедленной помощи для спасения жизни пострадавшего.

Первичный осмотр всегда проводится на месте происшествия и не должен продолжаться больше, чем 1,5-2 мин ,

Первичное обследование представляет собой алгоритм, содержащий – **АсВСDE** который необходимо систематически выполнять при подходе к любому травмированному пациенту.

#### **ПЕРВИЧНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО С КРИТИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ НАПРАВЛЕНО НА:**

■ Оценка и лечение неотложных состояний, представляющих непосредственную опасность для жизни пострадавшего.

- Стабилизация и транспортировка пациента в медпункт (DMU).

Оценка места происшествия

- Наличие опасных материалов для спасателя и пациента
- Механизм травмы
- Необходимость эвакуации пациента
- Необходимость сортировки
- Потребность в медицинской помощи

После обеспечения местности, места происшествия, обеспечения безопасности спасателя и пострадавшего, следующим этапом является первичная оценка пострадавшего.

**Первичная оценка пострадавшего, целью которой является установление уровня сознания с последующей оценкой жизненно важных функций (АВС).**

**АВПУ – создает предпосылки для быстрой ориентации в ситуации.**

#### **А. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОЗНАНИЯ**

- Обратитесь к пострадавшему: «Вам помочь?»
- Если ответа не последовало, аккуратно потрясите пострадавшего за плечи.

**Пострадавший реагирует:**

- Не перемещайте пострадавшего, если он не находится в опасности
- Спросите его и очевидцев, что произошло (проведите первичный осмотр и окажите первую помощь)
- При необходимости вызовите скорую помощь
- Следите за состоянием пострадавшего
- Находитесь рядом до приезда скорой помощи

**Если пострадавший не реагирует, то предполагаем, что пострадавший находится без сознания.**

**Обрати внимание !**

- **Бессознательное состояние представляет угрозу жизни!**

**ВАШИ ДЕЙСТВИЯ:**

**Обеспечить проходимость дыхательных путей возможно, запрокинув голову пострадавшего назад и приподняв его подбородок.**

**V – РАЗГОВОРНУЮ РЕЧЬ** - реагируют на словесные раздражители.

- если он реагирует только на очень сильные словесные раздражители.

**Р - БОЛЬ (БОЛЬ).** - Больной, реагируя на болевые раздражители, не реагировал на болевые раздражители,

**РЕАКЦИЯ НА БОЛЕВОЙ РАЗДРАЖИТЕЛЬ СОСТОИТ ИЗ**

- **Болезненные раздражители применяются путем.**
- 1. Компрессия в области грудины
- 2. Компрессия ушной раковины
- 3. Компрессия трапециевидной мышцы
- **U - БЕЗ СОЗНАНИЯ** – не реагирует ни на какие раздражители

**ЗРАЧКИ:** Зрачки нормального пациента имеют одинаковый размер и реагируют на свет.

• **Неравномерный размер** зрачка может дать информацию о состоянии или травме жертвы. Неровные зрачки могут указывать на травму головного мозга или глаз.

• **Расширенные зрачки** могут указывать на страх, потерю крови, нехватку кислорода или наркотическую зависимость.

• **Узкие зрачки** могут свидетельствовать о наркомании или патологиях центральной нервной системы.

• **Отсутствие реакции зрачков на свет** (отсутствие фотореакции) может указывать на недостаток кислорода (гипоксию).

Если пострадавший не реагирует, то предполагаем, что пострадавший находится без сознания, немедленно обратитесь за помощью В бессознательном состоянии происходит расслабление мышц языка и может произойти его западение, вследствие чего, нарушается проходимость дыхательных путей.

При необходимости реанимационные мероприятия начинают немедленно, за исключением ситуации, при которой установлено наличие массивного кровотечения, ситуации, когда гемостаз достигнут, тогда начинают реанимационные мероприятия.

**ЕСЛИ ПОСТРАДАВШИЙ БЕЗ СОЗНАНИЯ, ДЕЙСТВОВАТЬ В СЛЕДУЮЩЕЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ:**

- Отправить кого-нибудь за помощью
- Если вы один, обратитесь за помощью, но вернитесь через минуту и начните реанимационные мероприятия (первичные кардиореспираторные: АВС-освобождение дыхательных путей, искусственное дыхание и массаж сердца
- Предупредите скорую помощь

■ Информировать:

- ▶ Где произошла авария (точный адрес и ориентиры)
- ▶ Что случилось
- ▶ Сколько раненых
- ▶ Подается сигнал тревоги (имя лица, запрашивающего вмешательство скорой помощи, адрес и номер телефона)

**ПОСТРАДАВШИЙ ДЫШИТ И У НЕГО ЕСТЬ ПУЛЬС**

- Если пострадавший дышит и у него есть пульс, но он без сознания, мы поместим его в боковое безопасное положение.
- Освобождение дыхательных путей путем подвывиха нижней челюсти и поднятия подбородка.
- Немедленно обратитесь за квалифицированной медицинской помощью и вызовите скорую помощь.
- Наблюдаем за пострадавшим до прибытия бригады медиков

**АЛГОРИТМ ПЕРВИЧНОГО ЭКЗАМЕНА**

- **A -(Airway)** – дыхательные пути: проверка, восстановление и поддержание их проходимости. Ручная стабилизация шейного отдела
- **B - (Дыхание)** – Дыхание: проверка, восстановление и обеспечение оптимального искусственного дыхания
- **C - (Circulation)** – Кровообращение: проверка показателей жизнедеятельности и поддержка кровообращения, остановка кровотечения
- **D - мини-неврологический осмотр**
- **E - Expose** - полное раздевание пациента.

и обеспечение тепловой защиты

**А. ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ И МАНУАЛЬНАЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА**

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЕСЛИ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ ПРОХОДИМЫ:**

Непроходимость дыхательных путей у травмированного человека может быть обусловлена: инородными телами, кровью, рвотой, положением головы, внешним сдавлением, закупоркой собственным языком

**Легкая обструкция дыхательных путей:**

- Пострадавший задыхается, может говорить, сухой или лающий кашель, приступы апноэ – цианоз

## Тяжелая обструкция дыхательных путей

Пострадавший не может говорить, апноэ, прерывистое дыхание, цианоз, истощение, бессознательное состояние, судороги, диффузное потоотделение – остановка дыхания

### НЕМЕДЛЕННЫЕ ДЕЙСТВИЯ:

восстановлением проходимости дыхательных путей

## Маневры дезобструкции дыхательных путей

### I Двойной маневр Эсмарха-Хейберга

- ▶ Передний подвывих нижней челюсти – усиливается передняя тяга языка, способствующая освобождению гортаноглотки
- ▶ Осмотр полости рта, отсасывание и удаление

### Техника

В положении пациента на спине пальцы 2-4 помещают кзади от вертикальной ветви нижней челюсти и осуществляют движение вперед, добиваясь переднего подвывиха нижней челюсти из височно-нижнечелюстного сустава.

## Managementul de Bază de restabilire a permeabilității Căilor Respiratorii

### Manevre de dezobstrucție a căilor aeriene

#### Dubla Manevră Esmarch-Heiberg



#### Tehnica

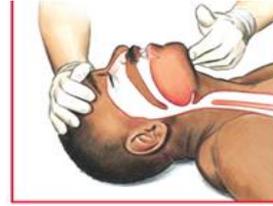


В

положении пациента на спине 2-4 пальцы помещают кзади от вертикальной ветви нижней челюсти и осуществляют движение вперед, добиваясь переднего подвывиха нижней челюсти из височно-нижнечелюстного сустава.

### Противопоказания

- - перелом или вывих нижней челюсти
- - пациент в сознании
- - травмы шейного отдела позвоночника



### **Тройной маневр Сафарв**

- - переразгибание головы;
- - Передний подвывих нижней челюсти
- - Осмотр полости рта, отсасывание (туалет полости рта) и удаление инородных тел

#### **Техника:**

**I МОМЕНТ :** гиперэкстензия головы: реаниматолог, сидя краниально по отношению к больному в положении на спине, положив одну руку на гребень, а другую на подбородок, выполняет гиперэкстензию головы.

**II МОМЕНТ:** передний подвывих нижней челюсти: сохраняется гиперэкстензия гипотенарной областью ладоней реаниматолога, приложенных к лобной области, и 2-4 пальцами обеих рук, расположенными за вертикальной ветвью нижней челюсти, движением вперед (вверх) применяется, который выполняет подвывих со смещением основания языка кпереди.

**III МОМЕНТ:** открывание рта - ладонями обеих рук, расположенными на уровне надподбородочной борозды, с надавливанием вниз отвести подвывихнутую нижнюю челюсть от верхней челюсти. В конце маневра голова пациента будет находиться в гиперэкстензии, удерживаемой ладонями во фронтальной области, нижняя челюсть будет подвывихнута вперед пальцами 2-4, а рот будет полуоткрыт за счет давления, оказываемого скулами.

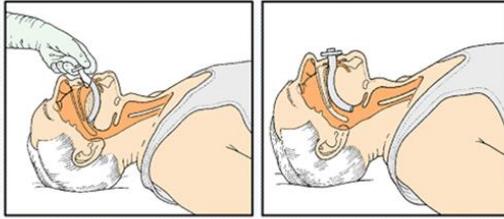
#### **Ротоглоточная/носоглоточная интубация (защита дыхательных путей):**

Вспомогательные средства для поддержания проходимости дыхательных путей: ротоглоточные и носоглоточные трубки.

#### **Орофарингеальный путь:**

Чтобы подобрать правильный размер, расположите на резцах пациента корпус прибора параллельно небу, от угла рта к мочке уха или углу челюсти. Противопоказан пациентам в сознании.

## TEHNICA



Pentru adulți sunt indicate pipele cu diametrul de 6-7 mm

### Носоглоточный тракт:

1. Измерьте носоглоточный воздуховод от ноздри пациента до мочки уха или угла челюсти.
2. Выбор правильной длины обеспечит адекватный диаметр, равный диаметру сустава первого мизинца пострадавшего.

## Protecția căilor aeriene

Calea nazofaringiană= pipa Robertazzi



Pentru adulți sunt indicate pipele cu diametrul de 6-7 mm

### Противопоказания: травма основания черепа !

### ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТРАВМУ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА:

Если опасная для жизни обструкция дыхательных путей сохраняется, несмотря на правильное применение подвывиха нижней челюсти или подъемного маневра, может быть связано небольшое разгибание головы до тех пор, пока дыхательные пути не откроются;

**ОБЪЯСНЕНИЕ** этой ассоциации состоит в том, что обеспечение проходимости дыхательных путей является более важной целью, чем уход за **потенциальной** травмой легких.

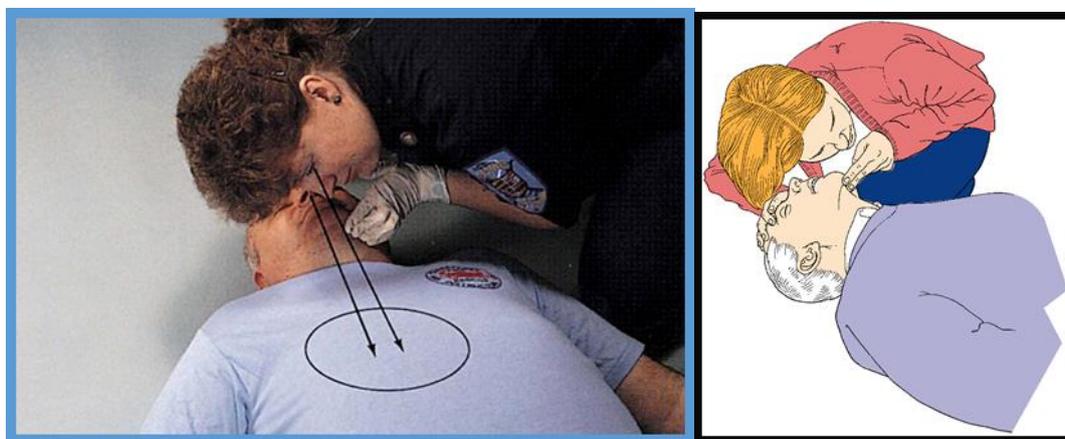
## В. Дыхание

При оценке дыхания обращают внимание на частоту, ритм, глубину дыхания, симметричность движения стенки грудной клетки, аномальные шумы, запахи. Частота дыхания в норме для взрослых 12-20 в мин, в среднем - 16-18.

### ОБСЛЕДОВАНИЕ

- Обнажите грудную клетку
- Определите Дышит ли пострадавший?
- При инспекции определите наличие признаков закрытой или открытой травмы участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания (втяжение межреберных мышц)
- Адекватно дыхание или нет?
- Есть ли угроза расстройства дыхания?
- **Как разговаривает больной?**
- Способен ли пострадавший сделать глубокий вдох?
- Имеется ли цианоз (синюшность кожных покровов)?
- Выявите и устраните все имеющиеся или потенциальные негативные факторы, которые могут вызвать ухудшение состояния.

### Определяем наличие дыхания



- Смотрим за движением грудной клетки
- Слушаем дыхание
- Чувствуем на щеке выдыхаемый воздух

се маневры определения дыхания не должны длиться более 10 секунд, после чего вы решаете, дышит пациент или нет.

### АДЕКВАТНОЕ ДЫХАНИЕ

Нормальные частоты:

- Взрослый -12-20 соотв. в минуту.
- Ребенок -15-30 отв./мин.
- Младенец - от 25 до 40 соотв. в минуту.
- Новорожденный – 40-60 вдохов в минуту.

Ритм: Регулярный.

Качество: Дыхательные шумы присутствуют и одинаковы на двусторонней основе.

#### Признаки неадекватного дыхания:

- Движения грудной клетки минимальны, отсутствуют или неравномерны.
- Дыхательные движения ограничены движениями передней брюшной стенки (брюшное дыхание)
- Движение воздуха не ощущается и не слышно в области носа или рта, либо объем выдыхаемого воздуха ниже нормы.
- Дыхательные шумы ослаблены или отсутствуют

Присутствуют патологические звуки: шумное дыхание, одышка, стридор.

### ОПАСНЫЕ ДЛЯ ЖИЗНИ СИТУАЦИИ

- ✘ Открытый невооторакс
- ✘ Пневмоторакс
- ✘ Флотирующая грудная клетка

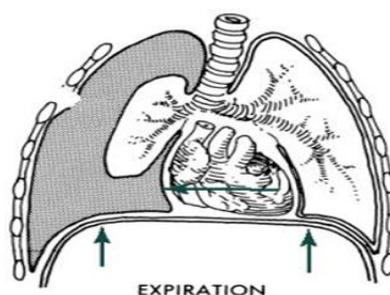
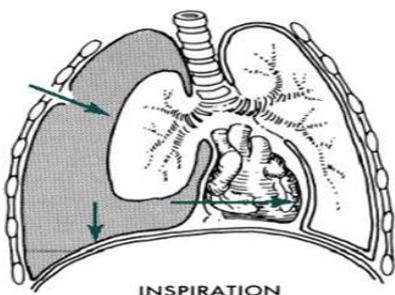
#### ОТКРЫТЫЙ НЕВМОТОРАКС

♣ **Открытый пневмоторакс** – возникает при проникающих ранениях грудной клетки, сообщении между плевральной полостью и снаружи (ударная рана)

#### Патофизиология:

-воздух поступает в плевральную полость при вдохе

- выходит из плевральной полости на выдохе (**ТРАВМАТОПНЕЯ**)



## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

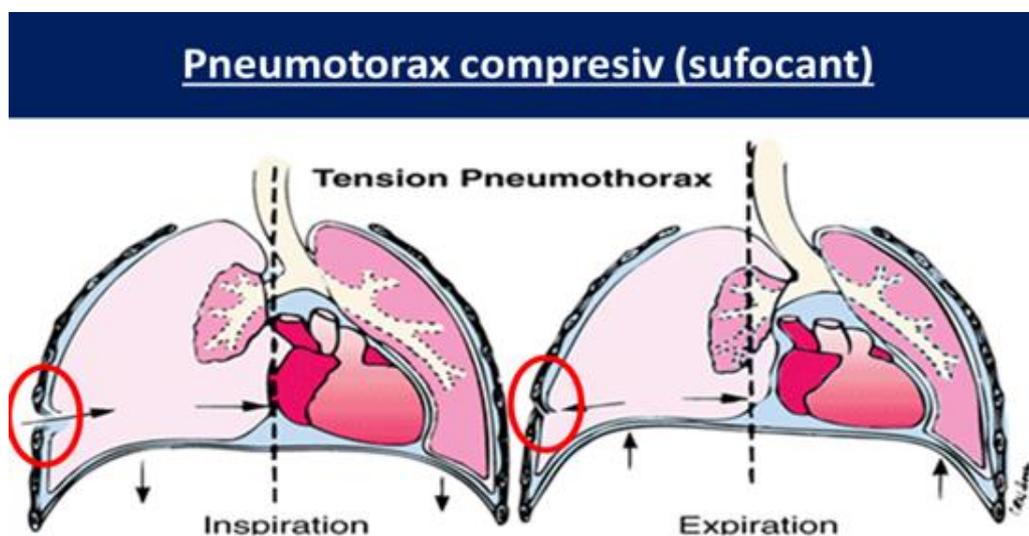
- устранение везикулярного шума на стороне поражения
- тимпания на стороне поражения
- цианоз
- сильная одышка

## КОМПРЕССИОННЫЙ (УДУШАЮЩИЙ) ПНЕВМОТОРАКС

**Возникает при:** - проникающем ранении грудной клетки с косой траекторией

- бронхиальные разрывы
- ранение паренхимы легкого

Клапанный пневмоторакс возникает при наличии клапана, который позволяет воздуху поступать в плевральную полость только в одном направлении либо из легочной ткани, либо через дефект в грудной клетке. В этих условиях воздух не может выходить и постепенно скапливается в плевральной полости, что вызывает коллапс легкого и смещение средостения и трахеи в противоположную сторону. Это в свою очередь сопровождается затруднением венозного притока и вентиляции во втором легком.



## Клинические признаки и симптомы:

### Респираторные симптомы :

- сильная одышка
- цианоз
- изменение психического статуса
- искривленная трахея

- тимпания и м.в. отменен

### Физикальное обследование

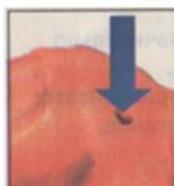
- показывает увеличение соответствующего гемиторакса с расширением межреберных промежутков,
- исчезновение голосовых вибрации
- повышенная звучность и тишина при аускультации.
- Отклонение трахеи в противоположную сторону
- Устранение везикулярного шума
- Подкожная эмфизема

### Management

Наложение окклюзионной повязки фиксирующей к грудной клетке с трех сторон

- Поддержание вентеляции
- Оксигенотерапия

Наложение окклюзионной повязки фиксирующей к грудной клетке с трех сторон

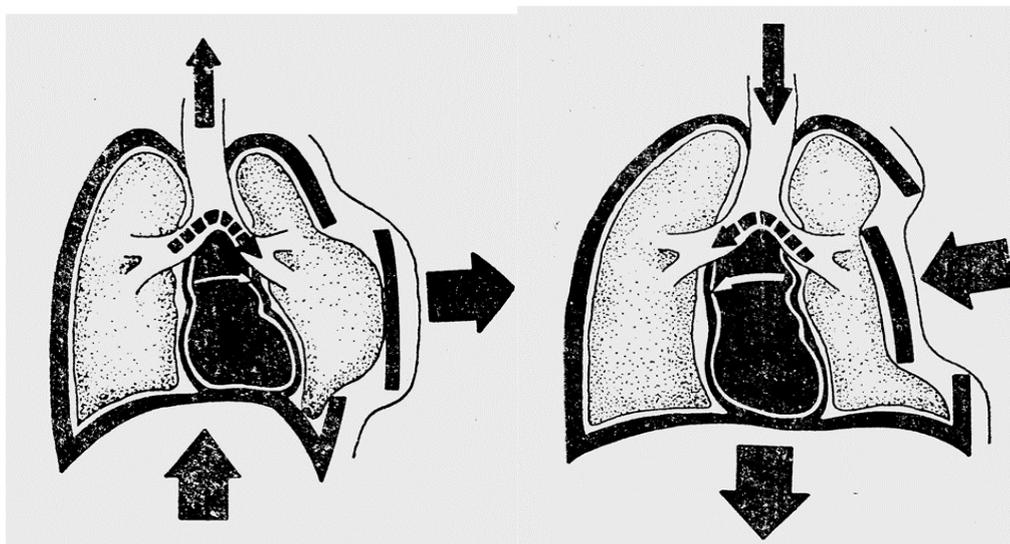


Management

## ФЛОТИРУЮЩАЯ ГРУДНАЯ КЛЕТКА

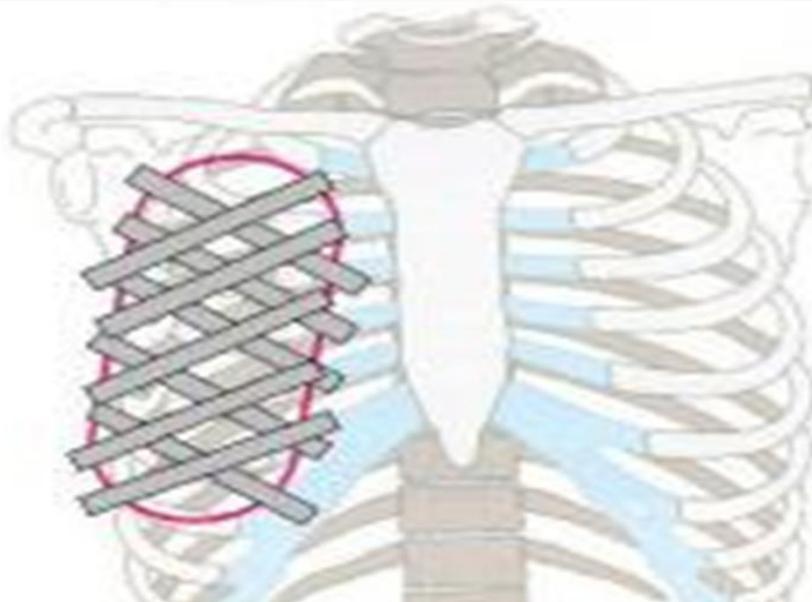


Во время вдоха ребра, оторвавшиеся от грудного скелета, спадаются под влиянием разницы между внешним (положительным) атмосферным давлением и внутренним (отрицательным) плевральным давлением. На выдохе происходит обратное движение расширения. Таким образом, подвижный лоскут имеет независимую механику, обратную механике грудной клетки, **НАЗЫВАЕМУЮ ПАРАДОКСАЛЬНЫМ ДЫХАНИЕМ.**



## Management

- Иммобилизация ФЛОТИРУЮЩЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ
- Звоните 112



Иммобилизация окончатых переломов грудной клетки

### **С. КРОВООБРАЩЕНИЕ**

#### ОБЛЕДОВАНИЕ:

- Контроль наружного кровотечения;
- Пульс- частота, наполнение;
- Цвет кожных покровов, слизистых оболочек
- Капиллярный пульс

#### ПРИЗНАКИ НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:

- Артериальное: кровь ярко-красного цвета, изливается пульсирующей струей;
- Венозное: кровь темно-красного цвета, вытекает равномерной струей;
- капиллярное: кровь выделяется по всей поверхности раны.

- Определите свойства пульса, частоту
- Оцените состояние кожных покровов
- Проверьте скорость наполнения капилляров в норме менее 2сек
- Наличие пульсации на лучевой артерии соответствует систолическому АД > 90 мм рт ст бедренной - систолическому АД > 80 сонной систолическому АД > 70

АД > 90 мм рт ст бедренной - систолическому АД > 80 сонной систолическому АД > 70

#### КОЖА

Кожа - цвет, температура и степень влажности.

Бледной - кожа бывает из-за вазоконстрикции, что в свою очередь может быть обусловлено нарушением гемодинамики, переохлаждением и др.

Цианоз является следствием слабой оксигенации

Красный цвет - кожи говорит о лихорадке, вазодилатации.

Жёлтый цвет - показатель дисфункции печени

## **ОПРЕДЕЛЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ**

### **ИНДЕКС АЛГОВЕР**

#### **СООТНОШЕНИЕ ПУЛЬС/ А/Д (сист.):**

$60/120$  sau  $70/140 = 0,5 = \text{norma}$

$80/100 = 0,8 = \text{deficit } 10\text{-}20\% \text{ din VSC}$

$100/100 = 1,0 = \text{deficit } 20\text{-}30\% \text{ din VSC}$

$120/80 = 1,5 = \text{deficit } 30\text{-}50\% \text{ din VSC}$

$140/70 = 2,0 = \text{peste } 50\% \text{ din VSC}$

#### **MANAGEMENT**

- Временная остановка кровотечения:**
  - **Остановка кровотечения методом:**
    - ❖ наложения жгута (Наложение импровизированного жгута)
    - ❖ Сдавливание сосуда на протяжении;
    - ❖ Наложение давящей повязки;
    - ❖ Максимальное сгибание конечности в суставе;
  - Транспортная иммобилизация

## **Д. МИНИНЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ**

### **I. СОЗНАНИЕ:**

- Ясное**
- Не реагирует на речевое раздражение**
- Не реагирует на болевое раздражение**
- Больной не реагирует в бессознательном состоянии**

## II. Состояние зрачков



### СИМЕТРИЧНОСТЬ И РЕАКЦИЯ ЗРАЧКОВ НА СВЕТ

#### Форма

#### Размеры

Зрачки - В норме зрачки должны быть симметричные, круглые с реакцией на свет

### III. БЫСТРО ПРОВЕРЬТЕ СПОСОБНОСТЬ ПОСТРАДАВШЕГО ДВИГАТЬ КОНЕЧНОСТЯМИ - Определение наличия парезов

Нарушение сознания показатель дисфункции ЦНС, которая может быть обусловлена травмой, гипоксией или шоком.

A Kinesthetic and visual imagery questionnaire

1	2	3	4	5
No sensation	Mildly intense	Moderately intense	Intense	As intense as executing the action.

1	2	3	4	5
No image	Blurred image	Moderately clear image	Clear image	Image as clear as seeing

B Implicit Imagery task: Hand Laterality Judgment task

C Explicit Imagery Task: self-pace opening and closing hand

« tac » « tac » « tac » « tac »

- I. В зависимости от результатов первичного осмотра, если необходимо, приступайте к сердечно-легочной реанимации (СЛР).
- II. Организовать вызов на место происшествия, по необходимости, специалистов медицинской, коммунальной, аварийно-спасательной, противопожарной служб

### ВТОРИЧНЫЙ ОСМОТР

- Постепенно обнажайте пострадавшего по мере осмотра. Тщательно осмотрите все области тела.
- Голова
- Шея
- Грудь \ Спина
- Живот

- Таз
- Конечности

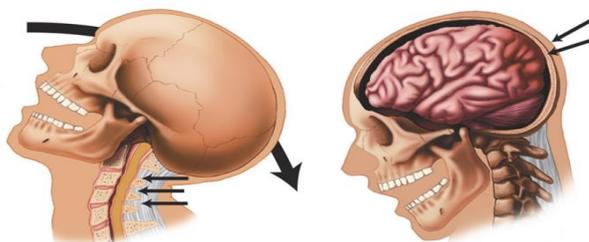
Все части тела осматриваются симметрично и в анатомической последовательности – голова, шея, грудная клетка, живот, таз, гениталии, нижние и верхние конечности, спина.

## ГОЛОВА

Осторожно проведите инспекцию и пальпацию черепа, учитывая, что повреждения могут быть прикрыты волосами. При явных дефектах черепа, пальпацию проводить нельзя. Старайтесь выявить любые уплотнения, выступы, открытые раны и впадины. Отметьте симметрично или нет лицо



## Шейный отдел позвоночника и шея



Осмотр - выделение травм и участие в дыхании вспомогательных мышц

Пальпация - выявление контрактур, деформаций, подкожной эмфиземы и отклонения трахеи

## MANAGEMENT

Удержание шейного отдела позвоночника в правильном иммобилизационном положении и его защита.

## ГЛАЗА

Проверьте наличие зрения. Склеры должны быть белыми без кровоподтеков. Радужная оболочка должна быть хорошо видна.

Зрачки в норме круглые, симметричные с реакцией на свет. Оба глаза должны вращаться одинаково в четырех направлениях.

## MANAGEMENT

- a. Поддержание проходимости дыхательных путей, обеспечение ИВЛ и оксигенотерапии
- b. Остановка кровотечения
- c. Профилактика вторичных повреждений головного мозга
- d. Перевязка



## УШИ

Осмотрите оба уха, проверьте на наличие выделения крови или спинномозговой жидкости из ушного канала (признак открытой СМТ) .



## Нос

Проверьте, нет ли деформации, болезненности в области носа. Осмотрите носовые ходы на наличие кровянистых или желтовато-белых выделений

## Полость рта

Осмотрите полость рта на наличие кровотечения, возможной обструкции воздухоносных путей инородным телом (обломки зубов, зубные протезы, кровотечение) или цианоза в области рта.

## ШЕЯ

Осматривая шею, убедитесь, что нет девиации трахеи. Щитовидный хрящ во время пальпации не должен быть болезненным и должен быть подвижным во время глотательных движений.

Проверьте, нет ли вздутия шейных вен.

Крепитация мягких тканей шеи свидетельствует о подкожной эмфиземе.

Осмотрите ключицы на наличие смещений и деформаций.

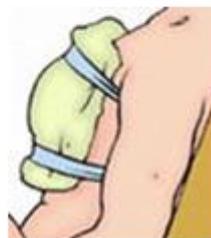
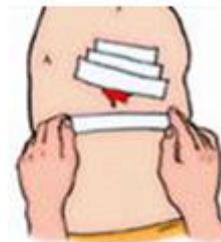
### Грудная клетка

Проведите инспекцию и пальпацию грудной клетки симметрично с целью обнаружения причин, нарушающих функцию дыхания/вентиляцию:

признаки “болтающейся” грудной клетки, целостность ребер, наличие втяжения межреберных промежутков при дыхании

## Management

- Обзор и коррекция окклюзионной повязки
- ■ Стабилизация (иммобилизация) области.
- ■ Стабилизация любого проникающего тела.
- ■ Пакет со льдом
- ■ Скорая транспортировка в лечебно-санитарное учреждение



## Живот

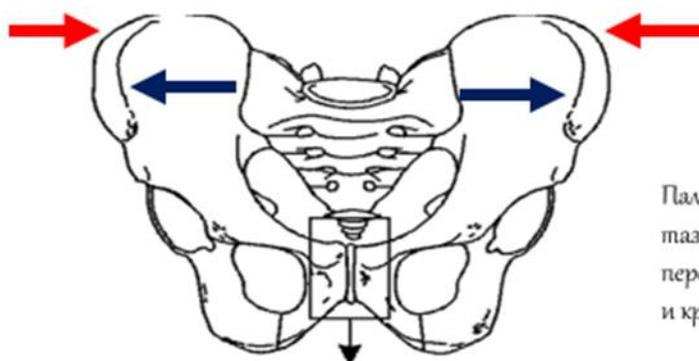


- **Осмотрите/ощупывайте** все четыре квадранта и пояснично.боковые области на наличие вздутия эвисцерации ригидности гематом
- **Определите наличие признаков** закрытой/открытой травмы внутрибрюшного кровотечения
- **Перкуторно выявите** зоны претупления и их смещения при определенном положении больного
- **Пальпаторно определите** степень напряжения передней брюшной стенки

## При подозрение на внутрибрюшное кровотечение !

- **Management**
- Вызов 112
- Возвышенное положение н/коонечностей
- Пузырь со льдом
- Срочная госпитализация

### Palparea oaselor bazinului și determinarea fracturilor și hemoragiei



Пальпация костей таза и определение переломы и кровотечения

## Спина

- Осмотрите выявляя признаки закрытого или открытого травматизма
- Деформация
- Гематомы
- Ссадины

## Management

- При подозрение на повреждение грудного поясничного отделов позвоночника иммобилизация пострадавшего на длинной доске



## ПЕРЕЛОМЫ КОНЕЧНОСТЕЙ

**Переломами** называется полное или частичное нарушение целостности кости под воздействием внешних факторов. Различают закрытые и открытые переломы.

При открытых переломах костные отломки через поврежденные мягкие ткани сообщаются с внешней средой.



### Осмотр конечностей

- Осмотрите/ощупайте, проверяя симметричность, наличие смещения и деформаций.
- Проверьте пульсацию и скорость наполнения капилляров.
- Проверьте чувствительность и сгибание/разгибание, силу и симметричность

### внешние признаки перелома

- боль в фиксированной точке
- деформация травмированного участка
- опухоль
- поздние экхимозы
- функциональная импотенция

### Достоверные признаки перелома

- Вынужденное положение тела пострадавшего.
- Боль усиливается при осевой нагрузке

- Деформация конечности
- Укорочение конечности
- Подвижность на протяжении кости
- Крепитация костных отломков
- При открытых переломах в рану могут выступать костные отломки.

**При переломах без смещения костных отломков, а также при неполных переломах из названных признаков типичными являются: усиление болей при осевой нагрузке**

### **Management**

- Купирование болей (использовать анальгетические средства)
- Создание покоя поврежденной конечности (наложение транспортной иммобилизации)
- Остановку кровотечения
- Наложение асс. повязки
- Предотвращение вторичного инфицирования раны (при открытых переломах, выступающие костные отломки нельзя погружать в рану).