

**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Кафедра травматології та ортопедії**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВИВЧЕННЯ ТЕМИ:**

**«ЛІКУВАННЯ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ В  
АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ»**

(для здобувачів наукового ступеня доктор філософії на III освітньо-науковому рівні галузі знань 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 222 Медицина)

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

на методичній нараді кафедри

« 29 » серпня 2022 р.

Протокол № 1

Завідувач кафедри  
д.мед.н., професор  Сухін Ю.В.

**ОДЕСА**

**Тема:** «ЛІКУВАННЯ ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ» – *Практичні заняття (2 години), Семінарські заняття (2 години), СРС (6 годин)*

## **1. Актуальність теми.**

Структура охорони здоров'я в нашій країні така, що кожній людині, що отримала травму, може бути надана медична допомога на будь-якому необхідному рівні. Близько 98% хворих з пошкодженнями і захворюваннями опорно-рухової системи починають і закінчують лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах. Від організації допомоги на першому етапі і її якості залежить відновлення здоров'я і працездатності населення. І в цій важливій справі велика роль лікаря, оскільки він одночасно з лікуванням хворих виконує функції організатора охорони здоров'я.

## **2. Цілі заняття.**

### *2.1. Загальні цілі:*

Ознайомити з сучасною структурою і послідовністю надання допомоги хворим з пошкодженнями і захворюваннями опорно-рухового апарату на догоспітальному етапі.

Дати уявлення про об'єм виконуваних робіт в поліклініці, травм пункті та їх співпраця зі стаціонаром.

### *2.2. Виховні цілі:*

Ознайомити здобувачів з внеском вітчизняних учених (М.І. Ситенка, Н.П. Новаченка, О.О. Коржа, І.Г. Герцена) в організацію травматологічної допомоги, розвиток і удосконалення методів лікування. Уміти пояснити хворому необхідність послідовного і ретельного його обстеження в умовах поліклініки з метою встановлення діагнозу і призначення відповідного лікування.

### *2.3. Конкретні цілі:*

**- знати:**

1. Організацію (ланки) травматологічної допомоги
2. Організацію прийому і об'єму надання допомоги хворим

3. Клінічні, рентгенологічні і лабораторні методи обстеження
4. Структуру поліклініки і оснащення травматологічного кабінету
5. Структуру і принципи роботи травмпункта
6. Імунопрофілактику правця і сказу
7. Середні терміни іммобілізації при переломах і вивихах кінцівок
8. Сучасні методи консервативного та оперативного лікування травматологічних хворих.
9. Принципи реабілітації хворих після травм і захворювань опорно-рухової системи.

2.4. На основі теоретичних знань з теми:

**- вміти:**

1. Зібрати анамнез захворювання або травми
2. Прочитати рентгенограму пошкодженого сегменту
3. Надати допомогу при опіках і відмороженнях
4. Здійснити знеболення місця перелому і пункцію суглоба
5. Здійснити ручну репозицію найпростіших переломів
6. Накласти найпростіші гіпсові пов'язки
7. Зняти гіпсову пов'язку і проводити подальше відновне лікування.

### 3. Міждисциплінарна інтеграція.

| Дисципліни   | Знати   | Вміти  |
|--|---|--|
| 1. Попередні дисципліни:<br>- Нормальна анатомія<br>- Рентгенологія і радіологія | Анатомію кісток скелета.<br>Види рентгенологічного обстеження     | Читати рентгенограми з пошкодженнями кісткової тканини   |
| 2. Наступні дисципліни:<br>- Хірургія  | Правила асептики і антисептики<br>Етапи проведення ПХО рани       | Провести туалет рани   |
| 3. Внутрішньопредметна інтеграція :<br>- Травматологія і ортопедія               | Види транспортної іммобілізації<br>Види лікувальної іммобілізації | Зупинити зовнішню кровотечу, введення знеболюючих засобів, накладення асептичних пов'язок, накладення лікувальної і транспортної іммобілізації |

#### **4. Зміст заняття.**

##### **Перша допомога.**

Нерідко першу допомогу починає надавати сам пострадавший (самопомога) або особи, що оточують його і не мають медичної освіти (взаємодопомога). Завдяки розгалуженій медичній мережі об'єм і час надання подібного роду допомоги зведені до мінімуму. Найбільш часто наступним етапом (а іноді і першим) стає допомога середніх медичних працівників фельдшерсько-акушерських пунктів, здравпунктів підприємств, медичних пунктів. Крім того, перша допомога може бути надана і лікарем, оскільки на крупних підприємствах в штаті здравпунктів є медичні працівники з вищою освітою, а бригади станцій швидкої допомоги також очолюють лікарі. Перша допомога полягає в зупинці зовнішньої кровотечі, введенні знеболюючих засобів, накладенні пов'язок, транспортній іммобілізації і так далі.

##### **Амбулаторна допомога.**

Амбулаторну допомогу відносять до розряду кваліфікованою або ж спеціалізованою. Надають її в травматологічних пунктах, травматологічних кабінетах поліклінік і в приймальних відділеннях стаціонарів. У цих установах (окрім останнього) пострадавших лікують до повного одужання.

Амбулаторну травматолого-ортопедичну допомогу надають в хірургічних і травматологічних кабінетах районних і міських поліклінік і травматологічних пунктах. Останні по структурі, оснащенню і можливостям оптимальні для амбулаторного лікування постраждалих.

##### **Цілі і завдання травматологічного пункту.**

###### ***Основні функції травматологічного пункту.***

1. Цілодобове надання екстреної амбулаторно-травматологічної допомоги постраждалим.

2. Сортування хворих, що поступили. Лікар травматологічного пункту повинен виявити постраждалих, що потребують стаціонарного лікування, і направити їх на госпіталізацію у відповідне відділення: травматологічне, нейрохірургічне, хірургії

кисті і так далі.

3. Первинний прийом травмованих і лікування до повного відновлення здоров'я і працездатності. Щоб обслужити потік хворих, навіть при хорошій постановці справи, лікар повинен мати достатню теоретичну і практичну підготовку. За короткий час первинного прийому він зобов'язаний вирішити ряд завдань діагностичного, тактичного, лікувального і деонтологічного плану з хворим і його родичами. Крім того, лікар — технічний виконавець, оскільки блокади, репозиції, обробка ран і інші маніпуляції входять в коло його обов'язків. Недостатня підготовка в будь-якому з розділів неминуче веде до різноманітних помилок з витікаючими звідси наслідками. Погрішності в роботі дорого обходяться пацієнтові, державі і самому лікареві.

4. Лікування хворих, виписаних зі стаціонару (долікування). Сюди входить спостереження за хворими в період іммобілізації, зняття гіпсових пов'язок, визначення подальшої тактики, відновне лікування: фізіотерапія, лікувальна фізкультура (ЛФК) і так далі.

5. Розвантаження приймальних відділень стаціонарів від амбулаторних хворих. Сортування зменшує кількість амбулаторних хворих, без необхідності направлених в стаціонар, а цілодобова робота позбавляє приймальні відділення від потоку постраждалих з амбулаторними травмами.

6. Профілактика травматизму. Травмпункт пов'язаний з промисловими підприємствами і іншими організаціями свого району. Лікарі беруть участь в розборах випадків травм, виступаючи з лекціями, бесідами, сприяють розповсюдженню наочної агітації.

Успіх роботи травматологічного пункту залежить від правильної організації праці і узгодженості персоналу, оскільки в штаті, окрім лікаря, допомогу надають від 4 до 8 співробітників з середньою медичною освітою. Це медичні сестри реєстратури і прийому, перев'язувально-операційні, лаборант рентгенівського кабінету, гіпсовий технік, методист ЛФК, фізіотерапевтична медична сестра і так далі.

## *Структура і оснащення травматологічного пункту і травматологічного кабінету*

**Травматологічний пункт** представляє окрему адміністративну одиницю. У його штат входять завідувач, лікарі-ординатори, середній і молодший медичний персонал. Територіально травм пункт повинен мати наступні приміщення.

1. Кабінет прийому первинних хворих з розташованим поряд залом очікування. У цьому кабінеті черговий лікар приймає хворих, що вперше звернулися, оглядає їх і оформляє медичну документацію.

2. Рентгенкабінет. Тут переважно проводять рентгенографію кісток і суглобів. Враховуючи невеликий формат використовуваних в амбулаторній травматології плівок, їх доцільніше обробляти кюветним способом, а реактиви розводити з розрахунку на 1 день роботи. Це дуже прискорює рентгендіагностику.

3. Перев'язувальна і операційна. Обов'язково повинні бути дві суміжні кімнати. У перев'язувальній виконують анестезію місць переломів, репозицію, усувають вивихи, накладають м'якотканинні і гіпсові пов'язки, здійснюють імунізацію проти правця і так далі. У операційній виконують пункції суглобів, первинну обробку ран і інші маніпуляції, що вимагають строгішого дотримання правил асептики і антисептики.

4. Кабінет повторного прийому хворих з розташованим поряд залом очікування. Тут здійснюють прийом пацієнтів, що раніше побували на первинному прийомі і направлених для продовження лікування, а також хворих, виписаних із стаціонару на амбулаторне лікування.

5. Фізіотерапевтичний кабінет. У нім знаходяться засоби і апарати, необхідні для лікування гострих травм і їх наслідків: парафін, озокерит, лампи соллюкс і ртутно-кварцові, апарати УВЧ, електрофорезу, мікрохвильової терапії (Промінь-2, Промінь-58), для лікування ультразвуком і ін.

6. Кабінет ЛФК повинен мати різні пристосування для виконання різноманітних активних рухів, а також апарати для механотерапії, оскільки основний контингент пацієнтів складають люди з порушенням функцій суглобів після травм і іммобілізації кінцівок.

7. Реєстратура служить сховищем медичної документації травмпункта. Вона здійснює видачу листків непрацездатності і інших форм звільнення від роботи, відповідає на запити промислових підприємств і слідчих органів.

8. Гіпсова — спеціально обладнане приміщення для накладення і зняття гіпсових пов'язок і лонгет. Без цієї кімнати робота травмпункта не може бути поставлена на належний рівень.

9. Кабінет завідувача травмпунктом — місце, де вирішують всі організаційні і лікувальні питання. Тут відбуваються здача і прийом чергувань, інструктажі, виробничі наради і так далі.

10. Підсобні приміщення: матеріальна, гардероб, туалети. Якщо дозволяють штатні нормативи, в травмпункті повинен бути виділений кабінет для первинного і вторинного прийому дітей.

**Травматологічний кабінет** на відміну від травмпункта — частина поліклініки. Він повинен мати, як мінімум, чотири приміщення: кабінет для первинного і вторинного прийому, перев'язувальну, операційну, гіпсову кімнату. Всі допоміжні кабінети і служби, зокрема рентгенівський кабінет, фізіотерапія і ЛФК, відносяться до всієї поліклініки. Це значно гірше, оскільки вони не мають вузької травматологічної спрямованості, а лікарі можуть не мати досвіду в розпізнаванні особливостей і лікуванні пошкоджень.

Особливо слід зупинитися на рентгенологічній службі поліклінік. Один кабінет з однією рентгенівською установкою дуже незручний в роботі. Багатогадинні просвічування органів грудної клітки, рентгеноскопія шлунку і інші складні і тривалі дослідження приводять до того, що постраждалі втрачають багато часу на діагностичному етапі.

Таким чином, оптимальною установою в організації надання амбулаторної травматологічної допомоги населенню в даний час є травматологічний пункт.

### **Стационарна допомога.**

В деяких випадках постраждалих доставляють безпосередньо в приймальне відділення стаціонару, а при обстеженні виявляють, що вони потребують лише амбулаторного лікування. Хворому надають необхідну допомогу, видають

довідку з вказівкою об'єму допомоги, лікувальних рекомендацій і направляють в поліклініку або травматологічний пункт для подальшого лікування і отримання документів, що звільняють від роботи або навчання. Спадкоємність стаціонару і поліклініки спрощується, якщо при відділенні існує травматологічний пункт.

Якщо ж пошкодження неможливо лікувати в амбулаторних умовах, хворих направляють в стаціонари травматологічних відділень районних або міських лікарень, де їм надають спеціалізовану допомогу.

Таким чином, постраждалий може отримати допомогу на будь-якому з вказаних рівнів, а представлений ланцюг установ жодною мірою не можна вважати сходами, всі ступені яких зобов'язаний подолати хворий.

### **Сучасні оперативні методи лікування**

#### **За способом фіксації:**

##### **1. Внутрішній (занурювальний):**

- внутрішньокістковий (інтрамедулярний);
- накістковий;
- із застосуванням інших фіксаторів (гвинти, спиці та ін.);
- комбінований — коли застосовується декілька варіантів фіксації.

2. Зовнішній (зовнішній черезкістковий) — остеосинтез, обов'язковим елементом якого є зовнішня (тобто розташована над шкірою) конструкція та елементи її зв'язку з кісткою (спиці, стрижні).

За часом застосування:

##### **1. Первинний остеосинтез.**

##### **2. Відстрочений остеосинтез.**

При занурювальному остеосинтезі фіксатори, що з'єднують кісткові відламки, установлюються безпосередньо в ділянці перелому. Зовнішній остеосинтез виконується за допомогою різних апаратів, що розташовуються над шкірою та фіксують кісткові відламки за допомогою спиць і стрижнів.

Під первинним мають на увазі остеосинтез, виконаний у повному обсязі в першу добу після травми, як основний метод лікування. Відстрочений



остеосинтез виконується через дві й більше доби, коли після тяжкої травми стан хворого нормалізується.

### **Загальні вимоги до фіксаторів**

Ідеальним фіксатором варто вважати той, що з мінімальною додатковою травмою м'яких і кісткових тканин зберігає нерухомість відламків, забезпечує функцію й опороздатність ушкодженої кінцівки упродовж періоду лікування. Щоразу фіксатори повинні бути виготовлені з біологічно, фізично й хімічно інертних матеріалів. Найбільш поширеними є конструкції з нержавіючої сталі, віталію, титану, іноді з кістки й інертних пластмас. Металеві фіксатори, як правило, після зрощення перелому видаляють. У минулому при виготовленні фіксаторів із неякісної сталі або інших металів спостерігався так званий металоз через хімічну взаємодію металів із тканинами й рідинами організму. Конструкція фіксаторів повинна бути математично обґрунтованою. Варто враховувати, що при дії змінного напруження руйнування матеріалу відбувається при напруженні значно меншому, ніж граничне напруження при однократному статичному навантаженні. Тому можливі ситуації, коли або сам фіксатор не витримує тривалого динамічного навантаження, або опірність кістки в місці контакту з фіксатором виявляється нижче, ніж напруження. При створенні фіксатора потрібно знати величину, точку додатка, напрямок сил, що зміщує фрагменти, моменти сил і векторну величину рівнодіючої. Потрібно знати й механічні характеристики кістки.

### **Показання для застосування первинного остеосинтезу**

Первинним є остеосинтез, проведений безпосередньо при первинній хірургічній обробці відкритого перелому. Поряд із прихильниками цього методу, які бачать в остеосинтезі при первинній хірургічній обробці єдиний правильний шлях фіксації відламків і лікування відкритих діафізарних переломів кісток, є інші, які вважають, що введення в ушкоджені тканини сторонніх предметів становить додаткову небезпеку щодо виникнення інфекції [2]. Частина травматологів обмежують показання для первинного металоостеосинтезу та оперують тільки тих хворих, у яких можливо очікувати первинне загоєння ран.

Остеосинтез показаний при переломах, коли уламки важко репонується і легко зміщуються. Показання до застосування цього методу виникають при важкоутримуваних косих, гвинтоподібних і багатоуламкових переломах; особливо показаний остеосинтез при подвійних і множинних переломах. Однак первинний остеосинтез може застосовуватися лише у тих хворих, в яких можна розраховувати на гладкий післяопераційний стан рани м'яких тканин і кращі результати, ніж при лікуванні гіпсовою пов'язкою й кістяковим витягненням, за умови повноцінної ретельної хірургічної обробки, при малозабруднених ранах.

### **Показання для застосування відстроченого остеосинтезу**

Відстрочений остеосинтез проводиться, як правило, після поліпшення загального стану хворого й загоєння ран м'яких тканин. Застосування відстроченого остеосинтезу показане при відкритих діафізарних переломах довгих трубчастих кісток зі значним зміщенням кісткових відламків або нестійких відкритих переломах у тих хворих, в яких первинний металоостеосинтез був протипоказаний через тяжкий загальний стан у результаті шоку, при великій крововтраті, тяжкій супутній травмі або якщо радикальна первинна хірургічна обробка була неможливою через вагу й поширенність руйнування м'яких тканин. Відстрочений остеосинтез показаний також у хворих, в яких лікування було розпочато кістяковим витягненням або гіпсовою пов'язкою, однак у процесі лікування з'ясувалося, що кісткові відламки не вдалося правильно й міцно зіставити, або репозиція була вдалою, та надалі настало вторинне зміщення відламків.

### **Трудова експертиза.**

Травми дуже часто супроводжуються розладом здоров'я і втратою працездатності на значні терміни, тому одним з важливих лікувальних заходів в нагляданні за постраждалим сегментом і організму в цілому є звільнення травмованого від роботи.

Існує декілька форм документів, що звільняють пацієнта від роботи. Видаються вони на підставі Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 13 листопада 2001 року № 455, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 4

грудня 2001 року за № 1005/6196 «Про затвердження Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян».

Листок тимчасової непрацездатності або, як прийнято його називати в житті, лікарняний лист видається тому, що працює з першого дня хвороби. У графі про причини порушення працездатності слід підкреслити: «захворювання, травма на виробництві або в побуті». Якщо травма отримана в нетверезому стані, в діагнозі повинно бути вказано: «Алкогольне сп'яніння», а в медичній документації (амбулаторна карта, історія хвороби) повинні бути внесені клінічні і лабораторні дані, підтверджуючі сп'яніння. Також строго слід відзначати порушення лікарняного режиму пацієнтом.

Лікарняний лист підлягає оплаті впродовж всього терміну лікування, але питання про розмір страхової допомоги вирішує адміністрація підприємства, враховуючи вид травми, стан хворого у момент події і його поведінку в процесі лікування.

При первинному зверненні лікар самостійно одномоментно може видати лікарняний лист на строк до 5 днів і він же може продовжити його до 10 днів. Після цього терміну продовження листка непрацездатності до 30 днів проводиться лікарем, що лікує, спільно із завідувачем відділення, а далі – лікарсько-консультаційною комісією (ЛКК). Якщо ж при первинному зверненні у ЛКК у постраждалого будуть виявлені ознаки інвалідності, то перебування на лікарняному листі не повинне перевищувати 4 місяців, після чого питання про подальшу долю пацієнта вирішує медико-соціальна експертна комісія (МСЕК). Вона ж, при необхідності, обстежує хворих після перебування на лікарняному листі протягом 10-12 місяців. Комісія визначає ступінь втрати працездатності і призначає ту або іншу групу інвалідності або ж дозволяє пацієнтові приступити до роботи, рахуючи його професійно придатним.

Довідка про непрацездатність учнів видається таким, що вчаться у технікумі, інституті і інших учбових закладів на ті ж терміни, що і лікарняний лист. Оплаті не підлягає. Довідка довільної форми видається особам, направленим

на обстеження військовими комісаріатами, міліцією, прокуратурою і що звернулися без направлення.

### **Терміни непрацездатності.**

До теперішнього часу звідні таблиці середніх термінів іммобілізації і непрацездатності представлялися різними авторами лише при переломах, а при вивихах і травмах м'яких тканин: сухожиль, м'язів і зв'язок ці дані вельми суперечні. Немає єдиної думки про тривалість лікування вивихів, а зведення про пошкодження м'яких тканин взагалі не піддаються систематизації, оскільки вони або ж відсутні або представлені частково. Вказаний або термін іммобілізації або ж тільки термін відновлення працездатності. У більшості ж керівництва терміни взагалі не приводяться. Освітлюють лише способи консервативного або хірургічного лікування. Вперше зроблена спроба узагальнити дані літератури і скласти таблицю термінів іммобілізації, реабілітації і непрацездатності авторами кафедри травматології, ортопедії і екстремальної хірургії державного медичного університету м. Самари. Виділені в окремі графи терміни постійної і знімної іммобілізації, вказані терміни реабілітації. А це важливо, оскільки час перекладу гіпсової пов'язки в знімну є початком реабілітаційного лікування.

## **5. Матеріали методичного забезпечення заняття.**

### *5.1. Завдання для самоперевірки початкового рівня знань-умінь:*

1. Основна мета проведення первинної хірургічної обробки — це:

- а) зупинка кровотечі;
- б) видалення нежиттєздатних тканин і закриття рани;
- в) видалення чужорідних тіл і згустків крові;
- г) перев'язка тромбованих судин;
- д) профілактика вторинної кровотечі (Правильна відповідь Б)

2. Травматологічного хворого слід направити на МСЕК через:

- а) 1 місяць
- б) 2 місяці

- в) 3 місяці;
- г) 4 місяці;
- д) 5 місяців. (Правильна відповідь Г)

3. Лікар в амбулаторно-поліклінічних закладах може видати лікарняний лист терміном не більш:

- а) 2 днів
- б) 5 днів
- в) 10 днів
- г) 14 днів
- д) 1 місяця (Правильна відповідь Б)

4. Фізіотерапевтичне лікування протипоказане при:

- а) наявності злоякісних новоутворень;
- б) серцево-судинній недостатності у стадії компенсації
- в) забіях і переломах кінцівок
- г) розтягуванні і запаленні м'яких тканин
- д) дегенеративно-дистрофічних процесах (Правильна відповідь А)

*5.2. Інформацію, необхідну для формування знань-умінь можна знайти в підручниках:*

**Основна:**

1. Травматологія та ортопедія : національний підручник / під ред. Г.Г. Голка, О.А. Бур'янова, В.Г. Климовицького. - Вінниця : Нова книга, 2014. - 415 с.
2. Герцен Г.І., Остапчук М.П., Остапчук Р.М. Травматологія літнього віку. Металоостеосинтез при переломах довгих кісток у людей літнього і старечого віку (видання 3-є, допов. і перероб.). - К. : Асканія, 2014. - 118 с.
3. Поворознюк В.В. Захворювання кістково-м'язової системи в людей різного віку (вибрані лекції, огляди, статті). - Київ, 2015. - 360 с.
4. Хвисьюк О.М. Теорія і практика медичної реабілітації. - Х. : Майдан,

**Додаткова:**

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги // Літопис травматології та ортопедії. - 2018. - № 1-2 (37-38). - С. 198-219.

*5.3. Орієнтуюча карта самостійної роботи з теми заняття.*

| №  | Основні завдання  | Вказівки   | Відповіді   |
|----|---|--|---|
| 1. | Здійснити огляд, пальпацію і аускультацию хворого       | Порядок здійснення цих дій   | Огляд, пальпація, аускультация  |
| 2. | Додаткові методи обстеження                             | Види рентгенологічного обстеження, лабораторна діагностика                                 | Рентгенографія, артропневмографія, томографія, ЯМР  |
| 3. | Определить клинический диагноз                          | На основе объективных, дополнительных и лабораторных данных обосновать клинический диагноз | Ознаки перелому: крепітація відламків, патологічна рухливість і деформація, біль при осьовому навантаженні, набряк                    |
| 4. | Намітити консервативний або оперативний метод лікування | Назвати види лікування різноманітних травматологічних і ортопедичних хворих                | Ручна репозиція, накладення гіпсової пов'язки.<br>Скелетне витягнення.<br>Операції: остеосинтез, остеотомія, артродез, артропластика. |
| 5. | Визначити прогноз травми                                | Тривалість лікування і непрацездатності; можливість інвалідності; терміни її визначення    | Середні терміни лікування переломів від 1 до 8 місяців; 3 групи інвалідності; через 4 місяці  |

**6. Матеріали для самоконтролю якості підготовки.**

*А. Питання для самоконтролю*

1. Що таке транспортна іммобілізація? Назвіть її види.
2. Що таке лікувальна іммобілізація? Назвіть її види.
3. Що таке гіпс? Які види гіпсових пов'язок ви знаєте?
4. Загальні принципи і техніка накладання гіпсових пов'язок.

5. Об'єм і товщина гіпсових пов'язок при переломах різних сегментів верхньої і нижньої кінцівки.

6. Що таке постійна і перемежаюча іммобілізація, її призначення?

7. Що таке новокаїнові блокади, методика виконання?

## **7. Матеріали для аудиторної самостійної підготовки:**

*7.1. Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного заняття:*

1. Зібрати у хворого анамнез.

2. Здійснити об'єктивне обстеження хворого.

3. Здійснити вимірювання кінцівки, її коло, об'єм рухів в суглобах.

4. Ознайомитися з лабораторними даними.

5. Прочитати рентгенограму пошкодженого сегменту.

6. Поставити клінічний діагноз.

7. Скласти план лікування.

## **8. Інструктивні матеріали для оволодіння професійними вміннями, навиками:**

*8.1. Методика виконання роботи, етапи виконання.*

У травмпункті та поліклініці здійснюється ознайомлення здобувачів з даною темою і оснащенням. За кожним здобувачем закріплюється пацієнт для здійснення обстеження. У поліклініці здобувач обстежує хворого, здійснює необхідні вимірювання, знайомиться з документацією і рентгенограмами. Практичних навиків набуває в перев'язувальному кабінеті, в гіпсовій кімнаті і в операційній травмпункта.

## **9. Матеріали для самоконтролю оволодіння знаннями, вміннями, навиками, передбаченими даною роботою.**

*9.1. Тести входять до складу банку для ректорського контролю.*

**10. Тема наступного заняття (відповідно до тематичного плану).**