ПРАКТИЧНА РОБОТА № 3

«Відпрацювання навичок забезпечення прохідності дихальних шляхів та допомоги при травмах грудей (етапи A-R)»

1. У чому полягає ключова тактико-медична відмінність між маневрами «Head-Tilt / Chin-Lift» та «Jaw-Thrust»?

Ключова тактико-медична відмінність між цими маневрами полягає у безпеці для шийного відділу хребта:

- **Head-Tilt / Chin-Lift (Закидання голови назад із підняттям підборіддя):**
  - *Техніка:* передбачає розгинання шиї та відхилення голови назад.
  - *Показання:* застосовується лише тоді, **коли немає підозри на травму шийного відділу** хребта (наприклад, нетривала непритомність не травматичного походження).
- *Ризик:* може спричинити додаткове пошкодження та параліч, якщо у постраждалого є перелом чи нестабільність шийних хребців.

- **Jaw-Thrust (Висування нижньої щелепи вперед):**
  - *Техніка:* нижня щелепа висувається вперед і вгору без розгинання чи закидання голови, шия залишається у нейтральному положенні.
  - *Показання:* є основним методом вибору **при підозрі на травму шийного відділу хребта** (усі постраждалі внаслідок ДТП, падінь з висоти, вибухових травм тощо в умовах бойових дій).
  - *Перевага:* дозволяє відкрити дихальні шляхи шляхом зміщення язика вперед, мінімізуючи рухи в шийному відділі.

2. Яким анатомічним орієнтирам має відповідати правильно підібрана довжина назофарингеального повітроводу?

Правильно підібрана довжина назофарингеального повітроводу має відповідати відстані від кінчика носа постраждалого до мочки вуха (або козелка вуха / кута нижньої щелепи).

3. До яких наслідків може призвести спроба проштовхнути носоглоткову трубку силою у разі виникнення значного фізичного опору в носовому ході?

Спроба проштовхнути носоглоткову трубку (назофарингеальний повітровід) силою може призвести до тяжкої травми слизової оболонки носа, інтенсивної кровотечі та подальшої аспірації крові в дихальні шляхи. У найтяжчих випадках це загрожує руйнуванням анатомічних структур носа або проникненням трубки в порожнину черепа.

4. Опишіть механізм дії клапана на сучасній вентильованій оклюзійній наліпці під час фаз вдиху та видиху постраждалого.

Клапан на сучасній вентильованій оклюзійній наліпці працює за принципом одностороннього зворотного клапана. Він блокує надходження зовнішнього повітря в плевральну порожнину, але випускає надлишкове повітря та кров назовні.

Фаза вдиху

Під час вдиху грудна клітка розширюється, а тиск у плевральній порожнині стає нижчим за атмосферний.

- **Закриття клапана.** Різниця тисків притискає гнучкі пелюстки або канали клапана до поверхні шкіри та основи наліпки.
- **Герметизація рани.** Пов'язка щільно «присмоктується» до тіла, повністю перекриваючи доступ повітря ззовні в грудну порожнину через рановий канал.
- **Підтримання тиску.** Завдяки цьому легень з ураженого боку не спадається далі, а середостіння не зміщується в здоровий бік.

  Фаза видиху

  Під час видиху об'єм грудної клітки зменшується, а тиск усередині плевральної порожнини зростає і перевищує атмосферний.
- **Відкриття клапана.** Надлишковий внутрішній тиск відтискає пелюстки клапана назовні або відкриває спеціальні дренажні канали.
- **Скидання повітря та рідини.** Накопичене в плевральній порожнині повітря (а також кров) вільно виходить назовні через отвори клапана.
- **Запобігання ускладненням.** Своєчасне виведення повітря не дає йому накопичуватися, що запобігає переходу відкритого пневмотораксу в життєво небезпечний **напружений (клапанний) пневмоторакс**.
-

5. На який саме бік (здоровий чи уражений) необхідно повертати непритомного пораненого з проникаючим осколковим пораненням лівої половини грудної клітки? Обґрунтуйте відповідь.

Непритомного пораненого (зі збереженим диханням) необхідно повертати в стабільне бічне положення на уражений (лівий) бік.

- **Збереження вентиляції здорової легені.** Якщо покласти пораненого на здоровий (правий) бік, вага тіла стискатиме праву половину грудної клітки та обмежуватиме дихальні рухи єдиної неушкодженої легені. Положення на лівому боці залишає праву легеню вільною для повноцінного розправлення.
- **Запобігання потраплянню рідини у здорову легеню.** При проникаючому пораненні в плевральній порожнині та бронхах накопичуються кров і слиз (гемоторакс). Якщо поранений лежить на правому боці, кров та ексудат під дією сили тяжіння можуть затікати через трахею та бронхи у праву (здорову) легеню, викликаючи її набряк або асфіксію.
- **Зменшення зміщення органів середостіння.** При накопиченні повітря (пневмотораксі) або крові у лівій плевральній порожнині органи середостіння (серце, великі судини) зміщуються вправо. Укладання на лівий бік допомагає стабілізувати їхнє положення та зменшити тиск на здорову легеню і серце.
- **Додаткова герметизація та фіксація рани.** Контакт травмованої лівої сторони з поверхнею (після накладання оклюзійної пов'язки згідно з протоколами тактичної медицини ТССС або Порядком надання домедичної допомоги МОЗ) створює природну шину, зменшує рухливість уламків ребер і додатково притискає пов'язку