

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ  
ІМЕНІ ІВАНА БОБЕРСЬКОГО

кафедра спортивної медицини, здоров'я людини

ЛЕКЦІЯ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ  
ОМЗ

« ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ. АСЕПТИКА І  
АНТИСЕПТИКА »

Для студентів спеціальності: 242 «Туризм»,  
014 «Середня освіта»,  
017 «Фізична культура і спорт»

«ЗАТВЕРДЖЕНО»  
на засіданні кафедри  
спортивної медицини,  
здоров'я людини  
28 серпня 2019р. протокол №1  
Зав. каф. Будзин В.Р.

## **Загальні принципи першої допомоги. Асептика і антисептика.**

### План.

1. Поняття про першу допомогу, завдання першої допомоги.
2. Поняття про антисептику і групи антисептиків.
3. Загальні правила транспортної іммобілізації .

### Література.

1. Алгоритми надання невідкладної допомоги при критичних станах / За ред. І. І. Тітова. – Вінниця: Нова Книга, 2012. – 344 с.
2. Бутилін Ю.П., Бутилін В.Ю., Бутилін Д.Ю. Це ви можете без лікаря. Посібник з першої медичної допомоги у невідкладних випадках – К.: Видавничий дім «Скарби», 2002 – 168 с.
3. Гищак Т.В., Долинна О.В. Основи медичних знань та медицини катастроф: Навчальний посібник, - К.: Вид.ПАЛИВОДА А.В.,2003. 144 с.
4. Будзин В., Гузій О. Основи медичних знань : навч. посіб. Львів : ЛДУФК, 2018. –148 с.
5. Мойсак Олександр Данилович. Основи медичних знань і охорони здоров'я: навчальний посібник / О. Д. Мойсак ; Міністерство освіти і науки України. -6-те вид., випр. та допов. - Київ : Арістей, 2011. - 496 с.

**Перша медична допомога** — комплекс нагальних медичних заходів, які проводяться людині, що раптово захворіла або постраждала, на місці пригоди та під час її доставки у медичний заклад. Перша допомога — це термінове виконання лікувально-профілактичних заходів, необхідних при нещасних випадках та раптових захворюваннях, заходи термінової допомоги пораненим або хворим людям, які застосовують до прибуття швидкої допомоги або до транспортування потерпілих у лікувальний заклад.

Перша медична (долікарська) допомога включає наступні три групи заходів:

- негайне припинення впливу зовнішніх ушкоджуючих факторів (електричний струм, висока або низька температура, здавлення вагою) та виведення потерпілого з несприятливих умов, у які він потрапив (витягання з води, з палаючого приміщення, приміщення з великим вмістом отруйних газів, тощо).

- надання першої медичної допомоги потерпілому в залежності від характеру та виду травми, нещасного випадку або раптового захворювання (зупинка кровотечі, накладання пов'язки на рану, штучне дихання, непрямий масаж серця, введення протиотрути та ін.).

- організація негайної доставки (транспортування) хворого або потерпілого у лікувальний заклад.

До недавнього часу у суспільній медицині не було офіційної термінології відносно першої допомоги, але 26 червня 2009 року був прийнятий у першому читанні законопроект, відповідно до якого не потрібно плутати цей термін з першою медичною допомогою, першою домедичною допомогою та швидкою медичною допомогою, які є видом медичної діяльності і для їх виконання необхідна певна медична освіта. На відміну від медичної допомоги, перша допомога може виконуватися любою особою добровільно, по мірі своїх можливостей і знань.

#### *Порядок забезпечення першої допомоги:*

1. Забезпечення безпеки собі і потерпілому.
2. В залежності від ситуації можуть бути проведені різні дії, у тому числі: зупинка кровотечі, серцево-легенева реанімація (непрямий масаж серця, штучна вентиляція легень).
3. Забезпечення фізичного і психологічного комфорту потерпілому.
4. Попередження ускладнень.
5. Виклик спеціалістів (швидка допомога «103» або рятівників «101»).

#### *Загальні принципи надання першої допомоги*

Нещасний випадок, раптове захворювання спостерігаються часто в умовах, коли немає необхідних медичних засобів, перев'язувального матеріалу,

належного освітлення, помічників, відсутні засоби транспортної іммобілізації. У подібних випадках велике значення набуває зібраність та активність людини, що надає першу допомогу, щоб по мірі своїх можливостей зуміти виконати комплекс максимально доступних та доцільних заходів, спрямованих на врятування життя потерпілого або людини, яка раптово захворіла. Для цього необхідне знання ознак ушкоджень та хвороб, принципів надання першої медичної допомоги.

При наданні першої медичної допомоги слід дотримуватися наступних принципів:

1. Усі дії людини, що надає допомогу повинні бути доцільними, обміркованими, рішучими, швидкими та зосередженими;
  - перш за все потрібно оцінити обставини та здійснити заходи по усуненню дії ушкоджуючих факторів (витягнути з води, палаючого приміщення, або приміщення, де є велике скупчення газів, погасити палаючий одяг і т.д.);
  - швидко та правильно оцінити стан потерпілого.

Сприятиме цьому прояснення обставин, в яких відбулося травмування або виникло раптове захворювання, часу та місця виникнення ушкодження. Це особливо важливо, якщо потерпілий в непритомному стані. При його огляді встановлюють, живий він чи мертвий, визначають вид та тяжкість травми, наявність кровотечі.

- на підставі огляду постраждалого визначають спосіб та послідовність надання першої медичної допомоги;
- з'ясовують, які засоби необхідні для надання допомоги, виходячи з конкретних умов, обставин і можливостей, та забезпечують ними;
- надають першу допомогу та готують потерпілого до транспортування;
- організовують транспортування потерпілого у лікувальний заклад;
- доглядають за потерпілим або хворим до відправлення у лікувальний заклад;
- перша допомога у максимально доступному об'ємі повинна надаватися не тільки на місці пригоди, але й по дорозі до лікувального закладу.

**Асептика** – це сукупність заходів, спрямованих на попередження потрапляння мікробів у рану. Асептика досягається дотриманням основного правила – все, що стикається з раною, повинно бути стерильним (не мати мікробів). Не можна руками торкатися рани, видаляти з неї осколки, залишки одягу, використовувати нестерильний матеріал для закриття рани. Це досягається повним знезараженням всіх предметів, які торкаються рани.

Повне знищення мікробів та їх спор на операційній білизні, інструментах, шовному і перев'язочному матеріалі, рукавичках і руках хірургів називається стерилізацією. Стерилізація здійснюється різними способами, найбільш широкого розповсюдження набула стерилізація ультрафіолетовими променями і стерилізація радіоактивним випромінюванням.

Предмет вважається стерильним, якщо на його поверхні або в товщі немає мікробів, здатних до розмноження. Контролюють стерильність предметів шляхом бактеріологічних посівів на спеціальні поживні середовища.

Матеріали, які використовуються під час операцій і перев'язок для підсушування ран і операційного поля, тампонами ран і накладання різних пов'язок називаються перев'язочними.

Перев'язочний матеріал повинен мати добру гігроскопічність, швидко висихати, бути еластичним, легко стерилізуватися. Найбільшого розповсюдження серед перев'язочного матеріалу дістали вата і марля. Марля – це паперово-бавовняна тканина яка має здатність добре всмоктувати кров, гній та інші рідини. Марля еластична, м'яка, не засмічує рану і тому є тим матеріалом, з якого роблять бинти, салфетки, тампони, туруни. Вата – це волокна бавовни, які мають високу гігроскопічність. Тому вату накладають на рану поверх марлі, що збільшує всмоктуючу здатність пов'язки і захищає рану від зовнішніх впливів.

Перев'язуючий матеріал виготовляють як нестерильним у великих рулонах і пакетах, так і стерильним в невеликих герметично заклесних пакетах з пергаменту. Для надання першої медичної допомоги поза лікувальними закладами найбільш зручні стерильні пакети. Стерильний перев'язочний

матеріал випускається у вигляді бинтів або салфеток різних розмірів, або індивідуальних пакетів, спеціальних бинтів і пакетів просочених антисептичними розчинами йодоформу, бриліантового зеленого і препаратами, які підвищують згортання крові (наприклад гемостатична марля).

**Антисептикою** називається система заходів, спрямованих на зменшення кількості мікробів чи їх знищення в рані.

Види антисептики: - механічна (первинна хірургічна обробка рани – видалення з рани змертвілих і зруйнованих тканин, згустків крові, чужерідних тіл); - фізична ( дренування рани, ультрафіолетове опромінення); - хімічна ( застосування протимікробних лікарських засобів); - біологічна (антибіотико терапія).

*Хімічні антисептичні речовини.* Існує велика кількість дезінфікуючих засобів, проте більша частина з них мають негативний вплив на тканини раневої поверхні. Тому використовуючи такі засоби, необхідно враховувати і покази і їхній шкідливий вплив.

Розчин перекис водню – безколірна, слабодезинфікуюча рідина і має добру дезодоруючу дію ( знищує запах). Використовується перекис водню у вигляді 3% розчину. При потраплянні в рану перекис водню з гноем і кров'ю виділяє велику кількість кисню, в результаті чого утворюється піна, яка очищає рану від гною, залишків змертвілих тканин. Розчин перекис водню широко використовується для розмочування засохших пов'язок, при перев'язках.

Калію перманганат – кристали темно-фіолетового кольору, які легко розчиняються у воді. Розчин має слабо дезинфікуючу дію. Для обробки гнійних ран використовується 0,1% - 0,5% розчин; при належках 5% розчин.

Борна кислота – білий кристалічний порошок, який розчиняється у воді. Використовується у вигляді 2% розчину для промивання слизових оболонок, ран, порожнин.

Розчин йоду спиртовий 5% - використовується для дезинфекції операційного поля і рук хірурга, дезинфекції шкіри при пораненнях, змазування подряпин.

Розчин вокадину – має виражену бактерицидну дію і вибірково противірусну дію. Вокадин 10% розчин застосовується зовнішньо для обробки шкіри і слизових оболонок до і після хірургічного втручання. При лікуванні інфікованих уражень шкіри ( опіки, рани, виразки, садна) і для запобігання інфікуванню ранкових поверхонь. Протипоказами є алергія на йод. Не можна застосовувати розчин хворим на гіпертиреоз, аденому щитовидної залози, хворим з нирковою недостатністю. Жінки під час вагітності і в період годування груддю не повинні використовувати розчин. Асептичні рани, опікові поверхні, слизові оболонки, ділянки шкіри ураженні бактеріальними і грибковими інфекціями обробляють розчином Вокадину протягом 2 хв, потім ретельно змивають проточною водою.

Вокадин мазь 5%,10% - використовують для лікування інфікованих уражень шкіри ( опіки, рани, садни, трофічні виразки, пролежні, інфекційні дерматити), а також для профілактики інфікування ран.

Спирт етиловий – безколірна рідина з характерним запахом. Використовується у вигляді 70% і 96% розчину для дезінфекції інструментів, шовного матеріалу, операційного поля, дезінфекції рук і шкірних покривів навколо ран.

Бріліантовий зелений – використовується для стерилізації інструментів, змазування шкіри при гнійничкових пошкодженнях, саднах і подряпинах.

Фурацилін – кристалічний порошок жовтого кольору. Дуже мало розчинний у воді, є добрим антисептиком. Використовується в розведенні 1:5000 для промивання гнійних ран, порожнин, опікових поверхонь, належків.

Сульфаніламідни мають добру бактеріостатичну дію ( затримують ріст і розмноження мікробів), майже не мають шкідливої дії на організм. При гнійних ранах сульфаніламідни використовуються місцево у вигляді мазей і емульсій ( фталазол, сульфадиметоксин).

Біологічна антисептика здійснюється за допомогою різних бактерицидних і бактеріостатичних препаратів біологічного походження, які сприяють знищенню мікробів, які потрапили в рану або в організм. До них відносяться

антибіотики, а також препарати які підвищують захисні функції організму: вакцини, виворотки, гамма-глобуліни.

Антибіотики потрапляючи в організм активно впливають на ріст і розмноження мікробів. Більшість антибіотиків діє на певний вид мікробу, але більшість з них ефективні проти декількох видів одночасно.

Антибіотики використовуються місцево ( промивання і зрошування ран розчинами антибіотиків, пов'язки з мазями і емульсіями із антибіотиків) і внутрішньо. Мікроорганізми швидко адаптуються до антибіотиків і стають нечутливими до них.

**Імобілізація** - це створення нерухомості для кінцівки або іншої частини тіла при пошкодженнях, запаленнях, інших важких патологічних процесах, які вимагають забезпечення спокою ушкодженому або хворому місцю.

Види імобілізації:

- а) тимчасова (транспортна);
- б) постійна (лікувальна).

Найчастіше постійна імобілізація здійснюється гіпсовою пов'язкою, яку накладають в лікувальних закладах.

Транспортна імобілізація застосовується на час транспортування потерпілого з місця нещасного випадку, до лікувального закладу. Перенесення та транспортування потерпілого без попередньої імобілізації не припускається.

Завдання транспортної, імобілізації - попередження імовірних ускладнень:

- 1) зміщення кісткових уламків;
- 2) додаткової травматизації м'яких тканин;
- 3) вторинних кровотеч;
- 4) нервів та розвитку травматичного шоку;
- 5) розвитку інфекції.

Засобами транспортної, імобілізації є шини, які поділяються на:

- а) табельні, що є на озброєнні медслужби (шини Дітеріхса, Крамера, дротяні);
- б) імпровізовані, які виготовляються з підручних засобів безпосередньо на місці нещасного випадку.

**ПРАВИЛА ТРАНСПОРТНОЇ ІМОБІЛІЗАЦІЇ**

1. Максимальне скорочення часу від моменту отримання травми до накладання іммобілізуючих засобів.
2. Знеболюючі засоби дають до накладання шин.
3. Пов'язку накладають до накладання шин.
4. Джгут накладають на кінцівку до накладання шин. При застосуванні кровоспинного джгута транспортні шини накладають таким чином, щоб джгут було видно.
5. Перед накладанням шину моделюють за розміром та формою ушкодженої кінцівки так, щоб кінцівка була зафіксована в середньофізіологічному положенні.
6. Перед накладанням дротяну або фанерну шину вистеляють ватно-марлевою прокладкою, або будь-яким м'яким підручним матеріалом (рушник, одяг, сіно, трава), що попереджує здавлення м'яких тканин, утворення нальжків, контактних відморожень. Особливу увагу приділяють місцям контакту шини з кістковими виступами.
8. При транспортній іммобілізації знерухомлюють не менше ніж два суміжних суглоби. При пошкодженні плечової та стегнової кісток знерухомлюють три суглоби.
9. Транспортні шини фіксують рівномірними не тугими турами бинту. Там де бинт може сповзти, перехрести турів бинту скріплюють шпильками або зшивають.
10. У холодну пору року іммобілізовану кінцівку необхідно тепло закутати.
11. Відчуття заніміння, затерпання, поколювання, повзання мурашок, біль в кінцівці або її синюшність, є ознаками того, що шина накладена неправильно. В таких випадках шину необхідно зняти. Іммобілізацію зробити правильно, не припускаючись помилок.
12. Імпровізовані шини можна виготовити із смуг тонкої фанери, пластику, твердого картону, тонких дошок, палиць, прутів тощо. При травмі голови як імпровізовану шину можна використати підкладний гумовий круг, камеру від мотоцикла тощо.

13. Нижню щелепу іммобілізують будь-яким твердим предметом, який обгортають ватою, розташовують під підборіддям і прибинтовують до голови.

14. Для іммобілізації шийного відділу хребта застосовують ватно-марлевий або картонний комірець, який не повинен утруднювати дихання.

15. При переломі плечової кістки застосовують дві шини: одну від лопатки до ліктя, другу - від ліктя до пальців, після чого руку згинають в ліктьовому суглобі і фіксують косинкою. При транспортній іммобілізації знерухомлюють не менше ніж два суміжних суглоби. При пошкодженні плечової та стегнової кісток знерухомлюють три суглоби.-'

16. Транспортні шини фіксують рівномірними не тугими турами бинту. Там де бинт може сповзти, перехрести турів бинту скріплюють шпильками або зшивають.

17. При травмі передпліччя шину накладають від пальців кисті до ліктя або до середини плечової кістки. Якщо виготовити імпровізовану шину неможливо руку згинають у лікті, кладуть долонею на живіт в ділянці пупка і прибинтовують до тулуба. Загалом при пошкодженні руки її можна фіксувати краєм одягу (сорочки, піджака).

Для іммобілізації кисті в долоню вкладають туго згорнутий ватно-марлевий валок або тенісний м'ячик. До шини фіксують кисть та передпліччя. При переломах хребта та тазу потерпілого кладуть на тверді ноші. Під коліна підкладають м'який валок так, щоб кут становив  $140^\circ$ .

При переломах стегнової кістки для знерухомлення кульшового, колінного та гомілковостопного суглобів застосовують дві шини: довгу - від зовнішньої кісточки до пахви, коротку - від внутрішньої кісточки до промежини. Стопу згинають під кутом  $90^\circ$ .

При пошкодженні гомілки стопу згинають під кутом  $90^\circ$ . У разі неможливості виготовити імпровізовану шину, травмовану кінцівку прибинтовують до здорової так, щоб знерухомити колінний та гомілково-стопний суглоби. •

Хоча за правилами, транспортування потерпілих мусить здійснюватись силами і заходами медичних установ, найчастіше воно здійснюється рятівниками. Способи транспортування залежать від наявності нош, лямок, інших людей, які можуть допомогти рятівнику. Дуже часто ноші і лямки відсутні. У тих випадках, коли ноші і лямки відсутні, перенесення потерпілого здійснюється однією людиною, двома або трьома особами.

Коли потерпілого переносить одна людина, вона здійснює це:

- а) на руках;
- б) на плечі;
- в) на спині.

У тих випадках, коли потерпілого переносять двоє людей, досить часто застосовують «замок із 3-х рук», а вільна рука одного з рятівників відіграє роль спинки. Якщо потерпілий може обхопити рятівників за плечі, застосовують замок із 4-х рук. Під час транспортування потерпілого на ношах, необхідно стежити, щоб при підйомах та спусках поверхня нош була строго горизонтальною. Для цього при русі вгору піднімають задній кінець нош, а при русі вниз - передній, (головний).

При пошкодженні хребта або кісток тазу на ноші додатково кріплять лист фанери, або легку широку дошку, на яку й кладуть потерпілого.

У випадку важкої щелепно-лищевої травми, або алкогольного сп'яніння важкого ступеню з метою запобігання затікання крові або блювотних мас у дихальні шляхи, потерпілого вкладають на ноші на живіт обличчям донизу на зігнуту у лікті руку. Під ліктьовий виступ підкладають м'яку прокладку. Якщо стандартні ноші відсутні, користуються саморобними ношами, які виготовляють безпосередньо на місці пригоди з будь-яких підручних засобів - дві дошки або дві жердини, які з'єднані дерев'яними планками або переплетені ляшками, мотузками чи пасами.

При необхідності тривалого транспортування, потерпілого захищають від переохолодження і обморожень узимку і перегрівання у теплу пору, необхідно пам'ятати, що людина, котра перенесла травму, перебуває у стані шоку

(еректильна фаза). Тому вона нездатна адекватно оцінити свій стан і ступінь ураження. Самостійне пересування потерпілого до медичного закладу категорично забороняється. А легковажне ставлення до отриманої травми в подальшому може призвести до важкої інвалідизації.

#### Контрольні питання:

1. Що розуміють під терміном „асептика”?
2. Що розуміють під терміном „антисептика”?
3. Назвіть види антисептики.
4. Правила проведення іммобілізації.

Зміну білизни роблять після чергової санітарної обробки, зазвичай раз у 7-10 днів. Якщо дозволяє стан хворого, то його кладуть на бік, вільну половину брудного простирадла по ширині скачують до спини, а на місці, що звільнилося, розстилають чисте простирадло, половина якого відповідно скатана. Валики з чистого і брудного простирадл лежать поруч. Потім хворого перекладають на чисту половину простирадла, забирають брудне, розгортають чисте і закінчують перестилання. Якщо хворому заборонені рухи в ліжку, то простирадло змінюють іншим способом. Спочатку злегка піднімають голову хворого, а головний кінець простирадла збирають складками до попереку, потім піднімають ноги і в такий самий спосіб (до попереку) збирають інший кінець простирадла, після чого його обережно витягують з-під хворого. Одночасно з іншої сторони під поперек підводять чисте простирадло, скатане по довжині двома валиками, а потім ретельно розправляють його на обидва баки - до голови і Ніг. При зміні натільної білизни у важкохворого дотримуються визначеної послідовності: злегка піднімають верхню частину тулуба, збирають сорочку зі спини на шию, піднімають руки, знімають сорочку через голову, а потім - з рук. Надягають сорочку в зворотному порядку: спочатку -- на руки, потім - голову і розправляють уздовж спини. При захворюваннях чи травмах кінцівок білизну спочатку знімають зі здорової кінцівки, а потім - з хворою. Одягають білизну в зворотному порядку (спочатку на ушкоджену кінцівку).

ДОГЛЯД

за

шкірою

При догляді за хворим важливо забезпечити чистоту його шкіри. Якщо стан хворого задовільний, то Він приймає душ чи загальну гігієнічну ванну з зануренням у воду всього тіла, за винятком верхньої частини грудей (у напівсидячому положенні). Лежачим хворим роблять місцеві ванни з зануренням якоїсь однієї частини тіла, наприклад, рук чи ніг. Температура води повинна бути 37-38 °C, тривалість процедури не більше 15 хв.

Важкохворим щодня обтирають обличчя ватою, намоченою в теплій воді (температура 36-37 °C). Тіло обтирають губкою чи рушником, намоченим теплою водою з туалетним милом, у визначеній послідовності: шия, груди, руки, живіт, ноги. Змочені ділянки розтирають сухим рушником до відчуття тепла.

Хворим із суворим постільним режимом для ранкового туалету до постелі подають теплу воду і таз. За допомогою молодшої медсестри вони миють спочатку руки, потім - обличчя, шию, вуха. Ретельного догляду вимагає область статевих органів і заднього проходу. Хворі на напівпостільному і загальному режимі користуються біде з подачею теплої води вертикальним струменем або підмиваються іншим способом. Хворих на постільному режимі підмивають не рідше 1 разу на добу. При цьому під таз хворого підкладають клейонку, підводять підкладне судно і пропонують зігнути в колінах і трохи розвести ноги. З глечика на промежину направляють струмінь теплої води чи слабого розчину перманганату калію. Потім стерильною ватяною кулькою, затиснутою корнцангом, роблять кілька рухів у напрямку від статевих органів до заднього проходу. Іншою ватяною кулькою осушують промежину (напрямок цих рухів повинен бути таким же). ПУЛБ пролежнів у лежачих хворих - свідчення поганого догляду за ними. Пролежень - поверхнева чи глибока виразка, що утворюється внаслідок порушення кровообігу й омертвіння тканин. Появі їх сприяє незручна, нерівна постіль, що рідко перестилається, з наявністю складок і крихт їжі, рубці на сорочці і простирадлі, а також мацерація (вологе розм'якшення) шкіри у важкохворих у

результаті несистематичного обмивання й обтирання ділянок шкіри, забруднених випорожненнями і сечею. Найбільш часто пролежні утворюються в області хрестця, лопаток, куприка, п'яток, потилиці, сідничних бугрів, де м'які тканини здавлюються постіллю. Місця, найнебезпечніші стосовно пролежнів, розтирають стерильною марлевою серветкою, змоченою камфорним спиртом чи одеколоном не менш 1 разу на добу; роблять легкий масаж. Періодично змінюють положення хворого в ліжку, якщо не є протипоказань до цього. Під місця найбільшого тиску підкладають гумові кільця, попередньо покриті тканиною. Ділянки почервоніння (перші ознаки пролежнів) шкіри змазують 5-10% розчином перманганату калію чи 1 % спиртовим розчином брильянтового зеленого 1-2 рази на добу. Щільна кірка, що утворюється при цьому, запобігає зволоженню та інфікуванню некротизованих ділянок. За призначенням лікаря роблять пов'язки з маззю Вишневського, що сприяє прискоренню процесів загоєння.

Догляд за волоссям і нігтями хворого. Голову миють теплою водою з милом раз у 7-10 днів, після мийки волосся насухо витирають і розчісують. Гребінець миють у гарячому 2% розчині сади і періодично протирають етиловим спиртом чи оцтом. Нігті на руках і ногах регулярно підстригають.

Догляд за порожниною рота хворого. Усі хворі, крім важких, самі чистять зуби вранці і ввечері. У важкохворих протирання зубів і язика роблять за допомогою затиснутої пінцетом ватяної чи марлевої кульки, змоченої