

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО СВЯЗИ

**Федеральное государственное образовательное бюджетное
учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный
университет телекоммуникаций им. проф. М.А. Бонч-Бруевича»**

Учебный военный центр

Утверждаю
Начальник учебного военного центра
полковник В. Гирш
____. ____ .20__ г.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
для проведения занятия
по дисциплине «Медицинское обеспечение»**

**Тема № 2
«Важнейшие системы организма человека, содержание и правила оказания
первой медицинской помощи»**

**Занятие № 3
«Первая медицинская помощь при ранениях. Основные виды повязок и
правила их наложения»**

Методическая разработка обсуждена
на заседании предметно - методической
комиссии 2 отдела
Протокол № _____
от ____ . ____ . 20__ года

**Санкт-Петербург
2017**

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ:

УМЕТЬ оказывать первую медицинскую помощь при ранениях, травмах, отравлениях, несчастных случаях;

ВЛАДЕТЬ: навыками оказания первой медицинской помощи при ранениях, травмах, отравлениях, несчастных случаях и катастрофах.

ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ:

1. Воспитать чувство высокой ответственности за организацию мероприятий по сохранению жизни и здоровья подчинённого личного состава.

2. Прививать гордость за принадлежность к Вооружённым Силам Российской Федерации.

УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАНЯТИЯ:

1. Понятия о раневом процессе, осложнение ран. Меры по предупреждению инфекции в ране.
2. Основные виды повязок и правила их наложения, требования к повязкам.
3. Бинтовые и косыночные повязки на голову, шею и грудь, техника их наложения. Правила наложения повязки при проникающем ранении груди.
4. Бинтовые, косыночные контурные повязки на живот и промежность.
5. Бинтовые, косыночные, контурные и трубчатые повязки на верхние и нижние конечности, правила их наложения.

ВРЕМЯ:

6 часа.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ:

учебный класс.

ВИД ЗАНЯТИЯ:

практическое занятие.

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ:

1. Рабочие тетради для записи.
2. Мультимедийный проектор.
3. Персональный компьютер.
4. Косынка медицинская.
5. Бинт марлевый медицинский.
6. Сумка медицинская санитарная.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Учебное пособие. Медицинское обеспечение (Часть - 1). СПб. 2016г.
2. Справочник. Оказание первой медицинской, первой реанимационной помощи на месте происшествия и в очагах чрезвычайных ситуаций. СПб: 2005.
3. Медицинская подготовка спецназа: Учебно-практическое пособие. М.: Академический проект, 2016г.
4. Учебник санитарного инструктора. Воениздат, М. 2002г.

Интернет ресурс

mil.spbsut.ru/moodle - Дистанционные образовательные технологии сайта Института военного образования СПбГУТ.

voenservice.ru – Сайт информационного обеспечения военнослужащих РФ, раздел Военно-медицинская подготовка.

I. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ПОДГОТОВКЕ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ

При подготовке к занятию

При подготовке к занятию преподаватель обязан изучить учебные вопросы, структуру и содержание практического занятия, ознакомиться с литературой и методическими рекомендациями, уточнить количество и готовность рабочих мест к проведению практического занятия с обучаемыми. По завершении личной теоретической подготовки необходимо составить план проведения практического занятия с указанием времени, отводимого на отработку учебных вопросов.

Накануне практического занятия выдать задание на подготовку и выполнение практического занятия, дать указания на получение необходимой литературы, учебно-методических материалов и рекомендовать материал для повторения.

Вводная часть

Во вступительной части занятия преподаватель проверяет наличие студентов, объявляет тему, учебные цели и вопросы занятия, последовательность их отработки, ориентировочное время выполнения задания.

После этого преподаватель проверяет подготовленность учебного взвода к занятию методом выборочного опроса 2-3 студентов.

Основная часть

В ходе занятия преподаватель руководит и контролирует работу студентов, консультирует их по возникающим частным вопросам непосредственно на рабочих местах, при необходимости разъясняет всей группе отдельные положения, вызывающие затруднения у большинства обучаемых.

Контроль качества выполнения обучаемыми задания рекомендуется осуществлять в процессе индивидуальных консультаций и оказания помощи, а также в конце занятия по мере готовности студентов, при приеме их доклада о проделанной работе и проверке выполнения задания.

Отработка учебных вопросов студентами производится на рабочих учебных точках на основании задания к практической работе.

Преподаватель ставит задачу по отработке учебных вопросов на указанных рабочих точках в полном объеме согласно задания. Преподаватель в индивидуальном порядке контролирует работу студентов, задавая контрольные вопросы по порядку отработки вопросов задания.

Отвечает на возникающие вопросы в ходе работы студентов, задает направляющие вопросы, заставляющие студентов обратить внимание на те или иные упущения, недостатки, ошибки и т.д. На основании проведенного опроса и контроля работы студентов преподаватель их оценивает. Контролю подвергается 100% от численного состава.

Заключение

В заключительной части преподаватель подводит итоги занятия. По результатам работы студентов и проведенного опроса он определяет степень усвоения материала и оценивает работу каждого из обучаемых.

При проведении заключительной части:

- подвести общий итог занятия, дать оценку работы на занятии отдельным обучающимся и группы в целом;
- доложить о достижении поставленных учебных и воспитательных целей;
- отметить уровень дисциплины;
- ответить на вопросы обучающихся;
- сделать запись в журнале учебной группы;
- дать команду дежурному об окончании занятия.

II. УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Понятия о раневом процессе, осложнение ран. Меры по предупреждению инфекции в ране.

Раной называется любое повреждение, сопровождающееся нарушением целостности покровов тела (кожи, слизистых). Основными клиническими признаками ран являются наличие дефекта кожи или слизистых, кровотечение и боль.

По виду повреждающего фактора раны делятся на:

механические, термические, химические, лучевые, комбинированные (при наличии нескольких видов повреждающих факторов) и *трофические язвы* (возникают при нарушении артериального или венозного кровоснабжения, от локального давления и являются хроническими ранами).

По характеру повреждения механические раны подразделяют на:

Резаные раны - наносятся острым предметом, могут быть глубокими, но окружающие ткани повреждаются незначительно, края ровные. Характеризуются умеренным болевым синдромом, зиянием и выраженным кровотечением. Могут заживать первичным натяжением даже без наложения швов.

Колотые раны - наносятся узким острым предметом, имеют малую площадь и большую глубину, зияние отсутствует, окружающие ткани не повреждаются, но возможно повреждение глубоколежащих структур (нервов, сосудов, органов), внутренние кровотечения. Наружное кровотечение и боль при этом обычно незначительное. Колотые раны опасны ввиду высокого риска развития анаэробной инфекции.

Ушибленные раны - наносятся тупым предметом. Характерна широкая зона повреждения окружающих тканей с развитием некрозов, выраженный болевой синдром. Наружное кровотечение небольшое, крупные сосуды и нервы повреждаются редко. Ушибленные раны заживают, как правило, вторичным натяжением.

Размозженные раны - образуются при ударе тупым предметом с большой силой. Характерны все признаки ушибленных ран, но зона некроза еще больше, происходит раздавливание глубжележащих тканей, переломы костей.

Рваные раны - образуются при скользящем ударе тупым предметом. Характерны неровные края, отслойка и некроз кожи - иногда на большой площади.

Рубленые раны - наносятся тяжелым острым предметом и сочетают свойства резаных и ушибленных ран. Характерны глубокие и обширные повреждения окружающих тканей, переломы костей, размозжение краев, выраженный болевой синдром и зияние, умеренное кровотечение.

Огнестрельные раны - имеют существенные отличия от других ран (рис.2.1.).

Для огнестрельных ран характерно наличие трех зон повреждения:

- зоны разрушения (раневого канала);
- зоны прямого травматического некроза (ушиба окружающих тканей от воздействия энергии бокового удара);
- зоны молекулярного сотрясения.

Раневой канал может иметь не прямой ход, возможно повреждение нескольких полостей организма, повреждения самых разных органов.

Огнестрельные раны возникают от действия пули, осколков снарядов, дроби, картечи. Эти раны принято подразделять на *пулевые* и *осколочные*. Пулевые раны наносятся автоматными, винтовочными, пистолетными пулями. Осколочные раны возникают от действия осколков артиллерийских снарядов, мин, ручных гранат, авиабомб, боеприпасов объемного взрыва и др.



Рис. 1. Огнестрельное ранение

Пуля или осколок могут попасть в кости скелета, раздробить их на части, а осколки нанести дополнительные повреждения мягких тканей.

При наличии входного и выходного отверстий ранение называют *сквозным*. Если же ранящий предмет застревает в теле человека, в тканях, то происходит *слепое* ранение. Чаще такие ранения встречаются среди осколочных.

Пуля или осколок могут повредить кожу и расположенные под ней ткани, не проникая в их глубину. В этом случае ранения называют *касательными*. Они обычно не имеют раневого канала и зияют.

Если ранящий предмет при ранении проникает в полость тела (например, в брюшную), такое ранение называют *проникающим*. Когда такой предмет в полость тела не проникает - *непроникающим*.

Проникающие ранения черепа, груди и живота, как правило, опасны для жизни. Когда у человека имеется одновременно несколько ран в пределах одной анатомической области, то такие ранения являются множественными. Если повреждается сразу несколько анатомических областей, то ранение называют *сочетанным*.

В военно-полевой хирургии и хирургии повреждений выделяется семь областей человеческого тела: голова, шея, грудь, живот, таз, позвоночник, конечности. Если пострадавший получил травму, связанную с одновременным воздействием различных поражающих факторов (механического, термического, радиационного, химического) одного или нескольких видов оружия, то поражение является *комбинированным*.

В современной войне комбинированные поражения будут занимать большой удельный вес в структуре санитарных потерь. Предполагается, что при этом будут преобладать радиационные поражения, часто ожоги в сочетании с механическими травмами и радиационными поражениями.

Опыт локальных войн показывает, что особенно возрастает количество ожогов при применении вязких зажигательных смесей типа напалма. Такие ожоги характеризуются значительной глубиной, поражением всей ткани кожи и глубжележащих тканей. Постоянное совершенствование огнестрельного оружия, повышение его скорострельности, начальной скорости полета пули и ее убойной

силы, создание новых боеприпасов, обладающих высокой поражающей способностью, приводят к утяжелению огнестрельной раны.

Осложнение ран

Раны нередко осложняются инфекцией - анаэробной, гнойной, гнилостной и острой специфической, общей гнойной или сепсисом. Кроме этого, могут наблюдаться вторичные или последующие кровотечения. Они возникают впервые 2-3 суток после ранения (ранние) и спустя 1-2 недели (поздние). Ранние вторичные кровотечения обычно являются следствием выталкивания тромба из поврежденного и непереязанного сосуда, поздние - обычно обусловлены нагноением в ране, которое приводит к расплавлению тромба в сосуде или стенки самого сосуда, расположенного рядом с раной.

Поздние вторичные кровотечения нередко возникают в результате нагноения так называемых пульсирующих гематом (ранней стадии травматической аневризмы), образующихся при колотых или огнестрельных ранениях, не подвергавшихся первичной хирургической обработке.

Меры по предупреждению инфекции в ране

Профилактика *раневой инфекции* сводится к максимальному предотвращению обсеменения раны микроорганизмами, в то время как лечение сосредотачивается на кардинальном уменьшении имеющейся в ране микрофлоры и на уничтожении проникших бактерий.

При этом практические мероприятия по профилактике и лечению следует рассматривать не изолированно, а в рамках целостной концепции, требующей координированных действий от всех, кто участвует в обработке раны.

Приоритетным мероприятием является строгое поддержание асептики. Оно является необходимой предпосылкой предоперационной подготовки, самой операции и послеоперационных мероприятий, а также обработки открытых ран при всех острых и хронических ранах.

Уже клинически инфицированные раны тоже следует обрабатывать исключительно в асептических условиях. Не говоря уже о том, что необходимо предотвращать дальнейшие вторичные инфекции, такие раны представляют собой очаг (крайне вирулентных) микроорганизмов, распространение которых можно предотвратить только с помощью всеохватывающей асептики.

Другие мероприятия для профилактики и лечения раневой инфекции в свою очередь зависят от состояния раны и требуют адекватных действий. При инфицированных ранах с первичным заживлением необходимо обеспечить быстрый отток секрета за счет открытия швов и соответствующего дренажа раны.

При всех вторично заживающих ранах, например травматически обусловленных, а также при хронических изъязвлениях на передний план выходит хирургическая обработка раны: некрозы и нежизнеспособные ткани необходимо удалить, раневые карманы широко открыть, инородные тела извлечь. Этим одновременно обеспечивается кровоснабжение ткани с адекватным подводом кислорода, который необходим для работы местных защитных механизмов организма.

Если ввиду специфических условий хирургическая обработка раны невозможна, целесообразна физическая очистка раны с использованием влажных повязок и при необходимости с применением ферментативных препаратов.

2. Основные виды повязок и правила их наложения, требования к повязкам.

Повязка - это асептическое средство в виде перевязочного материала, которым закрывают рану. Она состоит из двух частей: внутренней, которая касается раны (всегда должна быть стерильной) и внешней, которая закрепляет и удерживает повязку на ране. Внутренней частью повязки является, как правило, салфетка из марли, имеющей слой гигроскопической ваты для уборки крови и гноя. В качестве подручного средства лучше использовать чистый мягкое полотенце. Внешняя часть - бинт, с помощью которого салфетка закрепляется на ране. Вместо бинта можно использовать отрезки любой ткани (лучше не цветной). В отдельных случаях можно воспользоваться поясом или ремнем.

В зависимости от свойств применяемого материала повязки делят на 2 группы: мягкие (пластырные, бинтовые, косыночные) и твердые (гипсовые, крахмальные и т. д.). Если в области наложения повязки имеется волосяной покров, то его необходимо тщательно сбрить.

Лейкопластырная повязка

Наложённый на раневую поверхность перевязочный материал закрепляют несколькими параллельными полосками липкого пластыря, прикрепленными к здоровым участкам кожи. Следует учитывать, что липкий пластырь хорошо приклеивается только к сухой коже.

Недостатками повязки являются возможность изменения кожи под пластырем (у некоторых больных вокруг полоски лейкопластыря развивается повреждение кожи) и не совсем надежная фиксация перевязочного материала. Такие повязки применяют при ранах живота, особенно при широком расхождении краев раны, также при переломах ребер. В последнем случае повязка накладывается по ходу ребра от позвоночника до средней линии спереди.

Косыночная повязка

Представляет собой кусок перевязочного материала треугольной формы. Она широко применяется при оказании первой помощи. В больничных условиях она служит для подвешивания руки. Иногда косыночную повязку накладывают на большие раневые поверхности после ампутации, например на культю конечности.

Бинтовые повязки

Бинтовые повязки являются самыми распространенными. Чтобы повязка лежала правильно и равномерно, следует употреблять бинты соответствующей ширины в зависимости от площади бинтуемой анатомической области. Бинты делятся на узкие (3-7 см), средние (10-12 см) и широкие (14-18 см). Больной, ко-

торому накладывается повязка, должен находиться в удобном для него положении. Бинтуемая часть тела должна быть доступна со всех сторон.

Безопаснее всего накладывать бинт больному, находящемуся в положении лежа, так как изредка даже при небольших и малоболлезненных перевязках развиваются обморочные состояния, чреватые падениями и серьезными повреждениями.

Повязку следует наложить так, чтобы она не причиняла неприятных ощущений, но надежно фиксировала перевязочный материал. При наложении повязки бинтуемая часть тела должна находиться на уровне нижней части груди бинтующего. Процесс наложения повязки делится на 3 этапа. Вначале необходимо правильно наложить начальную часть повязки, затем точно провести каждый следующий тур бинта и, наконец, надежно зафиксировать всю повязку.

От последовательного и тщательного выполнения указанных этапов зависит надежность повязки. Бинтование следует начинать с части тела, имеющей наименьшую длину окружности, и постепенно покрывать повязкой центральные части бинтуемой области. Каждый последующий тур бинта должен прикрывать половину предыдущего. Бинт надо катить слева направо, не отрывая от бинтуемой части тела, не растягивая в воздухе.

По окончании бинтования конец бинта разрывают (если он широкий) или разрезают ножницами в продольном направлении, образуя две завязки, достаточные для фиксации всей повязки. Ни перекрест, ни узел не должны быть расположены там, где находится рана, их следует сместить за ее пределы. Иногда допустимо подогнуть конец бинта за последний тур. Закончив наложение бинтовой повязки, следует удостовериться в ее правильности. Повязка должна хорошо закрывать больную часть тела, не нарушать кровообращения, не препятствовать дозволенным движениям, иметь аккуратный, опрятный вид. Снимают бинтовую повязку либо после разрезания ее ножницами со стороны здоровой кожи, либо осторожно разматывая. Если повязка приклеилась к раневой поверхности, то ее следует осторожно размочить 3 % раствором перекиси водорода и только после этого снять.



Рис. 2. Крестообразная повязка на голову

3. Бинтовые и косыночные повязки на голову, шею и грудь, техника их наложения. Правила наложения повязки при проникающем ранении груди.

Для наложения повязок на голову и шею используют бинт шириной – 10см.

Круговая (циркулярная) повязка на голову.

Применяется при небольших повреждениях в лобной, височной и затылочной областях. Круговые туры проходят через лобные бугры, над ушными раковинами и через затылочный бугор, что позволяет надежно удерживать повязку на голове. Конец бинта фиксируется узлом в области лба.

Крестообразная повязка на голову

Повязка удобна при повреждениях задней поверхности шеи и затылочной области (рис. 2.).

Сначала накладывают закрепляющие круговые туры на голове.

Затем ход бинта ведут косо вниз позади левого уха на заднюю поверхность шеи, по правой боковой поверхности шеи, переходят на шею спереди, ее боковую поверхность слева и косо поднимают ход бинта по задней поверхности шеи над правым ухом на лоб.

Ходы бинта повторяют необходимое количество раз до полного закрытия перевязочного материала покрывающего рану. Повязку заканчивают круговыми турами вокруг головы.

Повязка «Шапочка Гипократа»

Повязка позволяет достаточно надежно удерживать перевязочный материал на волосистой части головы. Накладывают повязку с помощью двух бинтов.

Первым бинтом выполняют два – три круговых укрепляющих тура вокруг головы. Начало второго бинта фиксируют одним из круговых туров первого бинта, затем ход второго бинта через свод черепа проводят до пересечения с круговым ходом первого бинта в области лба.

После перекреста, тур второго бинта через свод черепа возвращают на затылок, прикрывая слева предыдущий тур на половину ширины бинта. Выполняют перекрест бинтов в затылочной области и следующий тур бинта проводят че-

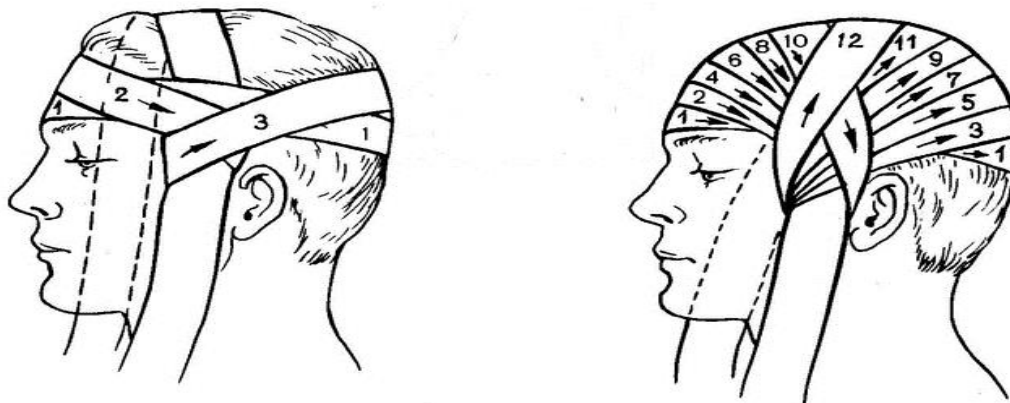


Рис. 3. Повязка "Чепец"

рез свод черепа справа от центрального тура. Количество возвращающихся ходов бинта справа и слева должно быть одинаковым. Заканчивают наложение повязки двумя – тремя круговыми турами.

Повязка «чепец»

Простая, удобная повязка, прочно фиксирует перевязочный материал на волосистой части головы (рис. 3.).

Отрезок бинта (завязку) длиной около 0,8 м помещают на темя и концы его опускают вниз спереди от ушей. Раненый или помощник удерживает концы завязки с натяжением.

Выполняют два закрепляющих круговых тура бинта вокруг головы. Третий тур бинта проводят над завязкой, обводят его вокруг завязки и косо ведут через область лба к завязке на противоположной стороне. Вновь оборачивают тур бинта вокруг завязки и ведут его через затылочную область на противоположную сторону. При этом каждый ход бинта перекрывает предыдущий на $2/3$ или $1/2$. Подобными ходами бинта закрывают всю волосистую часть головы. Заканчивают наложение повязки круговыми турами на голове или фиксируют конец бинта узлом к одной из завязок. Концы завязки связывают узлом под нижней челюстью.

Повязка «уздечка»

Применяется для удержания перевязочного материала на ранах в теменной области и ранениях нижней челюсти (рис. 4). Первые закрепляющие круговые ходы идут вокруг головы. Далее по затылку ход бинта ведут косо на правую сторону шеи, под нижнюю челюсть и делают несколько вертикальных круговых ходов, которыми закрывают темя или подчелюстную область в зависимости от локализации повреждения.

Затем бинт с левой стороны шеи ведут косо по затылку в правую височную область и двумя-тремя горизонтальными циркулярными ходами вокруг головы закрепляют вертикальные туры бинта. В случае повреждения в области подбо-

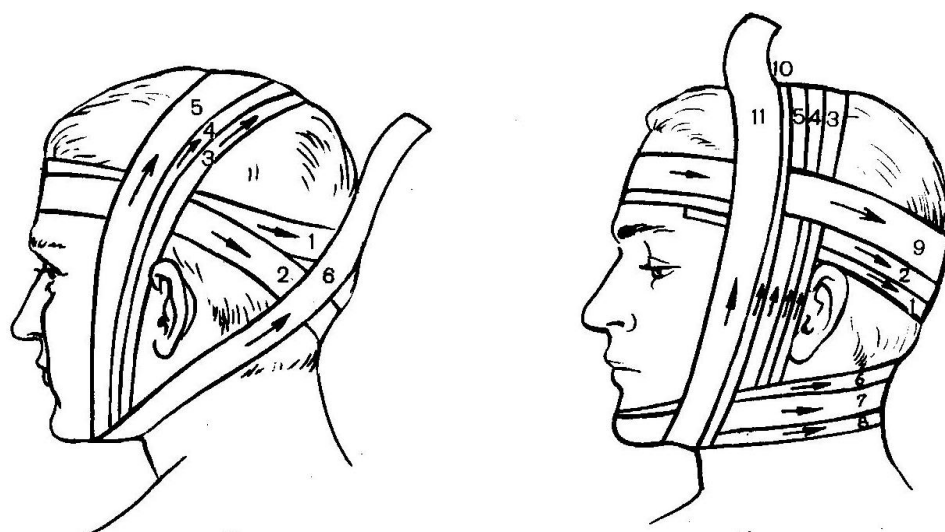


Рис. 4. Повязка «уздечка»

родка, повязку дополняют горизонтальными круговыми ходами с захватом подбородка.

После выполнения основных туров повязки «уздечка», проводят ход бинта вокруг головы и ведут его косо по затылку, правой боковой поверхности шеи и делают несколько горизонтальных круговых ходов вокруг подбородка. Затем переходят на вертикальные круговые ходы, которые проходят через подчелюстную и теменную области. Далее ход бинта через левую поверхность шеи и затылок возвращают на голову и делают круговые туры вокруг головы, после чего все туры бинта повторяют в описанной последовательности.

При наложении повязки «уздечка» раненый должен держать рот приоткрытым, либо под подбородок во время бинтования подкладывается палец, чтобы повязка не мешала открывать рот и не сдавливала шею.



Повязка на один глаз - монокулярная

Вначале накладывают горизонтальные закрепляющие туры вокруг головы. Затем в области затылка бинт ведут вниз под ухо и проводят косо вверх по щеке на пораженный глаз. Третий ход (закрепляющий) делают вокруг головы. Четвертый и последующие ходы чередуют таким образом, чтобы один ход бинта шел под ухо на пораженный глаз, а следующий являлся закрепляющим. Бинтование заканчивают круговыми ходами на голове (рис.5.).

Повязка на правый глаз бинтуется слева направо, на левый глаз - справа налево.

Рис.5. Повязка на один глаз - монокулярная

Повязка на оба глаза – бинокулярная

Начинается круговыми закрепляющими турами вокруг головы, затем так же, как и при наложении повязки на правый глаз. После чего ход бинта ведут сверху вниз на левый глаз. Затем бинт направляют под левое ухо и по затылочной области под правое ухо, по правой щеке на правый глаз. Туры бинта смещаются книзу и к центру. С правого глаза ход бинта возвращается над левым ухом на затылочную область, проходит над правым ухом на лоб и снова переходит на левый глаз. Повязку заканчивают круговыми горизонтальными турами бинта через лоб и затылок.

Косыночные повязки на голову. Основание косынки располагают в области затылка, верхушку спускают на лицо. Концы косынки связывают на лбу. Верхушку заворачивают над связанными концами кверху и укрепляют английской булавкой.

Працевидные повязки

Працевидные повязки головы позволяют удерживать перевязочный материал в области носа (рис.6а), верхней и нижней губы, подбородка (рис.6в), а также на ранах затылочной, теменной и лобной областей (рис.6б).

Неразрезанной частью пращи закрывают асептический материал в области раны, а концы ее перекрещивают и связывают сзади (верхние - в области шеи, нижние - на затылке либо на темени).

Для удержания перевязочного материала на затылке пращу делают из широкой полосы марли или материи. Концы такой повязки пересекаются в височных областях. Их связывают на лбу и под нижней челюстью.

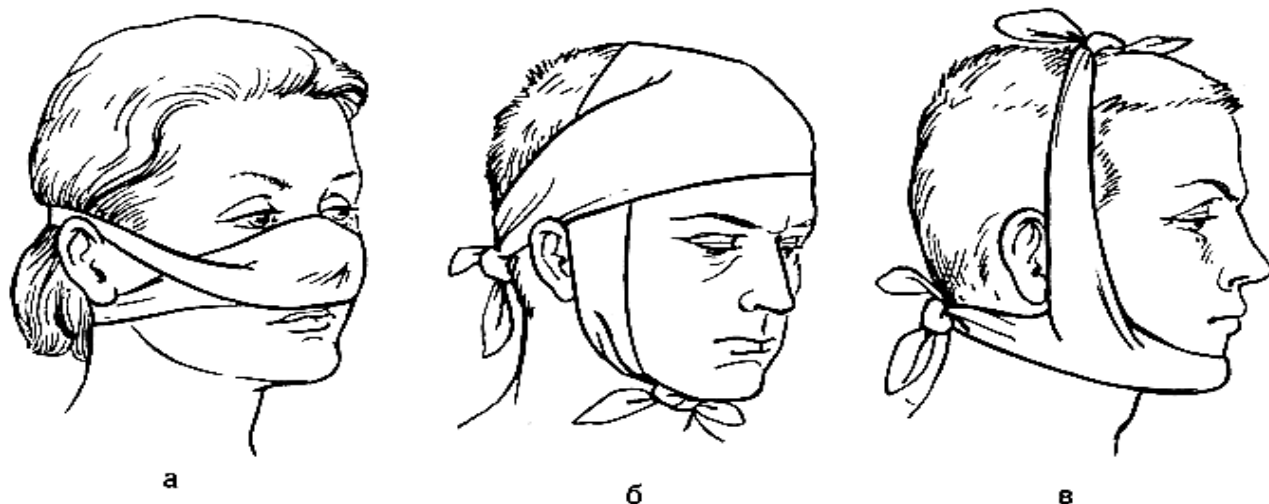


Рис. 6. Працевидная повязка: а - области носа, б - подбородка, в - теменной и лобной областей.

Таким же образом накладывают працевидную повязку на теменную область и лоб. Концы повязки при этом завязывают на затылке и под нижней челюстью.

Повязки на грудную клетку

Конусовидная форма грудной клетки и изменение ее объема во время дыхания часто приводят к сползанию повязок. Бинтование грудной клетки следует выполнять широкими бинтами и применять дополнительные приемы укрепления повязок.

Для наложения повязок на грудь используют марлевые бинты шириной 10 см, 14 см и 16 см.

Спиральная повязка на грудь

Применяется при ранениях грудной клетки, переломах ребер, лечении гнойных ран (рис.7.). Перед наложением повязки марлевый бинт длиной около метра укладывают серединой на левое надплечье. Одна часть бинта свободно свисает на грудь, другая – на спину. Затем другим бинтом накладывают закрепляющие круговые туры в нижних отде-

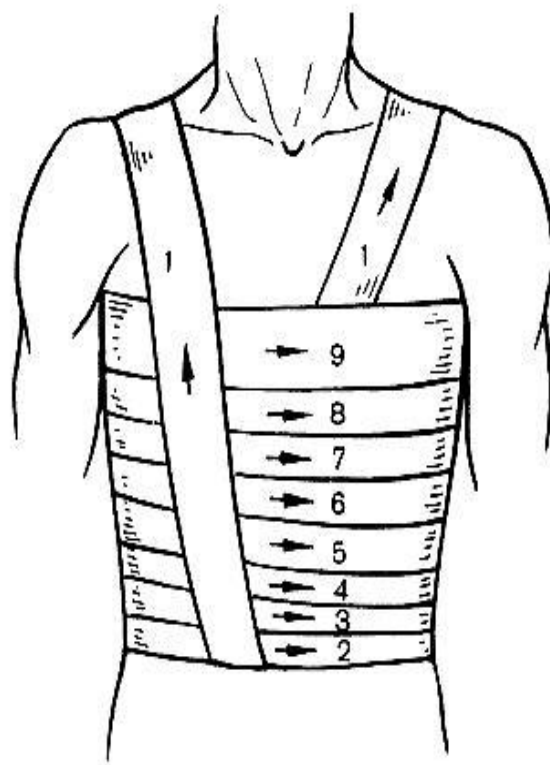


Рис. 7. Спиральная повязка груди

лах грудной клетки и спиральными ходами (3-10) снизу вверх бинтуют грудь до подмышечных впадин, где закрепляют повязку двумя-тремя круговыми турами. Каждый тур бинта перекрывает предыдущий на 1/2 или 2/3 его ширины.

Концы бинта, свободно свисают на груди, укладывают через правое надплечье и связывают со вторым концом, свисающим на спине. Создается как бы портуля, которая поддерживает спиральные ходы бинта.

Правила наложения повязки при проникающем ранении груди.



Рис. 8. Наложение повязки лейкопластырем при открытом пневмотораксе

При проникающих ранениях грудной клетки (пневмотораксе) на рану надо наложить герметичную повязку (внутренней стерильной поверхностью прорезиненной оболочки), а на нее — стерильные подушечки пакета перевязочного индивидуального и туго забинтовать. При отсутствии пакета герметичная повязка может быть наложена с использованием лейкопластыря (рис. 8).

Полоски пластыря, отступив на 1 — 2 см выше раны, черепице -образно приклеивают к коже, закрывая таким образом всю раневую поверхность. На лейкопластырь кладут стерильную салфетку или стерильный бинт в три-четыре слоя, далее слой ваты и туго забинтовывают.

Особую опасность для пораженного представляют ранения сопровождающиеся пневмотораксом со значительным кровотечением. В этих случаях наложить герметичную повязку с помощью лейкопластыря как правило, не удастся. Наиболее целесообразно рану закрыть воздухонепроницаемым материалом (клеенкой, целлофаном) и наложить повязку с утолщенным слоем ваты или марли

Транспортирование пораженных с наличием пневмоторакса должно производиться на санитарных носилках в полусидячем положении.

Грудная клетка — замкнутое пространство. Изнутри она выстлана плеврой. Расправление легких внутри грудной клетки происходит за счет вакуума, поддерживающегося в плевральной полости.

Пневмоторакс представлен состоянием, при котором воздух находится внутри грудной клетки, точнее внутри плевральной полости (она состоит из 2 листков плевры). Плевра — защитная оболочка, по-

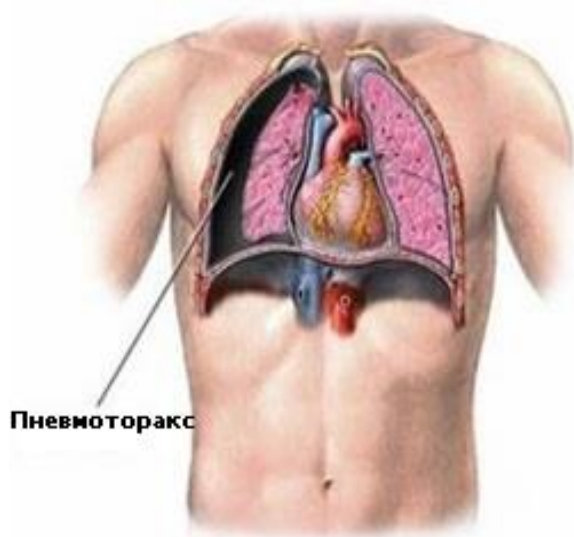


Рис. 9. Пневмоторакс

крывающая сердце, каждое из легких. Таким образом внутри грудной клетки находится 3 защитные оболочки.

Плевральная полость герметична. Внутренние листки плевры образуют тесную связь с легкими, наружные листки покрывают костные структуры грудной клетки. Верхняя и нижняя часть листков сросшиеся. Внутри полости находится отрицательное давление, около 2 миллилитров специального секрета, который облегчает скольжение плевральных листков. Благодаря отрицательному давлению легкие свободно расправляются при расширении ребер.

Основные симптомы пневмоторакса:

- синюшность кожи;
- нарастающая одышка;
- ощущение нехватки воздуха;
- проявление резкой боли в груди.

Пневмоторакс бывает трех видов:

1. **Закрытый.** Этот вид пневмоторакса характеризуется отсутствием раны. Закрытый пневмоторакс характеризуется скоплением незначительного количества крови, жидкости. Эта патология может быть следствием тупой травмы, разрыва альвеолы (патологически увеличенной). Угрозы жизни закрытый пневмоторакс не несет.

2. **Открытый.** При такой травме отмечается наличие связи с внешней средой (раны). Если своевременно не оказать первую помощь при открытом пневмотораксе может произойти полное спадание легкого. При необходимости, второе легкое берет на себя дополнительную нагрузку. Реанимация легкого проводится посредством выполнения пункции плевральной полости с откачиванием газа.

3. **Клапанный.** Клапанный пневмоторакс называют еще напряженным. Этому виду характерно попадание новых порций воздуха внутрь плевральной полости при каждом вдохе. Клапан не позволяет выйти наружу воздуху, попавшему внутрь полости. При клапанном пневмотораксе состояние пострадавшего заметно ухудшается. Ведь скопившийся воздух способствует смещению сердца, второго легкого, перекручиванию сосудов. При напряженном пневмотораксе отмечается проявление сердечно-сосудистой, дыхательной недостаточности. Также возможно развитие болевого шока из-за раздражения нервных окончаний плевры.

Первая помощь при наличии пневмоторакса:

В случае пневмотораксов (открытых, закрытых, «сосущих») необходима квалифицированная медицинская помощь, которую желательно оказывать в специализированных учреждениях. Однако иногда уместно и urgently оказанная первая помощь может спасти жизнь человека. Если имеется подозрение на пневмоторакс (симптомы и ситуации его возникновения мы описали), то необходимо:

1. Уложить пострадавшего с возвышением и обеспечить максимально благоприятное положение для дыхания.

2. Наложить окклюзионную повязку на рану.

Окклюзионной повязкой может служить любое средство, которое поможет обеспечить герметичность пострадавшей части полости грудной клетки. В качестве таковой используется любое водонепроницаемое средство – лейкопластырь, полиэтиленовая пленка, прорезиненная ткань. Их нужно зафиксировать бинтами или имеющейся под рукой тканью. Перед наложением их желательно обработать дезинфицирующим средством, например, йодом. Таким образом, можно предотвратить попадание в рану инфекции и распространение в ней бактериальной инфекции. Место на теле вокруг раны нужно смазать вазелином или детским кремом. В стационаре врач — специалист смажет место повязки специальной мазью и наложит гидроактивную салфетку.

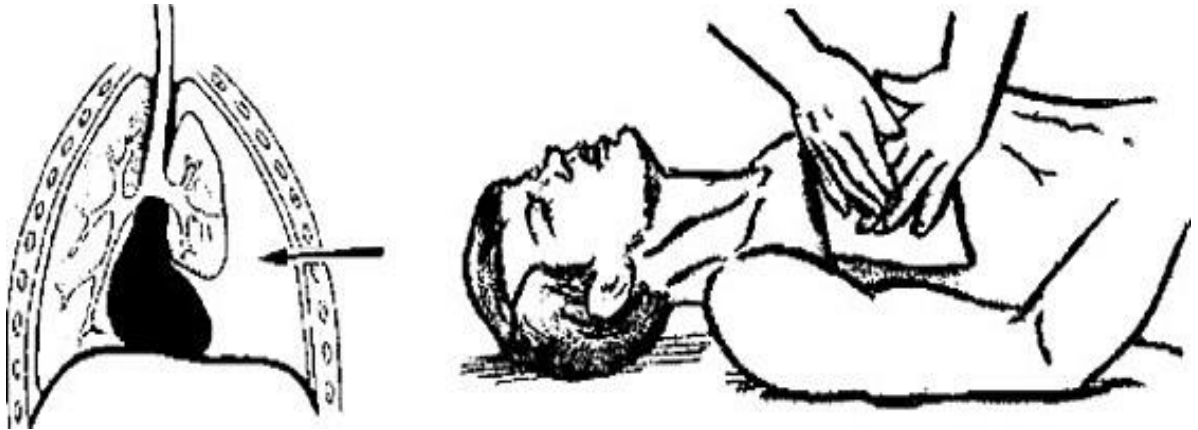


Рис. 10. Окклюзионная повязка на рану при пневмотораксе.

3. Дать больному обезболивающие средства, вплоть до наркотических препаратов.

В некоторых случаях, когда большое количество воздуха нагнетается в плевральное пространство и никаким образом не имеет возможности выйти из него, возникает положительное внутриплевральное давление, легкое выключается из процесса дыхания, возникает опасное для жизни человека состояние. Если есть предположение, что пневмоторакс напряженный, первая помощь должна быть оказана еще до прибытия больного в медучреждение.

4. Бинтовые, косыночные контурные повязки на живот и промежность

При наложении повязки на область живота или таза на месте ранения или несчастного случая, для бинтования используются марлевые бинты шириной 10 см, 14 см и 16 см.

Спиральная повязка на живот

В верхней части живота укрепляющие круговые туры накладывают в нижних отделах грудной клетки и бинтуют живот спиральными ходами сверху вниз, закрывая область повреждения. (рис. 11.)

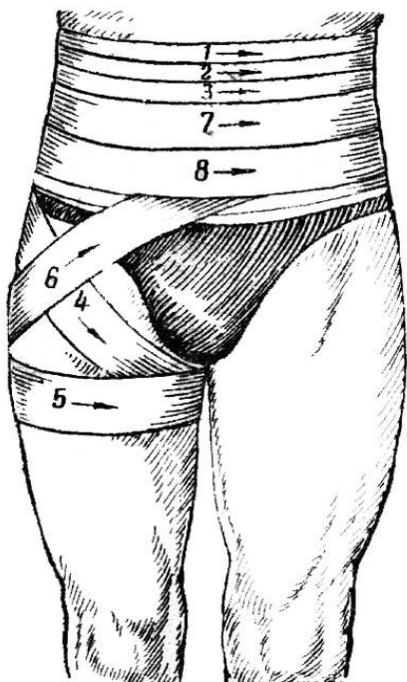


Рис. 11. Спиральная повязка, на область живота, укрепленная на бедрах турами колосовидной повязки

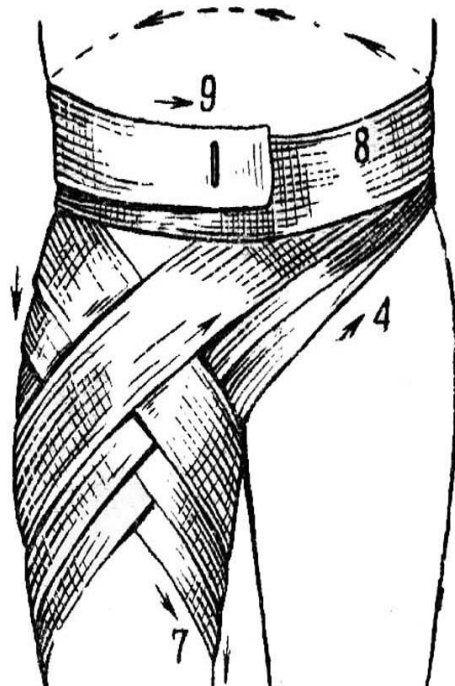


Рис. 12. Колосовидная повязка на область тазобедренного сустава

В нижней части живота фиксирующие туры накладывают в области таза над лонным сочленением и ведут спиральные туры снизу вверх. Спиральная повязка, как правило, плохо удерживается без дополнительной фиксации. Повязку наложенную на всю область живота или ее нижние отделы, укрепляют на бедрах с помощью колосовидной повязки.

Колосовидная повязка на область тазобедренного сустава

Накладывается при повреждениях в области тазобедренного сустава и прилегающих к нему областей (рис. 12.). Бинтование осуществляется широким бинтом. Линия перекрещивания туров бинта соответствует той части повязки, которая наиболее надежно фиксирует перевязочный материал, укрывающий рану. По расположению линии перекрещивания туров бинта, различают следующие виды колосовидных повязок: передняя, боковая, задняя, двусторонняя.

Различают также восходящую и нисходящую колосовидную повязку. При повреждении слева, оказывающий помощь держит головку бинта в правой руке и выполняет бинтование слева направо, при повреждении справа – головка бинта в левой руке и бинтование выполняется справа налево.

Двусторонняя колосовидная повязка на область таза

Начинается с укрепляющих круговых туров вокруг живота. С правой стороны живота бинт ведут косо вниз к передней поверхности левого бедра, обходят бедро вокруг до пересечения с предыдущим ходом на передней поверхности

бедра (рис. 13.). Отсюда поднимают бинт на туловище. Обводят его вокруг спины снова на правую сторону.

Далее ведут бинт вниз на правое бедро, обходят его вокруг с внутренней стороны и по передней поверхности пересекают предыдущий тур.

Затем снова косо возвращают бинт по передней поверхности живота на туловище, делают полукруговой ход вокруг спины и ведут бинт опять на левое бедро, повторяя предыдущие туры. Каждый последующий тур смещается кверху от предыдущего. Повязку заканчивают фиксирующим циркулярным туром вокруг живота.

Колосовидная повязка на промежность

После фиксирующего тура вокруг живота бинт ведут косо с правой боковой поверхности живота по его передней поверхности на промежность и со стороны внутренней поверхности левого бедра делают полукруговой ход по задней поверхности с переходом на переднюю поверхность левого бедра. Затем ход бинта ведут косо по передней поверхности живота к началу этого хода, то есть к правой боковой поверхности живота. Делают ход вокруг спины, и уже слева бинт направляют косо через живот на промежность, огибают полукруговым ходом заднюю поверхность левого бедра и снова возвращаются на боковую поверхность туловища, после чего повторяют уже известные туры.

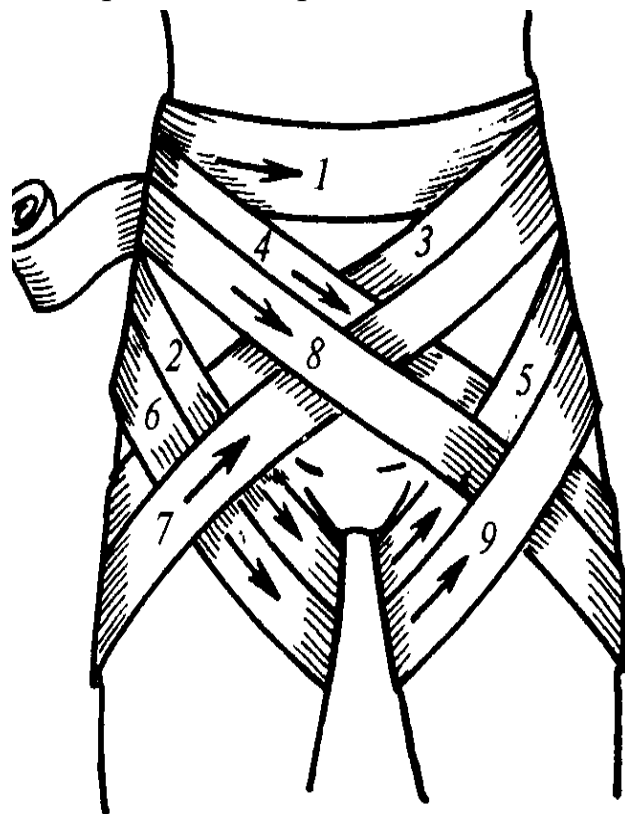


Рис. 13. Двусторонняя колосовидная повязка на область таза

T-образная повязка на промежность

При необходимости повязка может быть быстро наложена и снята. Повязка проста в изготовлении. Горизонтальную полосу бинта накладывают вокруг талии и завязывают в области живота. Вертикальные полосы, проходящие через промежность и удерживающие перевязочный материал, фиксируют к горизонтальной полосе в области живота.

Косыночная повязка на область тазобедренного сустава и ягодичную область. Серединой косынки покрывают наружную поверхность ягодицы, располагая основание косынки в верхней трети бедра. Верхушку косынки укрепляют к поясу или ко второй косынке сложенной по длине и проведенной вокруг туловища. Затем концы косынки обводят вокруг бедра и связывают на его наружной поверхности.

5. Бинтовые, косыночные, повязки на верхние и нижние конечности, правила их наложения

Колосовидная повязка на большой палец

Применяют для закрытия области пястно-фалангового сустава и возвышения большого пальца кисти. Ширина бинта – 10 см.

После закрепления ходов над запястьем, бинт ведут по тылу кисти к кончику пальца, обвивают вокруг него и по тыльной поверхности снова ведут на предплечье.

Такими ходами доходят до основания пальца и конец бинта закрепляют на запястье. Для закрытия всего большого пальца повязку дополняют возвращающимися турами.

Крестообразная повязка на кисть

Закрывает тыльную и ладонную поверхности кисти, кроме пальцев, фиксирует лучезапястный сустав, ограничивая объем движений. Ширина бинта – 10 см.

Бинтование начинают с закрепляющих круговых туров на предплечье. Затем бинт ведут по тылу кисти на ладонь, вокруг кисти к основанию второго пальца. Отсюда по тылу кисти бинт косо возвращают на предплечье.

Для более надежного удержания перевязочного материала на кисти, крестообразные ходы дополняют круговыми ходами бинта на кисти. Завершают наложение повязки круговыми турами над запястьем.

Косыночная повязка на кисть

Укладывают косынку так, чтобы основание ее располагалось в нижней трети предплечья и над областью лучезапястного сустава. Кисть укладывают ладонью на косынку и верхушку косынки загибают на тыл кисти. Концы косынки несколько раз обводят вокруг предплечья над запястьем и связывают.

Спиральная повязка на предплечье

Для наложения повязки используют бинт шириной 10 см. Бинтование начинают с круговых укрепляющих туров в нижней трети предплечья и нескольких восходящих спиральных туров.

Поскольку предплечье имеет конусовидную форму, плотное прилегание бинта к поверхности тела обеспечивается бинтованием в виде спиральных туров с перегибами до уровня верхней трети предплечья. Для выполнения перегиба нижний край бинта придерживают первым пальцем левой руки, а правой рукой делают перегиб по направлению к себе на 180 градусов.

Верхний край бинта становится нижним, а нижний становится верхним. При следующем туре перегиб бинта повторяют. Повязку фиксируют циркулярными турами бинта в верхней трети предплечья.

Черепашья повязка на область локтевого сустава.

При повреждении непосредственно в области локтевого сустава накладывают сходящуюся черепашью повязку. Если повреждение располагается выше или ниже сустава, применяют расходящуюся черепашью повязку. Ширина бинта – 10 см.



Рис. 14. Сходящая черепашья повязка на локтевой сустав

Сходящаяся черепашья повязка

Рука согнута в локтевом суставе под углом в 90 градусов (Рис. 14.). Бинтование начинают круговыми укрепляющими турами либо в нижней трети плеча над локтевым суставом, либо в верхней трети предплечья. Затем восьмиобразными турами закрывают перевязочный материал в области повреждения. Ходы бинта перекрещиваются только в области локтевого сгиба. Восьмиобразные туры бинта постепенно смещают к центру сустава. Заканчивают повязку циркулярными турами по линии сустава.

Косыночная повязка на область локтевого сустава

Косынку подводят под заднюю поверхность локтевого сустава так, чтобы основание косынки находилось под предплечьем, а верхушка – под нижней третью плеча. Концы косынки проводят на переднюю поверхность локтевого сустава, где их перекрещивают, обводят вокруг нижней трети плеча и связывают. Верхушку прикрепляют к перекрещенным концам косынки на задней поверхности плеча.

Спиральная повязка на плечо

Область плеча закрывают обычной спиральной повязкой или спиральной повязкой с перегибами (рис. 15.). Используют бинт шириной 10 – 14 см. В верхних отделах плеча, чтобы предотвратить сползание повязки, бинтование можно закончить турами колосовидной повязки.

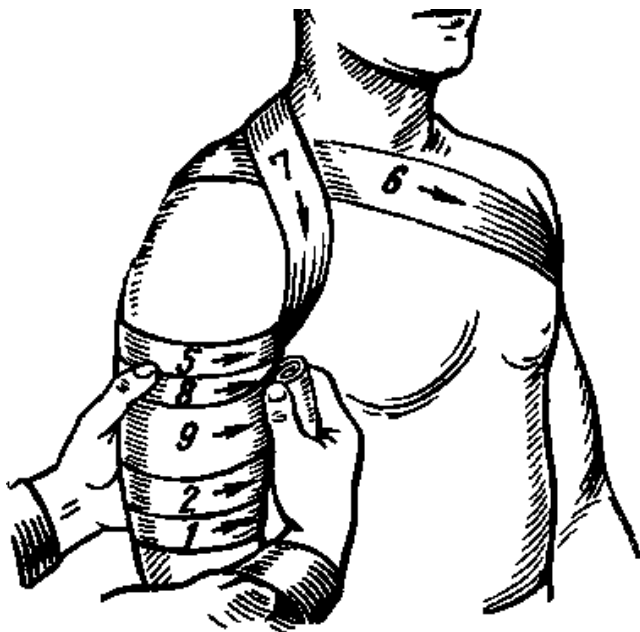


Рис. 15. Спиральная повязка на плечо

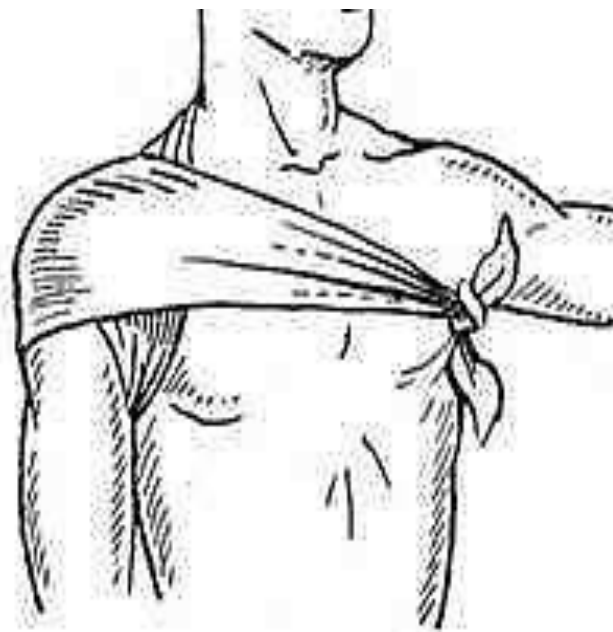


Рис. 16. Косыночная повязка на область плечевого сустава

Косыночная повязка на область плечевого сустава

Медицинскую косынку складывают галстуком и середину ее подводят в подмышечную ямку(рис.16), концы повязки перекрещивают над плечевым суставом, проводят по передней и задней поверхностям грудной клетки и связывают в подмышечной области здоровой стороны.

Повязки на нижние конечности

Возвращающаяся повязка на пальцы стопы. Применяют при заболеваниях и повреждениях пальцев стопы.

Ширина бинта 3-5 см. Повязка обычно применяется для удержания перевязочного материала на ранах 1 пальца стопы и редко для закрытия других пальцев, которые бинтуют обычно вместе со всей стопой.

Повязку начинают от подошвенной поверхности основания пальца, закрывают кончик пальца и ведут бинт по его тыльной поверхности до основания. Делают перегиб и ползучим ходом выводят бинт к кончику пальца.

Затем спиральными турами бинтуют его до основания, где повязку фиксируют.

Повязка на пяточную область (по типу «Черепашьей»)

Применяется для полного закрытия области пятки по типу расходящейся черепашьей повязки (рис. 17а).

Ширина бинта - 10 см.

Бинтование начинают с круговых фиксирующих туров на голени над лодыжками. Затем косо вниз по тыльной поверхности ведут ход бинта на голеностопный сустав.

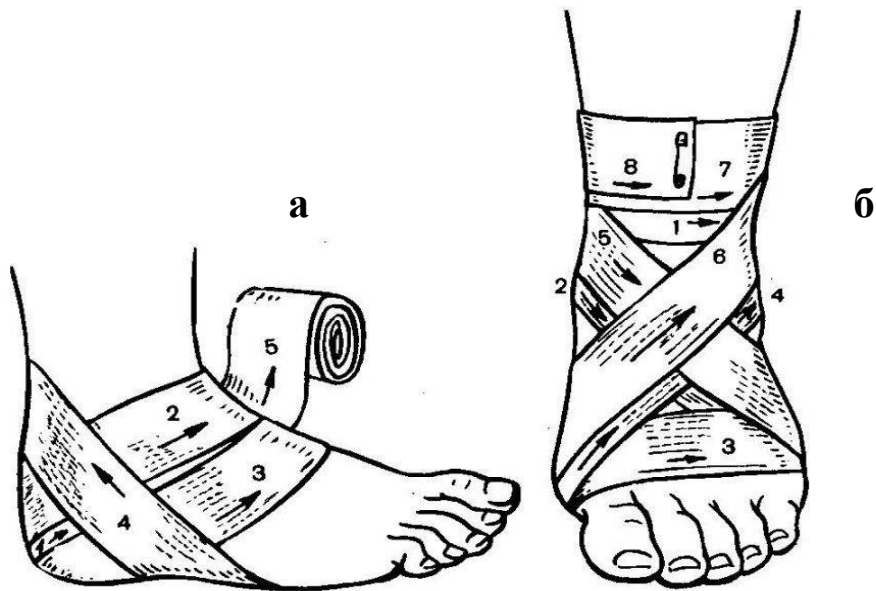


Рис. 17. Повязка на стопу: а - повязка на пяточную область (по типу «черепашьей»), б - крестообразная (восьмиобразная) повязка на стопу.

Накладывают первый круговой тур через наиболее выступающую часть пятки и тыльную поверхность голеностопного сустава и добавляют к нему круговые ходы выше и ниже первого. Однако в данном случае наблюдается неплотное прилегание туров бинта к поверхности стопы. Чтобы избежать этого, туры повязки укрепляют дополнительным косым ходом бинта, идущим от задней поверхности голеностопного сустава вниз и кпереди до наружной боковой поверхности стопы. Затем по подошвенной поверхности ход бинта ведут к внутреннему краю стопы и продолжают накладывать расходящиеся туры черепашьей повязки. Повязку заканчивают круговыми турами в нижней трети голени над лодыжками.

Крестообразная (восьмиобразная) повязка на стопу

Позволяет надежно фиксировать голеностопный сустав при повреждении связок и некоторых заболеваниях сустава (Рис.17б).

Ширина бинта – 10 см.

Стопу устанавливают в положении под прямым углом по отношению к голени. Бинтование начинают с круговых фиксирующих туров в нижней трети голени над лодыжками. Затем ведут ход бинта косо по тыльной поверхности голеностопного сустава к боковой поверхности стопы (к наружной на левой стопе и к внутренней на правой стопе). Выполняют круговой ход вокруг стопы. Далее с противоположной боковой поверхности стопы по ее тылу косо вверх пересекают предыдущий ход бинта и возвращаются на голень. Вновь выполняют круговой ход над лодыжками и повторяют восьмиобразные ходы бинта 5-6 раз для создания надежной фиксации голеностопного сустава.

Повязку заканчивают круговыми турами на голени над лодыжками.

Черепашья повязка на область коленного сустава

Позволяет надежно удерживать перевязочный материал в области коленного сустава и непосредственно прилегающих к нему областей, при этом движения

в суставе ограничиваются незначительно. При повреждении непосредственно в области коленного сустава накладывают сходящуюся черепашью повязку, при повреждении рядом с коленным суставом – расходящуюся. Повязка накладывается в положении незначительного сгибания в суставе. Ширина бинта – 10 см.

Сходящаяся черепашья повязка на область коленного сустава

Бинтование начинают закрепляющими круговыми турами в нижней трети бедра над коленным суставом или в верхней трети голени под коленным суставом в зависимости от того, где расположена рана или другое повреждение (рис. 18а). Затем накладывают сходящиеся восьмиобразные туры бинта, перекрещи-

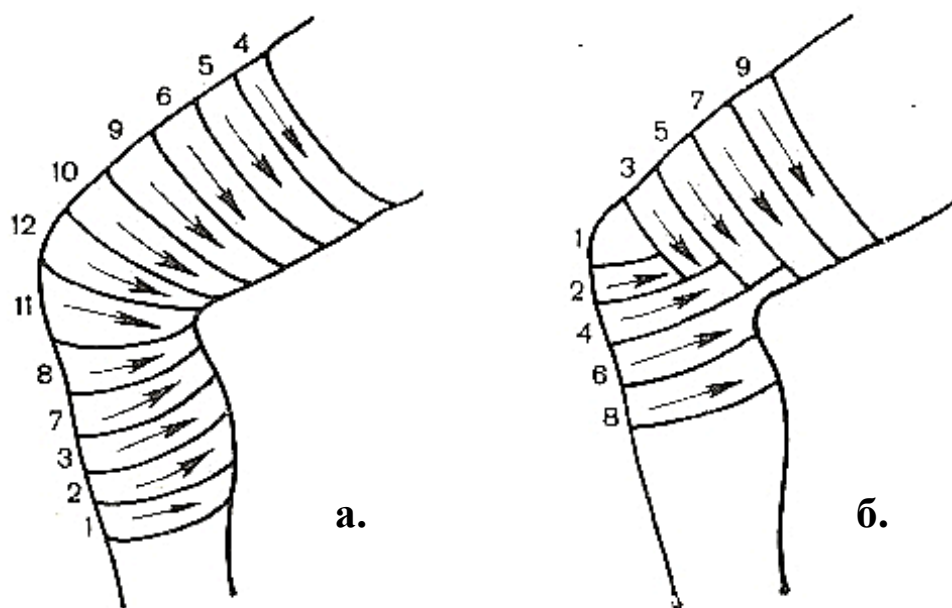


Рис. 18. Черепашья повязка на коленный сустав:
а – сходящаяся; б – расходящаяся

вающиеся в подколенной области. Повязку заканчивают круговыми турами в верхней трети голени под коленным суставом.

Расходящаяся черепашья повязка на область коленного сустава

Бинтование начинают закрепляющими круговыми турами через наиболее выступающую часть надколенника. Затем выполняют восьмиобразные расходящиеся ходы, перекрещивающиеся в подколенной области (рис. 18б). Повязку заканчивают круговыми турами в верхней трети голени или нижней трети бедра в зависимости от того, где расположено повреждение.

При необходимости наложить повязку на нижнюю конечность в разогнутом положении, применяют спиральную технику бинтования с перегибами. Повязка начинается с круговых ходов в верхней трети голени и заканчивается фиксирующими турами в нижней трети бедра, как правило, такие повязки на бедре удерживаются плохо, легко соскальзывают. Поэтому рекомендуется завершать повязку турами колосовидной повязки на область тазобедренного сустава.

III. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Перечислить основные бинтовые и косыночные повязки на голову и шею?
2. Перечислить основные бинтовые и косыночные повязки на живот и промежности?
3. Особенности наложения повязки при проникающем ранении груди?

IV. ЗАДАНИЕ НА САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ

1. Закрепить практические навыки при наложении бинтовых и косыночных повязок на все части тела.
2. Используя литературу по данному виду занятия, повторить, понятие о ранах, раневом процессе.

Разработал ст. преподаватель
подполковник Д. Груздев

____. ____ . 20__ года.

Рецензировал начальник 2-го отдела
полковник В. Козырев

____. ____ . 20__ года.

V. ЗАМЕЧАНИЯ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНЯТИЯ

ЗАДАНИЕ НА ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕ

по дисциплине «Медицинское обеспечение»

Тема № 2

«Важнейшие системы организма человека, содержание и правила оказания первой медицинской помощи»

Занятие № 3

«Первая медицинская помощь при ранениях. Основные виды повязок и правила их наложения»

I. УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Бинтовые и косыночные повязки на голову, шею и грудь, техника их наложения. Правила наложения повязки при проникающем ранении груди.
2. Бинтовые, косыночные контурные повязки на живот и промежность.
3. Бинтовые, косыночные, контурные и трубчатые повязки на верхние и нижние конечности, правила их наложения.

II. ЗАДАНИЕ И УКАЗАНИЯ ОБУЧАЮЩИМСЯ ПО ПОДГОТОВКЕ И ВЫПОЛНЕНИЮ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

На самостоятельной работе повторить:

1. Основные бинтовые и косыночные повязки на голову, шею и грудь, техника их наложения. Правила наложения повязки при проникающем ранении груди.
2. Основные бинтовые, косыночные контурные повязки на живот и промежность, техника их наложения.
3. Основные бинтовые, косыночные, на верхние и нижние конечности, правила их наложения.

При отработке первого учебного вопроса:

Для наложения повязок на голову и шею используют бинт шириной – 10см.

Круговая (циркулярная) повязка на голову.

Применяется при небольших повреждениях в лобной, височной и затылочной областях. Круговые туры проходят через лобные бугры, над ушными раковинами и через затылочный бугор, что позволяет надежно удерживать повязку на голове. Конец бинта фиксируется узлом в области лба.

Крестообразная повязка на голову



Рис. 1 Крестообразная повязка на голову

Повязка удобна при повреждениях задней поверхности шеи и затылочной области (рис. 1.).

Сначала накладывают закрепляющие круговые туры на голове.

Затем ход бинта ведут косо вниз позади левого уха на заднюю поверхность шеи, по правой боковой поверхности шеи, переходят на шею спереди, ее боковую поверхность слева и косо поднимают ход бинта по задней поверхности шеи над правым ухом на лоб.

Ходы бинта повторяют необходимое количество раз до полного закрытия перевязочного материала покрывающего рану. Повязку заканчивают круговыми турами вокруг головы.

Повязка «Шапочка Гиппократа»

Повязка позволяет достаточно надежно удерживать перевязочный материал на волосистой части головы. Накладывают повязку с помощью двух бинтов.

Первым бинтом выполняют два – три круговых укрепляющих тура вокруг головы. Начало второго бинта фиксируют одним из круговых туров первого бинта, затем ход второго бинта через свод черепа проводят до пересечения с круговым ходом первого бинта в области лба.

После перекреста, тур второго бинта через свод черепа возвращают на затылок, прикрывая слева предыдущий тур на половину ширины бинта. Выполняют перекрест бинтов в затылочной области и следующий тур бинта проводят через свод черепа справа от центрального тура. Количество возвращающихся ходов бинта справа и слева должно быть одинаковым. Заканчивают наложение повязки двумя – тремя круговыми турами.

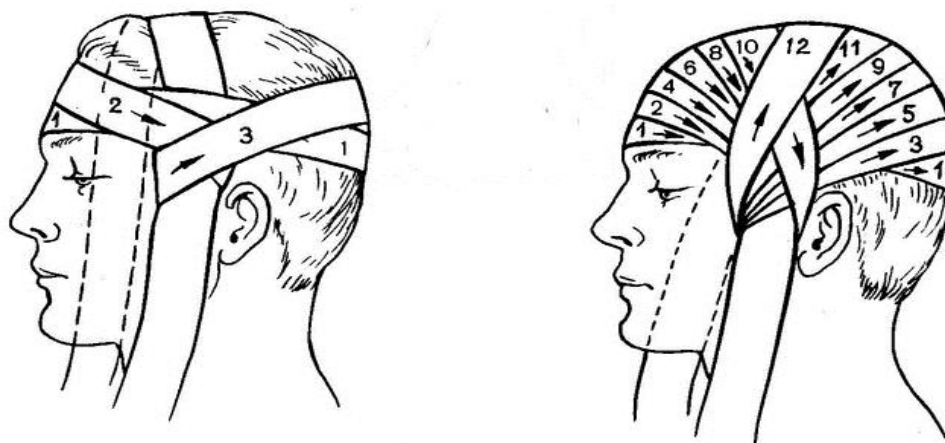


Рис. 2 . Повязка "Чепец"

Повязка «чепец»

Простая, удобная повязка, прочно фиксирует перевязочный материал на волосистой части головы (рис.2).

Отрезок бинта (завязку) длиной около 0,8 м помещают на темя и концы его опускают вниз кпереди от ушей. Раненый или помощник удерживает концы завязки с натяжением.

Выполняют два закрепляющих круговых тура бинта вокруг головы. Третий тур бинта проводят над завязкой, обводят его вокруг завязки и косо ведут через область лба к завязке на противоположной стороне. Вновь оборачивают тур бинта вокруг завязки и ведут его через затылочную область на противоположную сторону. При этом каждый ход бинта перекрывает предыдущий на $\frac{2}{3}$ или $\frac{1}{2}$. Подобными ходами бинта закрывают всю волосистую часть головы. Заканчивают наложение повязки круговыми турами на голове или фиксируют конец бинта узлом к одной из завязок. Концы завязки связывают узлом под нижней челюстью.

Повязка «уздечка»

Применяется для удержания перевязочного материала на ранах в теменной области и ранениях нижней челюсти (рис. 3). Первые закрепляющие круговые ходы идут вокруг головы. Далее по затылку ход бинта ведут косо на правую сторону шеи, под нижнюю челюсть и делают несколько вертикальных круговых ходов, которыми закрывают темя или подчелюстную область в зависимости от локализации повреждения.

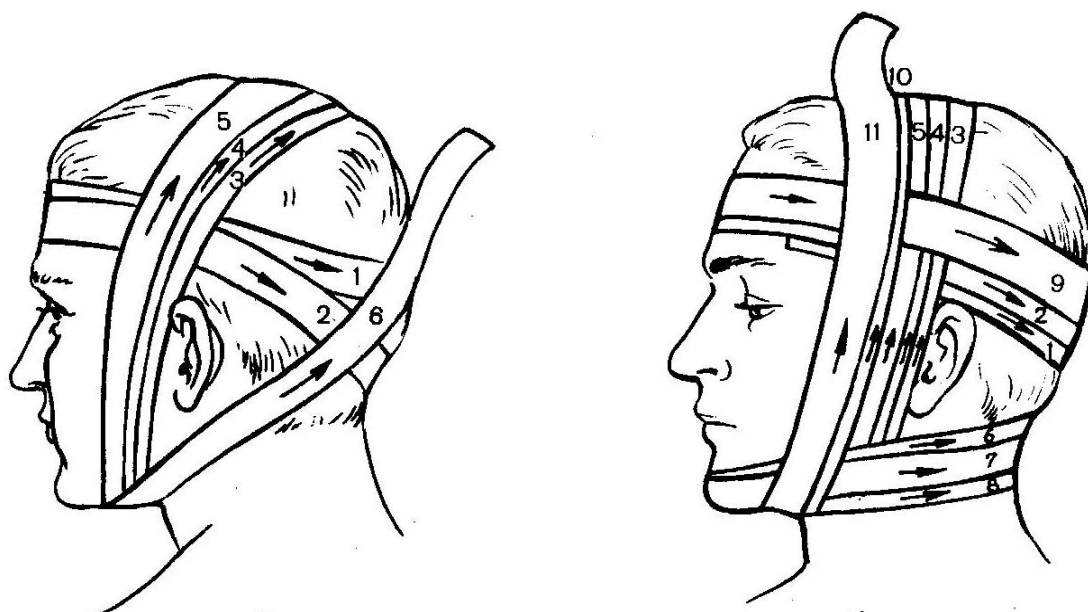


Рис. 3 Повязка «уздечка»

Затем бинт с левой стороны шеи ведут косо по затылку в правую височную область и двумя-тремя горизонтальными циркулярными ходами вокруг головы закрепляют вертикальные туры бинта. В случае повреждения в области подбородка, повязку дополняют горизонтальными круговыми ходами с захватом подбородка.

После выполнения основных туров повязки «уздечка», проводят ход бинта вокруг головы и ведут его косо по затылку, правой боковой поверхности шеи и делают несколько горизонтальных круговых ходов вокруг подбородка. Затем переходят на вертикальные круговые ходы, которые проходят через подчелюстную и теменную области. Далее ход бинта через левую поверхность шеи и затылок возвращают на голову и делают круговые туры вокруг головы, после чего все туры бинта повторяют в описанной последовательности.

При наложении повязки «уздечка» раненый должен держать рот приоткрытым, либо под подбородок во время бинтования подкладывается палец, чтобы повязка не мешала открывать рот и не сдавливала шею.



Рис. 4 Повязка на один глаз - монокулярная

Повязка на один глаз - монокулярная

Вначале накладывают горизонтальные закрепляющие туры вокруг головы. Затем в области затылка бинт ведут вниз под ухо и проводят косо вверх по щеке на пораженный глаз. Третий ход (закрепляющий) делают вокруг головы. Четвертый и последующие ходы чередуют таким образом, чтобы один ход бинта шел под ухо на пораженный глаз, а следующий являлся закрепляющим. Бинтование заканчивают круговыми ходами на голове (рис.2.5.).

Повязка на правый глаз бинтуется слева направо, на левый глаз - справа налево.

Повязка на оба глаза – бинокулярная

Начинается круговыми закрепляющими турами вокруг головы, затем так же, как и при наложении повязки на правый глаз. После чего ход бинта ведут сверху вниз на левый глаз. Затем бинт направляют под левое ухо и по затылочной области под правое ухо, по правой щеке на правый глаз. Туры бинта смещаются книзу и к центру. С правого глаза ход бинта возвращается над левым ухом на затылочную область, проходит над правым ухом на лоб и снова переходит на левый глаз. Повязку заканчивают круговыми горизонтальными турами бинта через лоб и затылок.

Косыночные повязки на голову. Основание косынки располагают в области затылка, верхушку спускают на лицо. Концы косынки связывают на лбу. Верхушку заворачивают над связанными концами кверху и укрепляют английской булавкой.

Пращевидные повязки

Пращевидные повязки головы позволяют удерживать перевязочный материал в области носа (рис.5а), верхней и нижней губы, подбородка (рис.5в), а также на ранах затылочной, теменной и лобной областей (рис.5б).

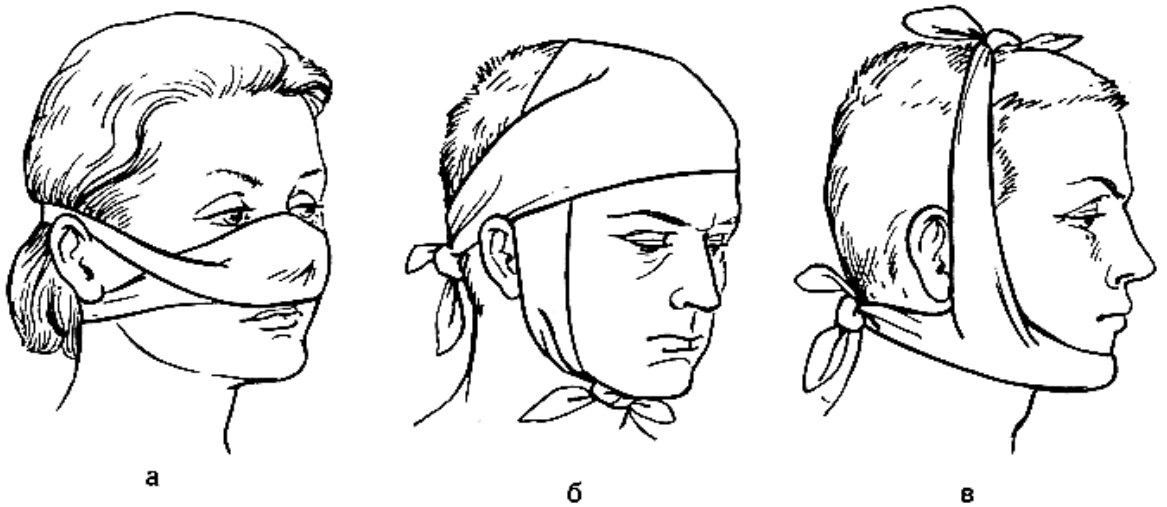


Рис. 5 Пращевидная повязка: а - области носа, б - подбородка, в - теменной и лобной областей.

Неразрезанной частью пращи закрывают асептический материал в области раны, а концы ее перекрещивают и связывают сзади (верхние - в области шеи, нижние - на затылке либо на темени).

Для удержания перевязочного материала на затылке пращу делают из широкой полосы марли или материи. Концы такой повязки пересекаются в височных областях. Их связывают на лбу и под нижней челюстью.

Таким же образом накладывают пращевидную повязку на теменную область и лоб. Концы повязки при этом связывают на затылке и под нижней челюстью.

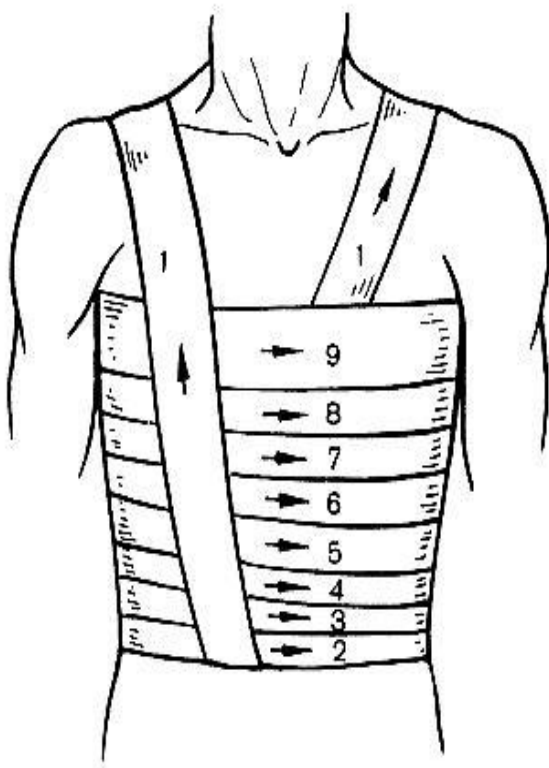


Рис. 6. Спиральная повязка груди

Повязки на грудную клетку

Конусовидная форма грудной клетки и изменение ее объема во время дыхания часто приводят к сползанию повязок. Бинтование грудной клетки следует выполнять широкими бинтами и применять дополнительные приемы укрепления повязок.

Для наложения повязок на грудь используют марлевые бинты шириной 10 см, 14 см и 16 см.

Спиральная повязка на грудь

Применяется при ранениях грудной клетки, переломах ребер, лечении гнойных ран (рис.6). Перед наложением повязки марлевый бинт длиной около метра укладывают серединой на левое надплечье. Одна часть бинта свободно

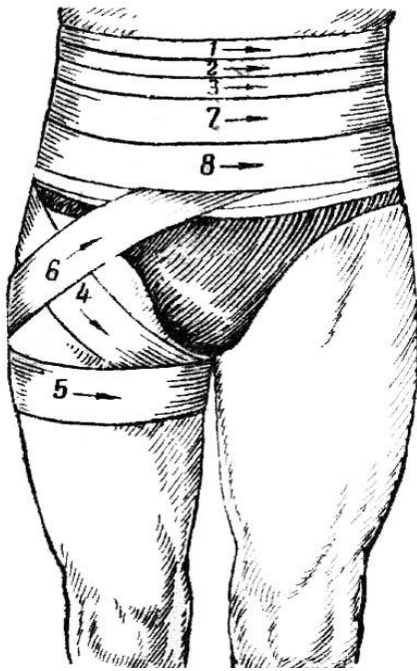


Рис. 7 Спиральная повязка, на область живота, укрепленная на бедрах турами колосовидной повязки

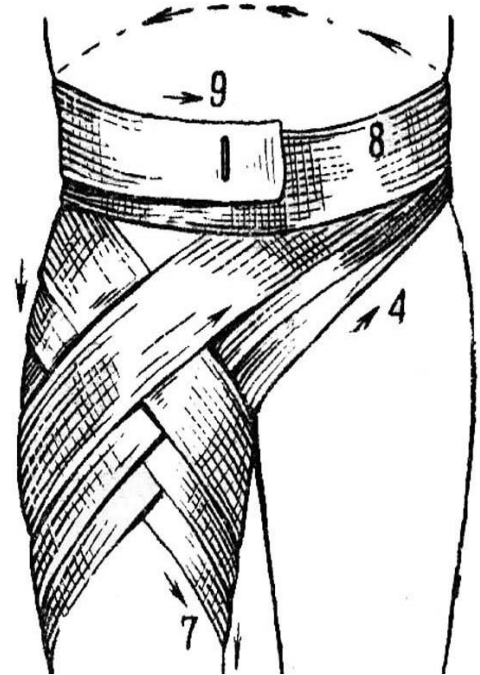


Рис. 8 Колосовидная повязка на область тазобедренного сустава

свисает на грудь, другая – на спину. Затем другим бинтом накладывают закрепляющие круговые туры в нижних отделах грудной клетки и спиральными ходами (3-10) снизу вверх бинтуют грудь до подмышечных впадин, где закрепляют повязку двумя-тремя круговыми турами. Каждый тур бинта перекрывает предыдущий на 1/2 или 2/3 его ширины.

Концы бинта, свободно свисают на груди, укладывают через правое надплечье и связывают со вторым концом, свисающим на спине. Создается как бы портупея, которая поддерживает спиральные ходы бинта.

НАЛОЖЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ПОВЯЗКИ НА ГОЛОВУ.

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: «Раненый» и обучаемый лежат. перевязочные материалы и другие средства оказания первой медицинской помощи находятся в руках обучаемого или рядом с ним. При наложении повязки время отсчитывается от начала разворачивания перевязочного материала до закрепления повязки. Время, затраченное на обнаружение раны, не учитывается. По команде: «ПЕРВИЧНУЮ ПОВЯЗКУ НА ПРАВЫЙ (ЛЕВЫЙ) ГЛАЗ (ПРАВОЕ (ЛЕВОЕ) УХО) НАЛОЖИТЬ!» обучаемый обнаруживает рану и приступает к наложению повязки.

Название	Содержание	Порядок и последовательность выполнения	Категория	Время выполнения на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
Повязка НА ПРАВЫЙ (ЛЕВЫЙ) ГЛАЗ	Остановить кровотечение при ранении глаза, предупредить инфицирование раны (ожоговой поверхности, места обморожения) и выпадения глазного яблока путем наложения повязки.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снять головной убор с «раненного». 2. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет или бинт (норматив №1). 3. Подушечки ППИ сложить и положить на глаз. Бинт закрепить двумя круговыми горизонтальными ходами вокруг головы, разматывая его слева направо, при наложении повязки на правый глаз, и справа налево при наложении повязки на левый. 4. Затем бинт вести сзади вниз на затылок, под ухо со стороны больного глаза, наискось через щеку вверх, закрывая больной глаз. Косой ход бинта закрепить круговым ходом вокруг головы. 5. Далее чередовать косые и круговые ходы, закрывая область поврежденного глаза и закрепить повязку. 	солдаты	1.50	1.55	2.00
Ошибки снижающие оценку	На один балл	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неправильное положение бинта. 2. Слабое или чрезмерно тугое наложение повязки. 3. При наложении повязки образовались складки, морщины. 4. Повязка сползает с глаза. 5. Повязка не закреплена или закреплена над раной. 				
Повязка НА ПРАВОЕ (ЛЕВОЕ) УХО.	Остановить кровотечение при ранении глаза, предупредить инфицирование раны (ожоговой поверхности, места обморожения) и выпадения глазного яблока путем наложения повязки.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Снять головной убор с «раненного». 2. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет или бинт (норматив №1). 3. Подушечки ППИ сложить и положить на ухо. Бинт закрепить двумя горизонтальными круговыми ходами вокруг головы, разматывая его слева направо при наложении повязки на правое ухо, и справа налево при наложении повязки на левое ухо. 4. Вести бинт вокруг затылка на правое (левое) ухо и один ход вокруг головы, закрепляя предыдущий ход бинта. <p>Далее чередовать ход бинта на ухо и вокруг головы, заканчивая повязку закреплением конца бинта.</p>	солдаты	1.50	1.55	2.00
Ошибки снижающие оценку	На один балл	<ol style="list-style-type: none"> 1. Неправильное положение бинта. 2. Слабое или чрезмерно тугое наложение повязки. 3. При наложении повязки образовались складки, морщины. 4. Повязка сползает с уха. 5. Повязка не закреплена или закреплена над раной. 				

Бинтовые, косыночные контурные повязки на живот и промежность

При наложении повязки на область живота или таза на месте ранения или несчастного случая, для бинтования используются марлевые бинты шириной 10 см, 14 см и 16 см.

Спиральная повязка на живот

В верхней части живота укрепляющие круговые туры накладывают в нижних отделах грудной клетки и бинтуют живот, спиральными ходами сверху вниз, закрывая область повреждения (рис. 7.).

В нижней части живота фиксирующие туры накладывают в области таза над лонным сочленением и ведут спиральные туры снизу вверх. Спиральная повязка, как правило, плохо удерживается без дополнительной фиксации. Повязку наложенную на всю область живота или ее нижние отделы, укрепляют на бедрах с помощью колосовидной повязки.

Колосовидная повязка на область тазобедренного сустава

Накладывается при повреждениях в области тазобедренного сустава и прилегающих к нему областей (рис. 8). Бинтование осуществляется широким бинтом. Линия перекрещивания туров бинта соответствует той части повязки, которая наиболее надежно фиксирует перевязочный материал, укрывающий рану. По расположению линии перекрещивания туров бинта, различают следующие виды колосовидных повязок: передняя, боковая, задняя, двусторонняя.

Различают также восходящую и нисходящую колосовидную повязку. При повреждении слева, оказывающий помощь держит головку бинта в правой руке и выполняет бинтование слева направо, при повреждении справа – головка бинта в левой руке и бинтование выполняется справа налево.

Двусторонняя колосовидная повязка на область таза

Начинается с укрепляющих круговых туров вокруг живота. С правой стороны живота бинт ведут косо вниз к передней поверхности левого бедра, обходят бедро вокруг до пересечения с предыдущим ходом на передней поверхности бедра (рис. 9). Отсюда поднимают бинт на туловище. Обводят его вокруг спины снова на правую

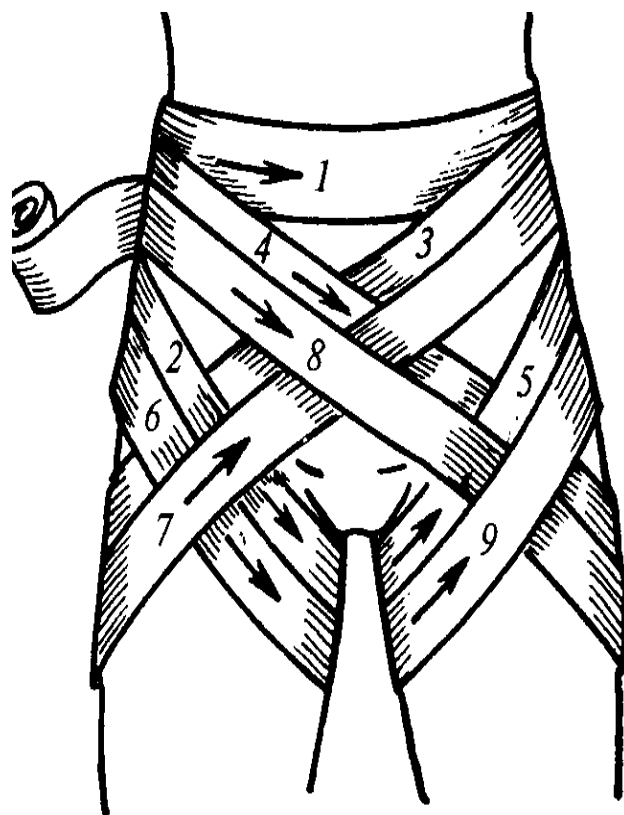


Рис. 9 Двусторонняя колосовидная повязка на область таза

сторону.

Далее ведут бинт вниз на правое бедро, обходят его вокруг с внутренней стороны и по передней поверхности пересекают предыдущий тур.

Затем снова косо возвращают бинт по передней поверхности живота на туловище, делают полукруговой ход вокруг спины и ведут бинт опять на левое бедро, повторяя предыдущие туры. Каждый последующий тур смещается вверх от предыдущего. Повязку заканчивают фиксирующим циркулярным туром вокруг живота.

Колосовидная повязка на промежность

После фиксирующего тура вокруг живота бинт ведут косо с правой боковой поверхности живота по его передней поверхности на промежность и со стороны внутренней поверхности левого бедра делают полукруговой ход по задней поверхности с переходом на переднюю поверхность левого бедра. Затем ход бинта ведут косо по передней поверхности живота к началу этого хода, то есть к правой боковой поверхности живота. Делают ход вокруг спины, и уже слева бинт направляют косо через живот на промежность, огибают полукруговым ходом заднюю поверхность левого бедра и снова возвращаются на боковую поверхность туловища, после чего повторяют уже известные туры.

T-образная повязка на промежность

При необходимости повязка может быть быстро наложена и снята. Повязка проста в изготовлении. Горизонтальную полосу бинта накладывают вокруг талии и завязывают в области живота. Вертикальные полосы, проходящие через промежность и удерживающие перевязочный материал, фиксируют к горизонтальной полосе в области живота.

Косыночная повязка на область тазобедренного сустава и ягодичную область. Серединой косынки покрывают наружную поверхность ягодицы, располагая основание косынки в верхней трети бедра. Верхушку косынки укрепляют к поясу или ко второй косынке сложенной по длине и проведенной вокруг туловища. Затем концы косынки обводят вокруг бедра и связывают на его наружной поверхности.

При отработке 2го учебного вопроса

НАЛОЖЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ПОВЯЗКИ НА ВЕРХНИЕ КОНЕЧНОСТИ И ГРУДНУЮ КЛЕТКУ.

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: «Раненый» и обучаемый лежат. Перевязочные материалы и другие средства оказания первой медицинской помощи находятся в руках обучаемого или рядом с ним. При наложении повязки время отсчитывается от начала развертывания перевязочного материала до закрепления повязки. Время, затраченное на обнаружение раны, не учитывается. Допускается бинтование поверх обмундирования. По команде: «ПЕРВИЧНУЮ ПОВЯЗКУ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ НАЛОЖИТЬ!» обучаемый обнаруживает рану и приступает к наложению повязки.

Название	Содержание	Порядок и последовательность выполнения	Категория	Время выполнения на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
<p>Восьмиобразная” повязка НА ГРУДЬ (накладывается одним пакетом или бинтом).</p>	<p>Остановить кровотечение, предупредить развитие пневмоторакса, инфицирования раны путем наложения первичной повязки</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет (норматив №1). 2. При проникающем ранении грудной клетки на рану наложить прорезиненную оболочку внутренней стороной, потом марлевые подушечки и прибинтовать. При ранении в грудь без осложнения пневмотораксом на рану наложить марлевые подушечки и начать бинтовать. 3. Бинтование начинать с фиксации бинта несколькими круговыми ходами на грудной клетке. 4. Бинт вывести по передней поверхности груди вверх косо справа на левое предплечье, далее через спину поперечно на правое предплечье и опустить косо под левую подмышечную впадину. Закрепить повязку вокруг груди. Далее бинт направлять через левое надплечье, повторяя 2й и 3й ходы 	солдаты	2.35	2.45	2.55
<p>Ошибки снижающие оценку</p>	<p>На один балл</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Слабая или чрезмерно тугая повязка. 2. Образовались складки или повязка сползает. 3. Повязка не закреплена или закреплена над раной. 				

Бинтовые, косыночные, контурные и трубчатые повязки на верхние и нижние конечности, правила их наложения

Колосовидная повязка на большой палец

Применяют для закрытия области пястно-фалангового сустава и возвышения большого пальца кисти. Ширина бинта – 10 см.

После закрепления ходов над запястьем, бинт ведут по тылу кисти к кончику пальца, обвивают вокруг него и по тыльной поверхности снова ведут на предплечье.

Такими ходами доходят до основания пальца и конец бинта закрепляют на запястье. Для закрытия всего большого пальца повязку дополняют возвращающимися турами.

Крестообразная повязка на кисть

Закрывает тыльную и ладонную поверхности кисти, кроме пальцев, фиксирует лучезапястный сустав, ограничивая объем движений. Ширина бинта – 10 см.

Бинтование начинают с закрепляющих круговых туров на предплечье. Затем бинт ведут по тылу кисти на ладонь, вокруг кисти к основанию второго пальца. Отсюда по тылу кисти бинт косо возвращают на предплечье.

Для более надежного удержания перевязочного материала на кисти, крестообразные ходы дополняют круговыми ходами бинта на кисти. Завершают наложение повязки круговыми турами над запястьем.

Косыночная повязка на кисть

Укладывают косынку так, чтобы основание ее располагалось в нижней трети предплечья над областью лучезапястного сустава. Кисть укладывают ладонью на косынку и верхушку косынки загибают на тыл кисти. Концы косынки несколько раз обводят вокруг предплечья над запястьем и связывают.

Спиральная повязка на предплечье

Для наложения повязки используют бинт шириной 10 см. Бинтование начинают с круговых укрепляющих туров в нижней трети предплечья и нескольких восходящих спиральных туров.

Поскольку предплечье имеет конусовидную форму, плотное прилегание бинта к поверхности тела обеспечивается бинтованием в виде спиральных туров с перегибами до уровня верхней трети предплечья. Для выполнения перегиба нижний край бинта придерживают первым пальцем левой руки, а правой рукой делают перегиб по направлению к себе на 180 градусов.

Верхний край бинта становится нижним, а нижний становится верхним. При следующем туре перегиб бинта повторяют. Повязку фиксируют циркулярными турами бинта в верхней трети предплечья.

Черепашья повязка на область локтевого сустава.

При повреждении непосредственно в области локтевого сустава накладывают сходящуюся черепашью повязку. Если повреждение располагается выше или ниже сустава, применяют расходящуюся черепашью повязку. Ширина бинта – 10 см.



Рис. 10 Сходящая черепашья повязка на локтевой сустав

Сходящаяся черепашья повязка

Рука согнута в локтевом суставе под углом в 90 градусов (Рис.10). Бинтование начинают круговыми укрепляющими турами либо в нижней трети плеча над локтевым суставом, либо в верхней трети предплечья. Затем восьмиобразными турами закрывают перевязочный материал в области повреждения. Ходы бинта перекрещиваются только в области локтевого сгиба. Восьмиобразные туры бинта постепенно смещают к центру сустава. Заканчивают повязку циркулярными турами по линии сустава.

Косыночная повязка на область локтевого сустава

Косынку подводят под заднюю поверхность локтевого сустава так, чтобы основание косынки находилось под предплечьем, а верхушка – под нижней третью плеча. Концы косынки проводят на переднюю поверхность локтевого сустава, где их перекрещивают, обводят вокруг нижней трети плеча и связывают. Верхушку прикрепляют к перекрещенным концам косынки на задней поверхности плеча.

Спиральная повязка на плечо

Область плеча закрывают обычной спиральной повязкой или спиральной повязкой с перегибами (Рис.11). Используют бинт шириной 10 – 14 см. В верхних отделах плеча, чтобы предотвратить сползание повязки, бинтование можно закончить турами колосовидной повязки

Косыночная повязка на область плечевого сустава

Медицинскую косынку складывают галстуком и середину ее подводят в подмышечную ямку (Рис.12), концы повязки перекрещивают над плечевым суставом, проводят по передней и задней поверхностям грудной клетки и связывают в подмышечной области здоровой стороны.

Повязки на нижние конечности

Возвращающаяся повязка на пальцы стопы. Применяют при заболеваниях и повреждениях пальцев стопы.

Ширина бинта 3-5 см. Повязка обычно применяется для удержания перевязочного материала на ранах 1 пальца стопы и редко для закрытия других пальцев, которые бинтуют обычно вместе со всей стопой.

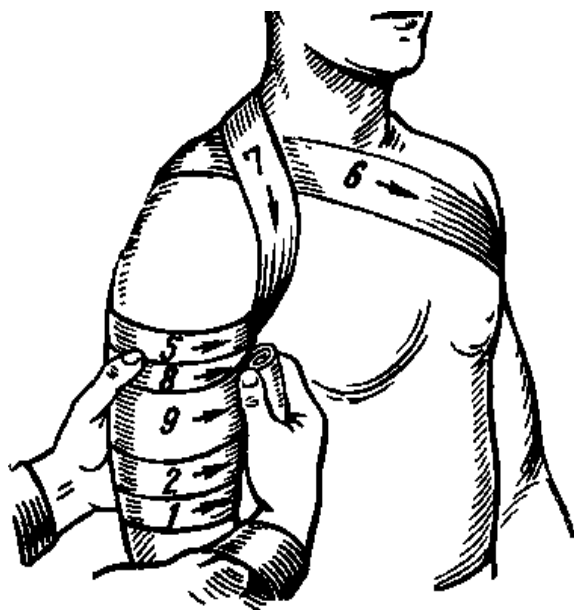


Рис. 11 Спиральная повязка на плечо

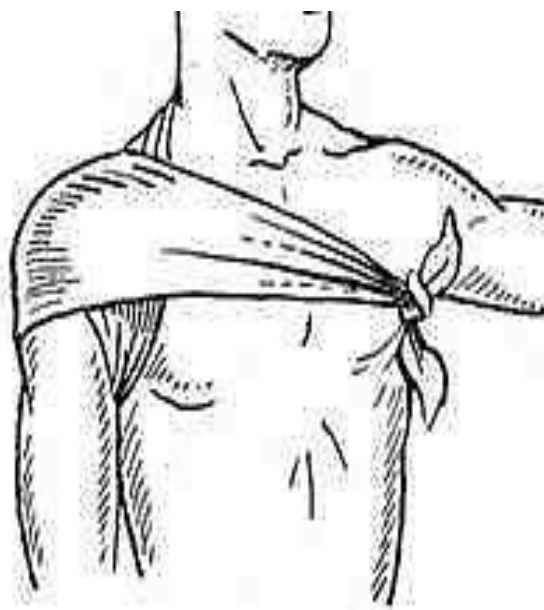


Рис. 12 Косыночная повязка на область плечевого сустава

Повязку начинают от подошвенной поверхности основания пальца, закрывают кончик пальца и ведут бинт по его тыльной поверхности до основания. Делают перегиб и ползучим ходом выводят бинт к кончику пальца.

Затем спиральными турами бинтуют его до основания, где повязку фиксируют.

Повязка на пяточную область (по типу «Черепашьей»)

Применяется для полного закрытия области пятки по типу расходящейся черепашьей повязки (рис. 13а).

Ширина бинта - 10 см.

Бинтование начинают с круговых фиксирующих туров на голени над лодыжками. Затем косо вниз по тыльной поверхности ведут ход бинта на голеностопный сустав.

Накладывают первый круговой тур через наиболее выступающую часть пятки и тыльную поверхность голеностопного сустава и добавляют к нему кру-

говые ходы выше и ниже первого. Однако в данном случае наблюдается неплотное прилегание туров бинта к поверхности стопы. Чтобы избежать этого, туры повязки укрепляют дополнительным косым ходом бинта, идущим от задней поверхности голеностопного сустава вниз и кпереди до наружной боковой

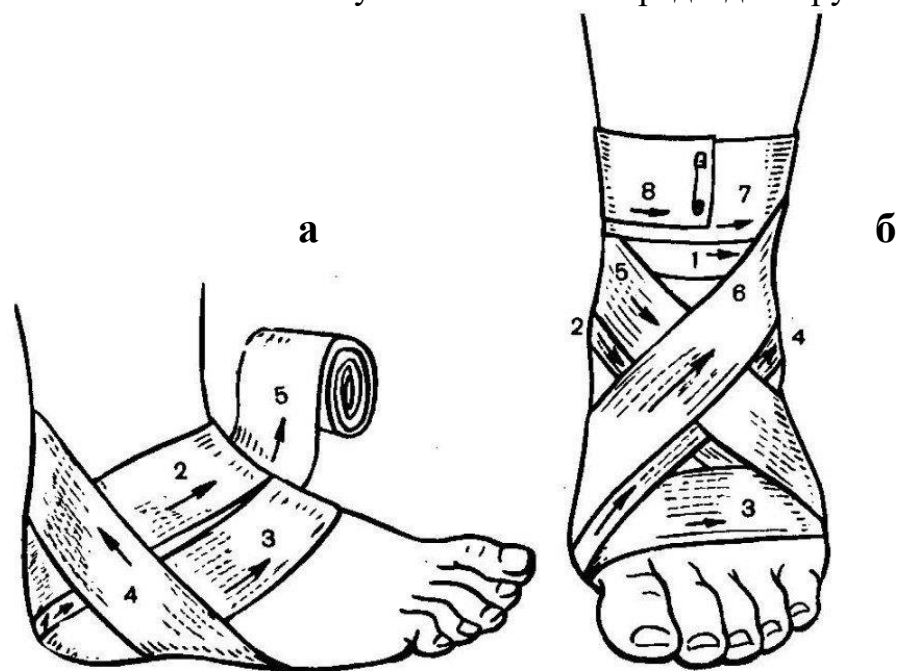


Рис. 13 Повязка на стопу: а - повязка на пяточную область (по типу «черепаший»), б - крестообразная (восьмиобразная) повязка на стопу.

поверхности стопы. Затем по подошвенной поверхности ход бинта ведут к внутреннему краю стопы и продолжают накладывать расходящиеся туры черепаший повязки. Повязку заканчивают круговыми турами в нижней трети голени над лодыжками.

Крестообразная (восьмиобразная) повязка на стопу

Позволяет надежно фиксировать голеностопный сустав при повреждении связок и некоторых заболеваниях сустава (Рис. 13б).

Ширина бинта – 10 см.

Стопу устанавливают в положении под прямым углом по отношению к голени. Бинтование начинают с круговых фиксирующих туров в нижней трети голени над лодыжками. Затем ведут ход бинта косо по тыльной поверхности голеностопного сустава к боковой поверхности стопы (к наружной на левой стопе и к внутренней на правой стопе). Выполняют круговой ход вокруг стопы. Далее с противоположной боковой поверхности стопы по ее тылу косо вверх пересекают предыдущий ход бинта и возвращаются на голень. Вновь выполняют круговой ход над лодыжками и повторяют восьмиобразные ходы бинта 5-6 раз для создания надежной фиксации голеностопного сустава.

Повязку заканчивают круговыми турами на голени над лодыжками.

Черепашья повязка на область коленного сустава

Позволяет надежно удерживать перевязочный материал в области коленного сустава и непосредственно прилегающих к нему областей, при этом движения в суставе ограничиваются незначительно. При повреждении непосредственно в области коленного сустава накладывают сходящуюся черепашью повязку, при повреждении рядом с коленным суставом – расходящуюся. Повязка накладывается в положении незначительного сгибания в суставе. Ширина бинта – 10 см.

Сходящаяся черепашья повязка на область коленного сустава

Бинтование начинают закрепляющими круговыми турами в нижней трети бедра над коленным суставом или в верхней трети голени под коленным суставом в зависимости от того, где расположена рана или другое повреждение (Рис.14а). Затем накладывают сходящиеся восьмиобразные туры бинта, пере-

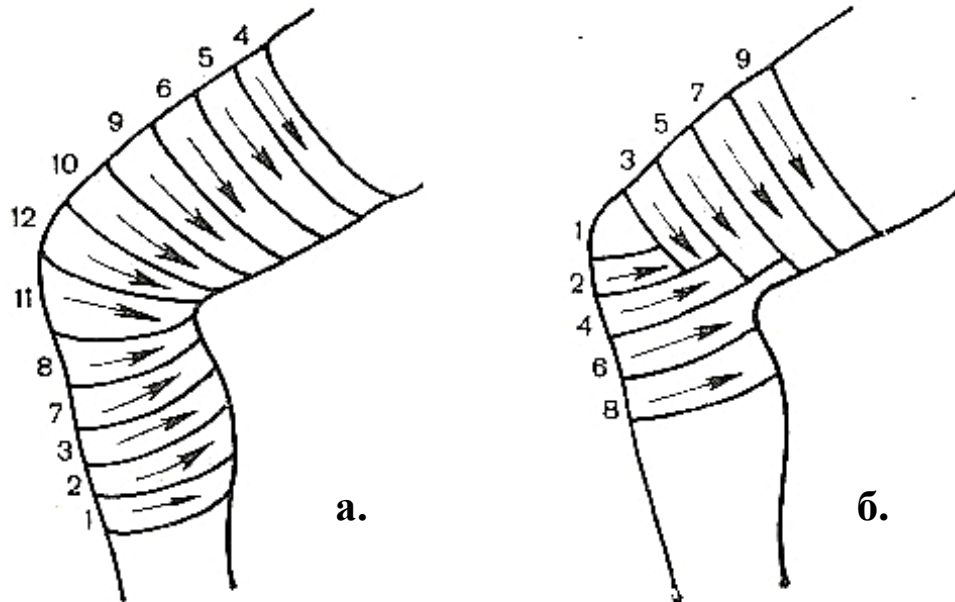


Рис. 14 Черепашья повязка на коленный сустав:
а – сходящаяся; б – расходящаяся

крещивающиеся в подколенной области. Повязку заканчивают круговыми турами в верхней трети голени под коленным суставом.

Расходящаяся черепашья повязка на область коленного сустава

Бинтование начинают закрепляющими круговыми турами через наиболее выступающую часть надколенника. Затем выполняют восьмиобразные расходящиеся ходы, перекрещивающиеся в подколенной области (Рис. 14б). Повязку заканчивают круговыми турами в верхней трети голени или нижней трети бедра в зависимости от того, где расположено повреждение.

При необходимости наложить повязку на нижнюю конечность в разогнутом положении, применяют спиральную технику бинтования с перегибами. Повязка начинается с круговых ходов в верхней трети голени и заканчивается

фиксирующими турами в нижней трети бедра, как правило, такие повязки на бедре удерживаются плохо, легко соскальзывают. Поэтому рекомендуется завершать повязку турами колосовидной повязки на область тазобедренного сустава.

При отработке 3го учебного вопроса

НАЛОЖЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ ПОВЯЗКИ НА ВЕРХНИЕ КОНЕЧНОСТИ И ГРУДНУЮ КЛЕТКУ.

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: «Раненый» и обучаемый лежат. Перевязочные материалы и другие средства оказания первой медицинской помощи находятся в руках обучаемого или рядом с ним. При наложении повязки время отсчитывается от начала разворачивания перевязочного материала до закрепления повязки. Время, затраченное на обнаружение раны, не учитывается. По команде: «**ПЕРВИЧНУЮ ПОВЯЗКУ НАЛОЖИТЬ!**» обучаемый обнаруживает рану и приступает к наложению повязки.

Название	Содержание	Порядок и последовательность выполнения	Категория	Время выполнения на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
“Восьмиобразная” повязка НА КИСТЬ	Остановить кровотечение, предупредить инфицирования раны, ожоговой поверхности, места обморожения, воздействия ОВ путем наложения первичной повязки	1. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет (норматив №1). 2. Подушечки сложить и наложить на место повреждения кисти. 3. Несколькими оборотами закрепить бинт на кисти. Затем вести бинт по тыльной стороне (если рана на тыльной стороне кисти или ладони) косо на запястье, сделать несколько таких оборотов, возвратиться по тыльной или ладонной стороне (в зависимости от того где находится рана) и повторить циркулярные ходы на кисти. Циркулярные и косые ходы повторять до тех пор, пока рана не будет достаточно прикрыта.	солдаты	1.40	1.50	2.00
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Слабая или чрезмерно тугая повязка. 2. Образовались складки или повязка сползает. 3. Повязка не закреплена или закреплена над раной.				
Название	Содержание	Порядок и последовательность выполнения но	Категория	Время выполнения на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
Повязка НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ	Остановить кровотечение, предупредить инфицирования раны, ожоговой поверхности, места обморожения путем наложения первичной повязки	1. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет (норматив №1). 2. Подушечки сложить и наложить на место повреждения кисти. 3. Круговыми движениями зафиксировать бинт ниже раны. Далее разматывать вокруг предплечья снизу вверх, периодически перегибая (переворачивая) ходы бинта. Этим достигается плотное прилегание бинта к телу и исключение складок, «карманов». Заканчивать повязку закреплением бинта выше или ниже бинта.	солдаты	1.15	1.25	1.35
Ошибки снижающие оценку	На один балл	1. Слабая или чрезмерно тугая повязка. 2. Образовались складки или повязка сползает. 3. Повязка не закреплена или закреплена над раной.				

<p>Повязка НА ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ</p>	<p>Остановить кровотечение, предупредить инфицирования раны в области локтевого сустава, фиксировать локтевой сустав путем наложения первичной повязки</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет (норматив №1). 2. Согнуть руку «раненого» в локтевом суставе под прямым углом. 3. На рану положить сложенные подушечки ППИ и зафиксировать их несколькими круговыми ходами бинта. 4. Бинтовать, начиная с предплечья, переводя бинт по задней или сгибательной поверхности локтевого сустава (в зависимости от того, где расположена рана) на плечо, сделать несколько круговых ходов и возвратиться на предплечье, перекрещивая первый ход бинта. На предплечьи сделать несколько круговых ходов и возвратиться на плечо, повторяя предыдущие ходы. Закончить повязку круговым ходом и закрепить на предплечьи. 	<p>Солдаты</p>	<p>1.15</p>	<p>1.25</p>	<p>1.35</p>
<p>Ошибки снижающие оценку</p>	<p>На один балл</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Слабая или чрезмерно тугая повязка. 2. Повязка не закреплена или закреплена над раной. 3. Повязка сползает. 				
<p>Повязка НА ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ</p>	<p>Остановить кровотечение, сделать иммобилизацию при подвывихах и вывихах плечевого сустава.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вскрыть индивидуальный перевязочный пакет (норматив №1). 2. Обучаемый занимает положение сбоку то «раненого» со стороны плечевого сустава. 3. Первые два хода бинта закрепить вокруг верхней трети плеча. 4. Затем бинт вести из-под мышечной области спереди (сзади – для правого локтевого сустава) вверх на плечевой сустав. С плечевого сустава бинт опустить наискось вниз и по спине (для правого сустава – опустить вниз до груди) к здоровой подмышечной области, проходя под ней на грудь (для правого сустава – на спину). Затем поднятая к больному плечевому суставу и сделать ход вокруг плеча, как в первые два хода. 5. Так повторять несколько раз, поднимаясь с каждым ходом все выше, пока не закроется плечевой сустав и надплечье 	<p>Солдаты</p>	<p>1.50</p>	<p>1.55</p>	<p>2.00</p>
<p>Ошибки снижающие оценку</p>	<p>На один балл</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Слабая или чрезмерно тугая повязка. 2. Образовались складки или повязка сползает. 3. Повязка не закреплена или закреплена над раной. 				

III. ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЗАДАНИЯ

2. Учебное пособие. Медицинское обеспечение (Часть - 1). СПб. 2016г.
2. Справочник. Оказание первой медицинской, первой реанимационной помощи на месте происшествия и в очагах чрезвычайных ситуаций. СПб: 2005.
2. Медицинская подготовка спецназа: Учебно-практическое пособие. М.: Академический проект, 2016г.
2. Учебник санитаря инструктора. Воениздат, М. 2002г.

Интернет ресурс

mil.spbsut.ru/moodle - Дистанционные образовательные технологии сайта Института военного образования СПбГУТ.

voenservice.ru – Сайт информационного обеспечения военнослужащих РФ, раздел Военно-медицинская подготовка.

Задание разработал
старший преподаватель

подполковник

Д. Груздев

____. ____ . 20__ года.