

Раздел 2.1.7. «Военно - медицинская подготовка»



ТЕМА № 2:

**«Средства индивидуального
медицинского оснащения
военнослужащих и правила
пользования ими. Оказание первой
помощи».**

Занятие №1:

**«Индивидуальные и коллективные
медицинские средства защиты и оказания
помощи».**

Учебные вопросы:

1. Табельные средства индивидуального медицинского оснащения личного состава: аптечка индивидуальная (АИ), пакет перевязочный индивидуальный, пакет противохимический индивидуальный, индивидуальные средства обеззараживания воды. Состав, предназначение и правила пользования.

2. Понятие о ране. Наложение повязок при различных ранениях и кровотечениях.

Рекомендованная литература:

а) основная:

1. Рыжков О.Н. Тактическая подготовка. ч.1. Учебное пособие. - М.: ВГУЮ, 2017.-270 с.
2. Рыжков О.Н. Тактическая подготовка в рисунках и схемах. Электронное учебное пособие. – М.: ВГУЮ (РПА Минюста России), 2018. -169 с.

б) дополнительная:

1. Учебник сержанта мотострелковых войск. – М.: Воениздат, 2003. –443с.
2. Учебник военного фельдшера / под ред. В.Б.Корбута. – СПб., 2000.
3. Неотложная помощь при критических состояниях. – М.: Медицина, 2003.
4. Боевой устав по подготовке и ведению общевойскового боя, ч. 2 (батальон рота). – М.: Воениздат, 2013.- 264с.

Первый учебный вопрос:

« Табельные средства индивидуального медицинского оснащения личного состава: аптечка индивидуальная (АИ), пакет перевязочный индивидуальный, пакет противохимический индивидуальный, индивидуальные средства обеззараживания воды. Состав, предназначение и правила пользования».

К табельным средствам индивидуального медицинского оснащения относятся:

- аптечка индивидуальная (АИ);
- индивидуальный противохимический пакет (ИПП);
- пакет перевязочный индивидуальный (ППИ).

Аптечка индивидуальная АИ-2

Аптечка индивидуальная предназначена для предупреждения или снижения поражающего действия различных видов оружия, а также для оказания первой медицинской помощи при поражениях личного состава ВС РФ.

Содержимое аптечки размещено в пластмассовой коробке в строго определенном порядке, показанном на внутренней стороне крышки:

- место № 1 – средство при отравлении ФОВ;
- место № 2 – противоболоеое средство;
- место № 3 – радиозащитное средство;
- место № 4 – противобактериальное средство;
- место № 5 – профилактическое средство ФОВ;
- место № 6 – противорвотное средство;
- место № 7 – средство для обеззараживания воды;
- место № 8 – средство для дезинфекции.

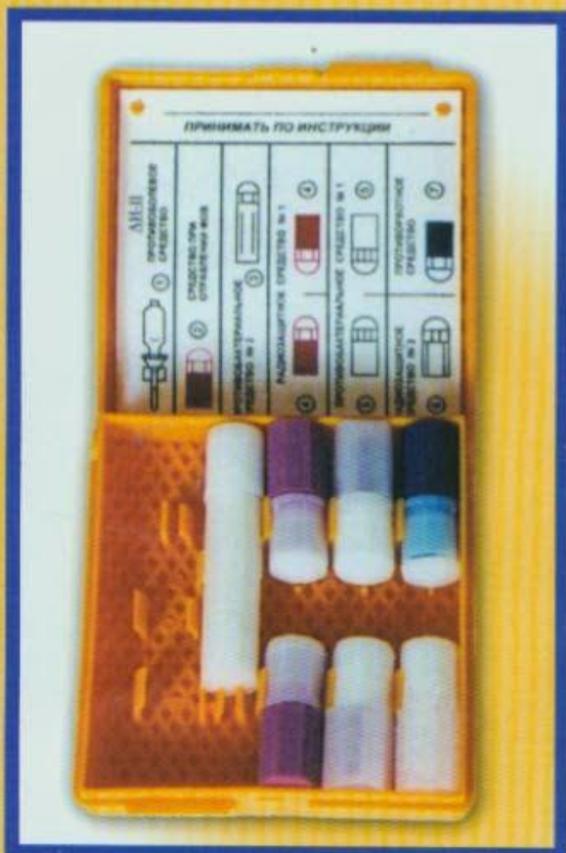
Строго установленное размещение средств, различная окраска колпачков шприц–тюбиков, форма и окраска пеналов позволяют быстро найти необходимый препарат.

В холодное время года аптечку рекомендуется носить в нагрудном кармане для предупреждения замерзания жидких лекарственных средств.



Аптечка индивидуальная АИ-2

Предназначена для оказания само- и взаимопомощи в целях предупреждения или ослабления поражения радиоактивными и отравляющими веществами, а также предупреждения инфекционных заболеваний



Состав:

- радиозащитное средство №1 (цистамин - 2 упаковки);
- противорвотное средство (этаперазин - 1 упаковка);
- противобактериальное средство №1 (тетрациклин - 2 упаковки);
- радиозащитное средство №2 (йодистый калий - 1 упаковка);
- противобактериальное средство №2 (сульфадиметоксин - 1 упаковка);
- имеется место для шприц-тюбика с промедолом

Установленные дозировки лекарственных средств необходимо строго соблюдать во избежание снижения их эффективности или проявления отрицательного воздействия.

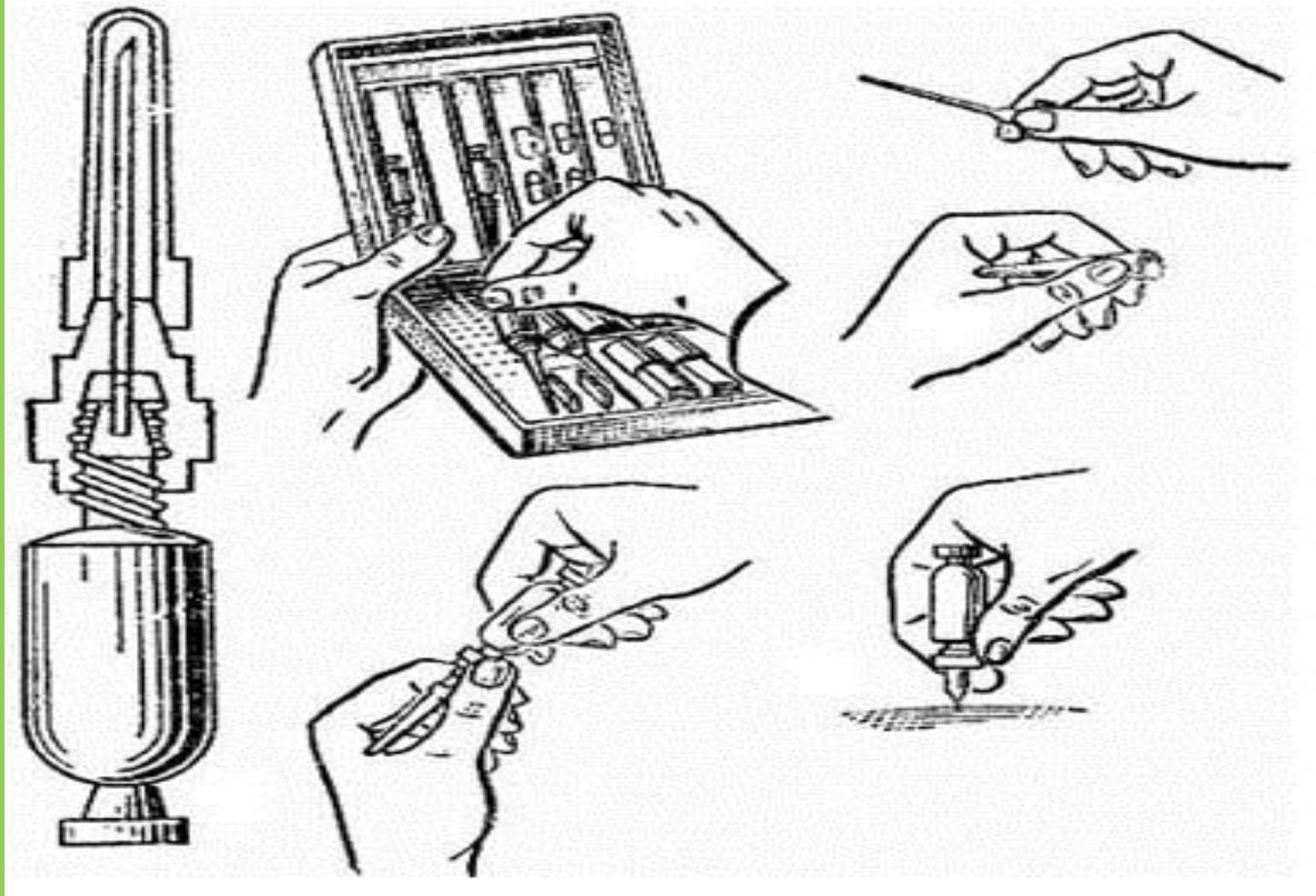


Рис. 1. Правила пользования шприц-тюбиком.

Для использования шприц-тюбика необходимо:

- извлечь шприц-тюбик из аптечки;
- одной рукой взяться за ребристый ободок канюли, другой - за корпус и повернуть корпус по ходу часовой стрелки до упора - для прокола мембраны;
- взять шприц-тюбик за канюлю, снять колпачок, защищающий иглу;
- удерживая шприц-тюбик за ребристый ободок канюли и не сжимая пальцами тюбика, ввести иглу в мягкие ткани бедра, ягодицы или плеча (можно через одежду) до канюли;
- выдавить содержимое тюбика, сжимая его корпус;
- не разжимая пальцев, извлечь иглу.

Применение лекарственных средств из аптечки.

- **Средство при отравлении ФОВ** – фосфорорганическими веществами – один шприц-тюбик с красным колпачком, содержащий раствор афина (антидота фосфорорганического индивидуального назначения) для инъекций. Средство применяется при первых признаках поражения ФОВ: нарушении зрения, затруднении дыхания, слюнотечении. В порядке оказания взаимопомощи при нарастании признаков отравления и тяжелых поражениях средство вводится из двух шприц-тюбиков сразу или с интервалом между инъекциями 5...10 минут. При передозировке возможно развитие острого психоза, поэтому летом необходимо вводить не более 4 шприц-тюбиков, зимой – не более 7.
- **Противоболевое средство** (2% раствор промедола для инъекций) – один шприц-тюбик с бесцветным колпачком – применяется при сильных болях, вызванных переломами, обширными ранами, разможением тканей и ожогами. Средство может быть применено для купирования болевого синдрома, вызванного действием раздражающих отравляющих веществ (ОВ).
- При использовании шприц-тюбика необходимо соблюдать следующую последовательность:
 - извлечь шприц-тюбик из аптечки;
 - взяться одной рукой за ребристый ободок канюли, другой рукой повернуть корпус по часовой стрелке до упора для прокола мембраны ;
 - держа шприц-тюбик за канюлю, снять колпачок, защищающий иглу;
 - удерживая шприц-тюбик за ребристый ободок канюли и не сжимая пальцами корпус тюбика, ввести иглу до канюли (можно через одежду) в мягкие ткани бедра, ягодицы или плеча ;
 - выдавить содержимое тюбика, сжимая его корпус;
 - не разжимая пальцев, извлечь иглу.

Пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный (ППИ)

предназначен для оказания само- и взаимопомощи на месте ранения. Пакет состоит из бинта и двух прошитых ватно-марлевых подушечек, сложенных в два раза. Одна из подушечек укреплена на бинте неподвижно, другую можно легко перемещать. Пакет упакован в две оболочки: наружную прорезиненную, и внутреннюю бумажную (пергамент в три слоя). В складках бумажной оболочки находится английская булавка. Содержимое пакета стерильно.

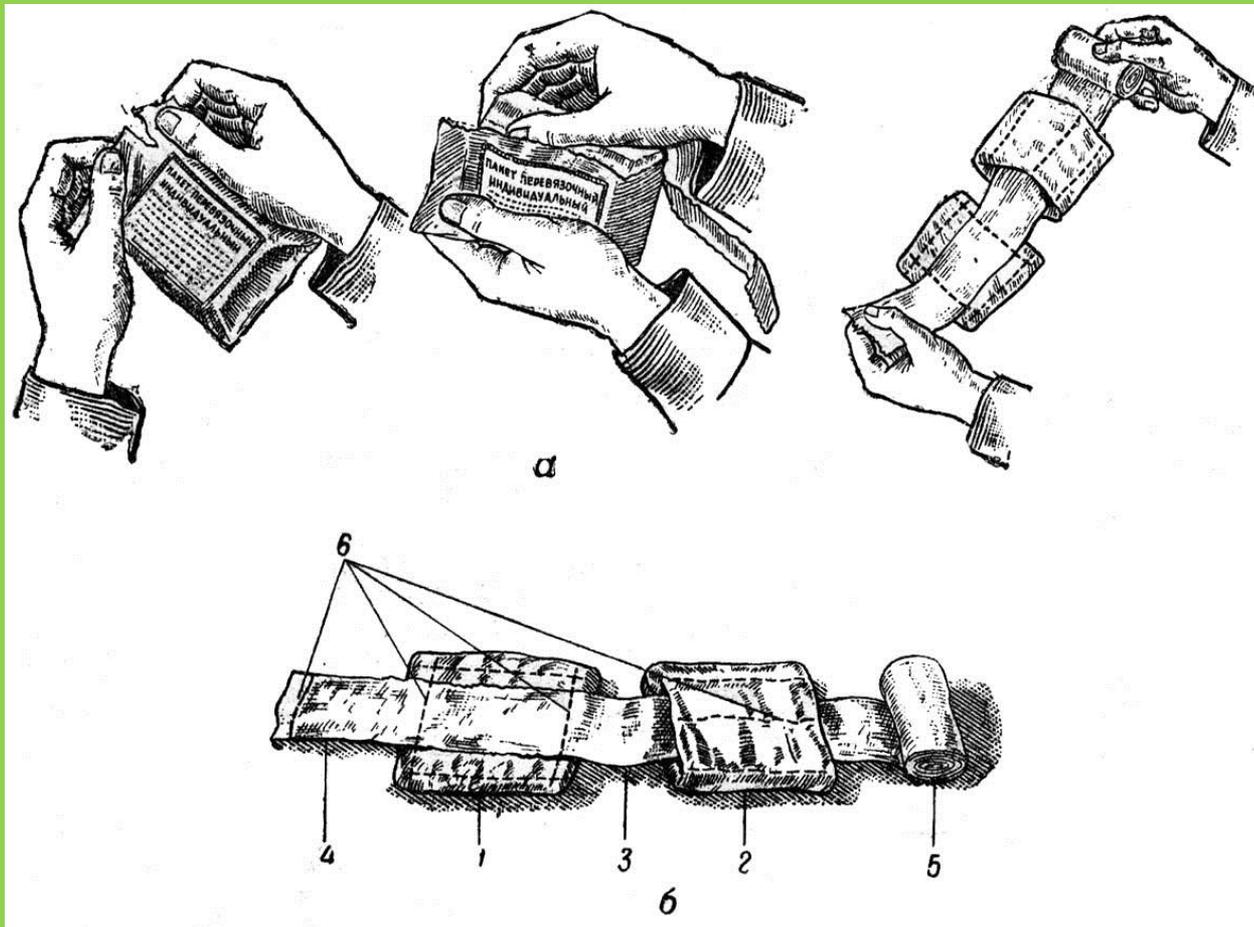


Рис. 2. Индивидуальный перевязочный пакет и порядок его вскрытия: а – порядок вскрытия пакета; б – пакет в развернутом виде; 1 – неподвижная подушечка; 2 – подвижная подушечка; 3 – бинт; 4 – начало бинта; 5 – головка бинта; 6 – цветные нитки.

Общие правила наложения бинтовой повязки

Бинтовая повязка, на какую бы часть тела она ни накладывалась, может быть правильно выполнена только при соблюдении основных правил:

1. Больного следует уложить или усадить в удобное положение, чтобы бинтуемая область тела была неподвижна и доступна.

В случаях ранений головы, шеи, груди, верхних конечностей, если позволяет состояние раненого, повязку удобнее накладывать усадив пострадавшего.

При ранении живота, области таза и верхних отделов бедра, повязка накладывается в положении лежа на спине, а таз пострадавшего следует приподнять, подложив под крестец сверток из одежды или скатку ши-нели.

2. Бинтуемая часть конечности должна находиться в положении, в каком она будет находиться после наложения повязки.

Для плечевого сустава – это слегка отведенное положение плеча, для локтевого сустава – согнутое под прямым углом предплечье. Область тазобедренного сустава бинтуют при выпрямленном положении конечности, коленного сустава - конечность слегка согнута в суставе, голеностопного сустава – стопа устанавливается под углом 90 градусов к голени.

Продолжение

3. Бинтующий должен стоять лицом к больному, чтобы иметь возможность вести наблюдение за его состоянием и избегать ненужного травмирования при наложении повязки.
4. Ширина бинта выбирается соответственно размерам раны и бинтуемого сегмента тела.
5. Бинт раскатывают слева направо, против часовой стрелки. Головку бинта, как правило, держат в правой руке, а свободный конец – в левой.
Исключение составляют: повязка на левый глаз, повязка Дезо на правую руку, колосовидные повязки на правый плечевой и тазобедренный суставы и первый палец правой стопы. При наложении этих повязок бинт раскатывают справа налево.
6. Бинтование всегда производят от периферии к центру (снизу вверх).
7. Бинтование начинают с 2-3 закрепляющих туров (т.е. круговых витков) бинта. Закрепляющие туры накладываются на наиболее узкую неповрежденную область тела около раны.
8. Каждый последующий оборот бинта должен перекрывать предыдущий на половину или на две трети его ширины.
9. Бинт раскатывают не отрывая его головки от поверхности тела, что обеспечивает равномерное натяжение бинта на всем протяжении повязки.
10. Если бинт израсходован, а бинтование необходимо продолжить, тогда под конец бинта подкладывают начало нового и укрепляют круговым туром; затем бинтование продолжают.

Продолжение

11. Бинтование рекомендуется завершать 2-3 круговыми турами наложенными в проекции закрепляющих туров, с которых начиналось бинтование.

12. Повязка завершается надежным закреплением конца бинта.

Конец бинта разрезают (разрывают) продольно, полученные полосы перекрещивают между собой, затем обводят вокруг бинтуемого сегмента и завязывают узлом. Закрепить конец бинта можно также английской булавкой, полосками лейкопластыря, прошить нитками, либо продернуть кровоостанавливающим зажимом сквозь туры бинта и завязать узлом.

13. Узел, которым закреплен конец бинта не должен находиться: в проекции раны (другого повреждения), на затылочной и височной области, на спине, на подошвенной поверхности стопы, на ладонной поверхности кисти.

Правильно наложенная повязка должна быть аккуратной, экономичной, полностью закрывать перевязочный материал наложенный на рану, не должна причинять больному беспокойства.

При оказании первой помощи на поле боя или на месте происшествия при несчастных случаях не всегда возможно полностью выполнить перечисленные правила бинтования. Однако, в любых условиях повязка должна быть наложена умело и качественно, чтобы оказывать лечебное воздействие.

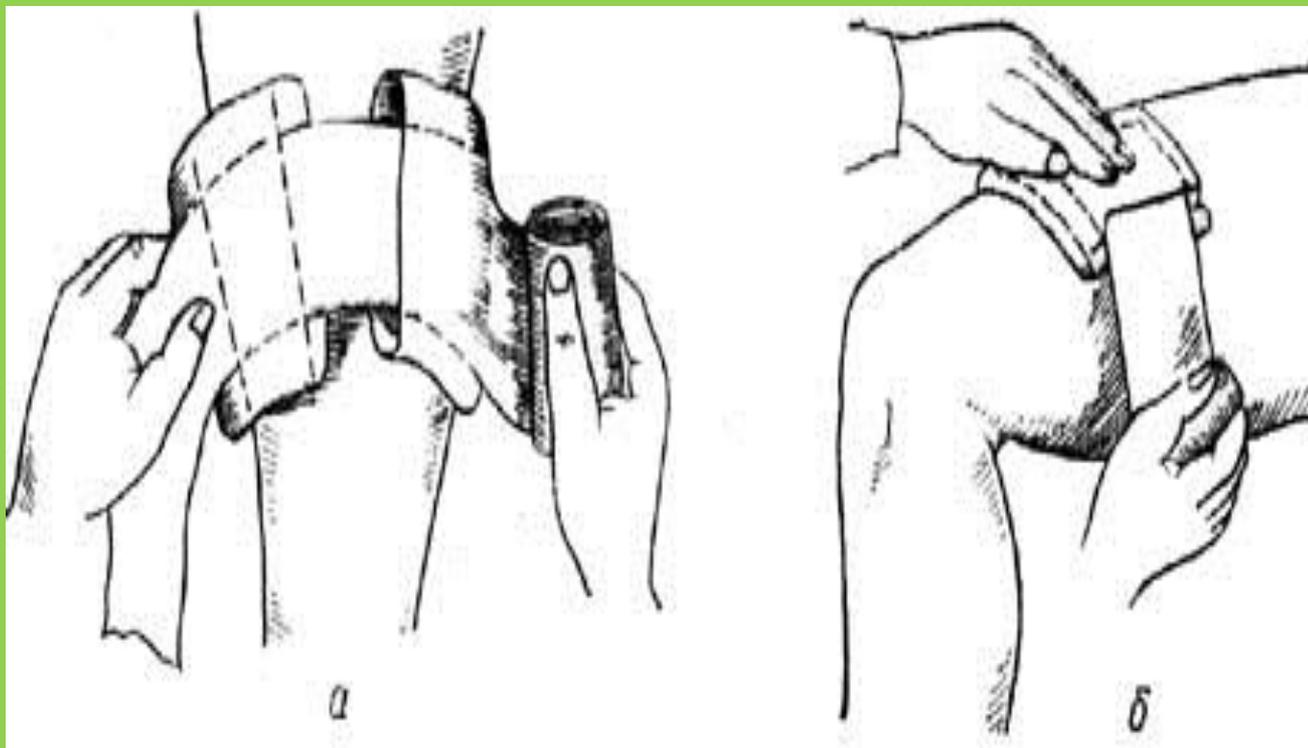


Рис.3. Наложение повязки.

Пакет противохимический индивидуальный (ИПП-8). Предназначение, порядок и правила пользования.

Индивидуальный противохимический пакет ИПП-8 предназначен для оснащения личного состава.

Пакет ИПП-8 рассчитан на оказание первой помощи в порядке само- и взаимопомощи при поражении капельножидкими отравляющими веществами.

ИПП-8 обеспечивает проведение частичной санитарной обработки открытых участков кожных покровов и непосредственно прилегающих к ним участков обмундирования, зараженных капельножидкими отравляющими веществами.

Пакет состоит из плоского стеклянного флакона емкостью 200 мл, заполненного универсальным дегазирующим раствором, четырех ватно-марлевых тампонов и памятки о правилах использования пакета.

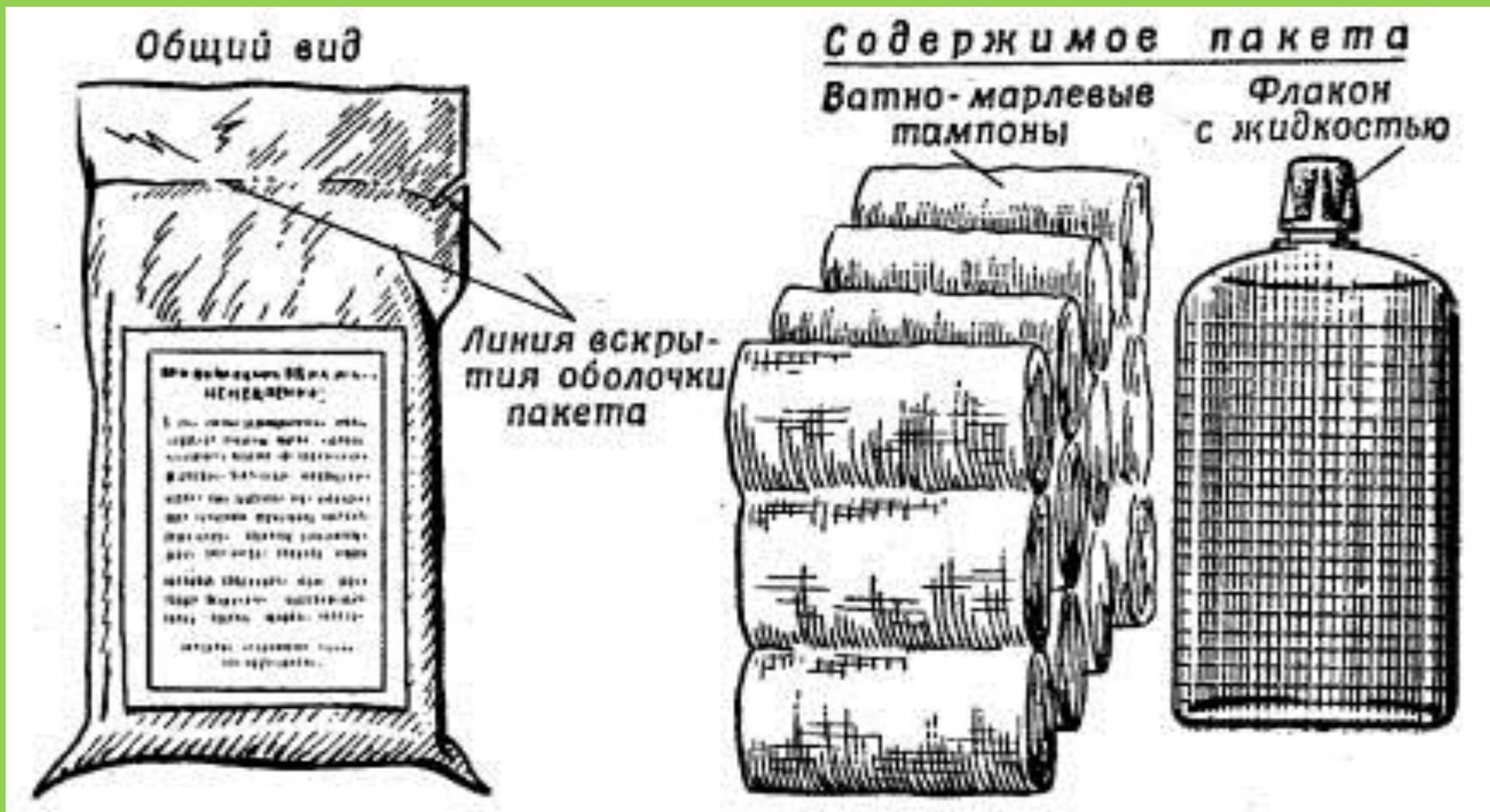


Рис. 4. Пакет противохимический индивидуальный ИПП-8.

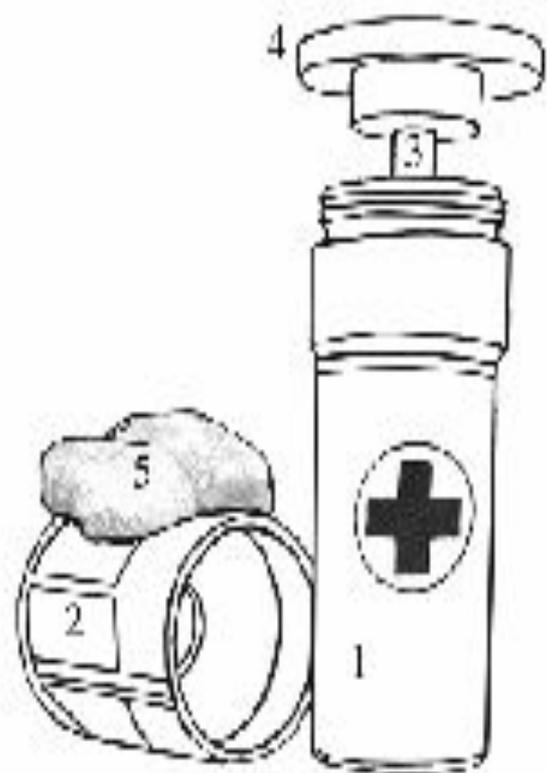
Характеристика пакета ИПП-8

- **Количество дегазатора во флаконе обеспечивает обработку 1500-2000 см² поверхности тела.**
- **Объем дегазирующей рецептуры – 135 мл. Упаковка - полиэтиленовая оболочка.**
- **Масса - 250 г. Время приведения пакета в действие – 25-35 с. Продолжительность обработки – 1,5-2 мин.**
- **При заражении открытых участков кожи аэрозолями и каплями ОВ и их дегазации порядок проведения частичной специальной обработки с использованием ИПП-8 при надетом противогазе в момент применения противником ОВ следующий:**
 - **вскрыть пакет;**
 - **обильно смочить тампон рецептурой и протереть кожу шеи и кистей рук;**
 - **вновь смочить тампон и протереть воротник куртки (шинели), манжеты рукавов (захватывать тампоном наружную и внутреннюю поверхности ткани), наружную поверхность лицевой части противогаза;**
 - **сухим тампоном снять излишки рецептуры с кожи шеи и рук;**
 - **закрыть и убрать флакон.**

Индивидуальный противохимический пакет (ИПП-8,9,10,11)

Предназначен для защиты личного состава от поражений отравляющими веществами и последующей санитарной обработки открытых участков кожи и прилегающего к ней обмундирования при поражении капельно-жидкими отравляющими веществами.

ИПП в зависимости от модификации может содержать дегазирующую жидкость в стеклянном флаконе, обернутом марлевыми салфетками и помещенном в герметично закрытый целлофановый пакет (ИПП-8), либо как ИПП-10 состоять из алюминиевого баллона с мембраной, заполненного защитно-дегазирующей рецептурой, пластмассовой насадки и пробки-пробойника. ИПП-11 изготовлен на основе нетканых материалов в виде салфетки разового использования, пропитанной дегазирующей рецептурой «Ланглик» и размещенной в герметично заваренном пленочном конверте. С помощью ИПП проводится частичная санитарная обработка.



**Индивидуальный противохимический
пакет**

ИПП-9 (1-корпус, 2-крышка, 3-пробойник, 4-губка, 5-марлевые салфетки).



**Индивидуальный
противохимический
пакет ИПП-10.**



**Индивидуальный
противохимический пакет
ИПП-11.**

Средства для обеззараживания воды

Для обеззараживания индивидуальных запасов воды каждый военнослужащий обеспечивается таблетированными средствами типа «Нео-аквасепт», «Аквасепт», содержащимися в пенале или конвалюте. Для индивидуального и группового пользования могут применяться индивидуальные очистители воды типа «Родник», «ОАЗИС-3000».

Для обеззараживания воды необходимо:

1. Взять емкость (сосуд) с завинчивающейся крышкой (фляга, бутылка и т.д.) и налить туда воду.
2. Добавить в сосуд таблетки: для обеззараживания прозрачной воды, не требующей очистки необходимо в 1 л растворить 1 таблетку препарата, а для обеззараживания загрязненной (мутной) воды в 1 л необходимо растворить 2 таблетки.
3. После распада таблетки (через 5-20 мин) завинтить крышку и взболтать воду.
4. Для того, чтобы растворенный препарат вместе с водой попал в резьбу крышки и сосуда необходимо отвинтить крышку на $\frac{1}{2}$ оборота и несколько раз перевернуть сосуд.
5. Завинтить сосуд и его периодически взбалтывать.
6. Отметить время обеззараживания воды.

Прозрачная вода пригодна для питья через 30 минут, а не прозрачная (мутная) – через 60 минут с момента внесения препарата.

Потребление воды должно быть ограничено таким количеством, чтобы максимальная суточная доза таблеток растворенных в воде не превышала – 6 таблеток, максимальная разовая доза – 1 таблетка.

Второй учебный вопрос:

«Понятие о ране. Наложение повязок при различных ранениях и кровотечениях».

Понятие о ране и их классификация.

Нарушение целостности кожных покровов, слизистых оболочек, глубжележащих тканей и поверхности внутренних органов в результате механического или иного воздействия называются ранами, открытыми повреждениями.

Различают поверхностные и глубокие раны. Раны могут сопровождаться также внутренним кровотечением в брюшную полость, полость черепа и т. д.

Глубокие раны, при которых повреждаются внутренние оболочки полостей (брюшной, грудной, черепа, суставов), называются проникающими.

Остальные виды ран независимо от их глубины называются непроникающими. Все раны, кроме ран, наносимых стерильным инструментом во время операции, следует считать инфицированными.

Классификация ран:

В зависимости от вида оружия и от формы ранящего предмета раны бывают колотые, резаные, рубленые, ушибленные, рваные, размозженные, укушенные, отравленные и огнестрельные.

Колотые раны наносят штыком, ножом, шилом, гвоздем и другими предметами. Для такой раны характерно небольшое раневое отверстие в коже, повреждение тканей, в том числе и внутренних органов, на значительную глубину. Поэтому эти ранения требуют особенно тщательного обследования пострадавшего для уточнения характера и степени травмы.

Резаные раны наносят холодным оружием или предметами с острыми краями, например стеклом, лезвием бритвы. Для таких ран характерны ровные края, которые обычно зияют и сильно кровоточат. Боль выражена относительно слабо. Резаные раны заживают наиболее быстро.

Рубленые раны наносят топором, шашкой и т. п. Они сходны с резаными, но более глубокие и могут сопровождаться повреждением костей и ушибом окружающих тканей, что снижает их сопротивляемость инфекции и способность к заживлению.

Рваные раны наблюдаются при повреждении тканей крупными предметами с острыми краями, при попадании пострадавшего под колеса транспорта и т. д. У рваных ран неровные края, окружающие ткани, как правило, сильно повреждены, кровотечение сравнительно небольшое, болевые ощущения выражены.

Ушибленные раны сходны с рваными. Они возникают при сильном ударе тупыми предметами, при обвалах, воздействии ударной волны. При обширном повреждении тканей рваные или ушибленные раны называют размозженными.

Рваные, ушибленные и размозженные раны опасны частым развитием раневой инфекции. В медицинской практике эти три разновидности ран обычно объединяют в категорию рвано-ушибленных ран, а более подробная их характеристика используется в случае проведения судебно-медицинского исследования.

Укушенные раны наносятся зубами животных или человека. Течение этих ран чаще, чем других, осложняется развитием острой инфекции, попадающей из ротовой полости. Укушенные раны могут быть заражены вирусом бешенства. Отравленные раны характеризуются попаданием яда при применении отравляющих веществ, укусе змей, скорпионов и др.

Огнестрельные раны возникают от действия пуль, осколков снарядов, дроби, картечи. Эти раны принято подразделять на пулевые и осколочные. Пулевые раны наносятся автоматными, винтовочными, пистолетными пулями; осколочные возникают от действия осколков артиллерийских снарядов, мин, ручных гранат, авиабомб, боеприпасов объемного взрыва и др. 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 снаряд 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 какую-либо полость тела (например, в брюшную), 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. Раны опасны кровотечением, развитием раневой инфекции, повреждением жизненно важных органов. Ранение оказывает существенное травмирующее влияние на организм в целом. В любой ране имеются погибающие ткани, крово- и лимфоизлияние. При заживлении раны происходит рассасывание мертвых клеток, крови, лимфы и вследствие защитных реакций происходит очищение раны. Продукты распада тканей приводят к интоксикации и вызывают общую реакцию всего организма.

Наложение повязок при различных ранениях

Повязки на голову и шею.

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. 5). 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.

Шапочка Гипократа. Повязка позволяет достаточно надежно удерживать перевязочный материал на волосистой части головы. Накладывают повязку с помощью двух бинтов (рис. 6). Первым бинтом выполняют два – три круговых укрепляющих тура вокруг головы.



Рис. 5. Крестообразная повязка на голову.

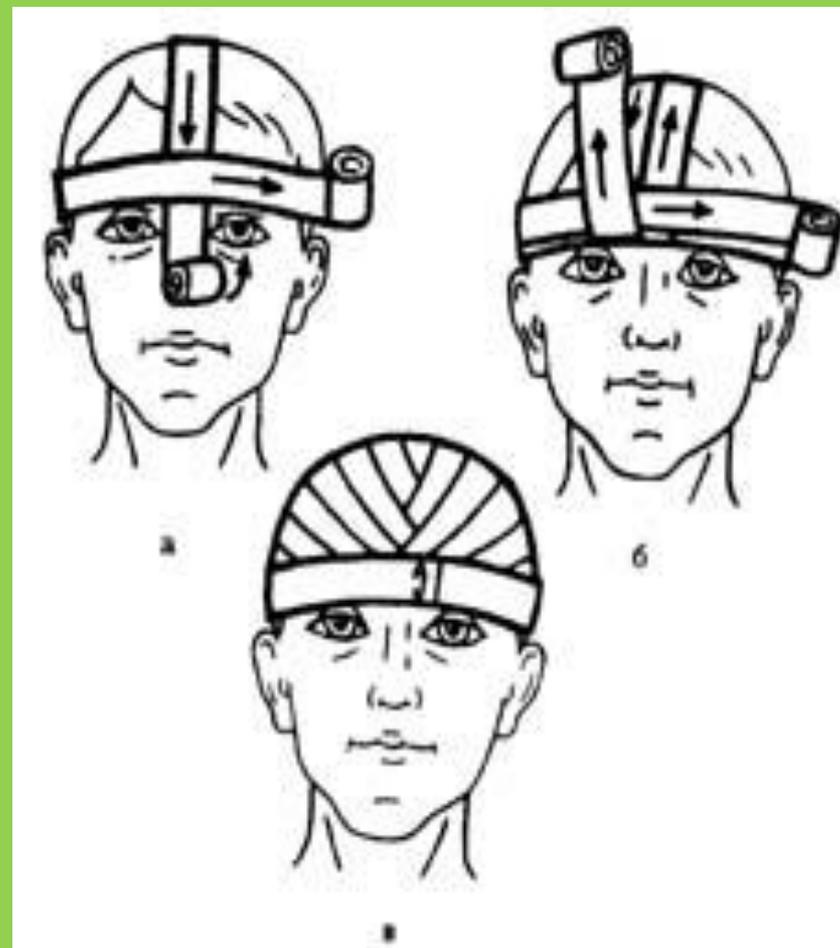


Рис 6. Шапочка Гиппократ.

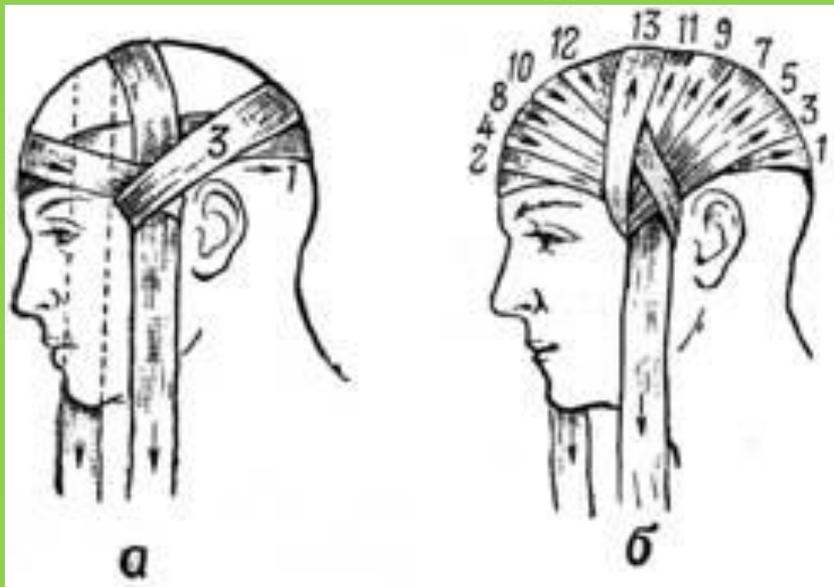


Рис. 7. Повязка «чепец».

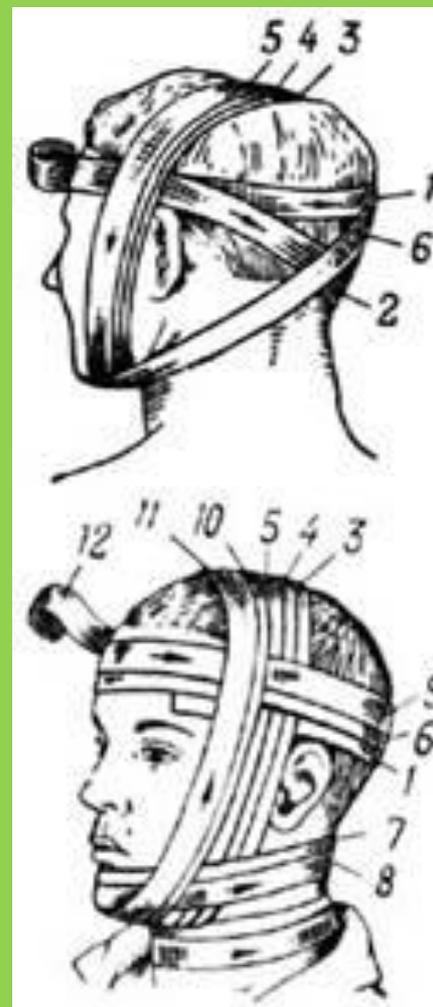


Рис.8. Повязка «узdechка».

Повязка «чепец». Простая, удобная повязка, прочно фиксирует перевязочный материал на волосистой части головы (рис. 7). 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 натянутыми. 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 две трети или на половину. 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. 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 подбородка, повязку дополняют горизонтальными круговыми ходами с захватом подбородка

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. В нижней части живота фиксирующие туры накладывают в области таза над лонным сочленением и ведут спиральные туры снизу вверх (рис. 9).

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. 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.

Нисходящая передняя колосовидная повязка (рис. 11). Начинается с закрепляющих круговых туров в области таза. Затем бинт ведут на переднюю поверхность бедра и по внутренней боковой поверхности вокруг бедра выходят на его наружную боковую поверхность. Отсюда бинт поднимают косо через паховую область, где он пересекается с предыдущим ходом, на боковую поверхность туловища. Сделав ход вокруг спины, снова ведут бинт на живот. Далее повторяют предыдущие ходы. Каждый тур проходит ниже предыдущего, покрывая его на половину или $2/3$ ширины бинта. Повязку заканчивают круговыми ходами вокруг живота.

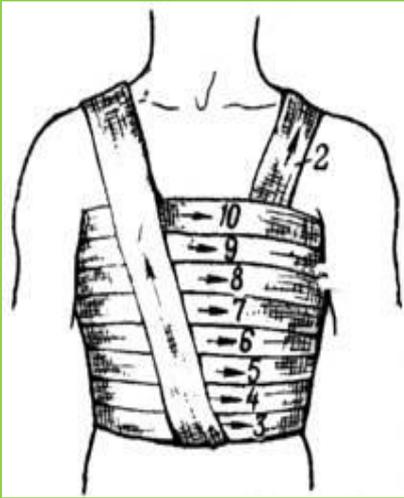


Рис.9. Спиральная повязка на живот.



Рис. 10. Колосовидная повязка на область тазобедренного сустава.



Рис. 11. Нисходящая передняя колосовидная повязка.





Рис.12. Восходящая колосовидная повязка.



Рис.13. Колосовидная повязка на подмышечную область.

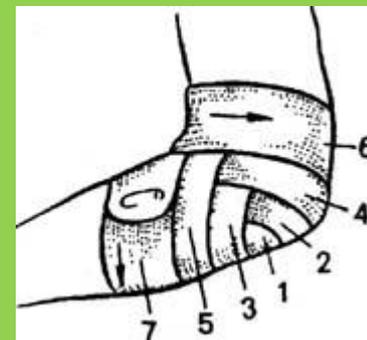


Рис.14. Колосовидная повязка на локтевой сустав.



Рис.15. Повязка Дезо.



Рис.16. Крестообразная (восьмиобразная) повязка на стопу

Колосовидная повязка на область плечевого сустава. Применяют для удержания перевязочного материала на ранах в области плечевого сустава и прилегающих к нему областей. Перекрест туров бинта выполняют непосредственно над перевязочным материалом укрывающим рану.

Ширина бинта - 10-14 см. На левый плечевой сустав повязку бинтуют слева направо, на правый – справа налево, то есть бинтование колосовидной повязки осуществляется в направлении стороны повреждения.

Различают восходящую и нисходящую колосовидные повязки на область плечевого сустава.

Восходящая колосовидная повязка (рис.13). Бинтование начинают с круговых закрепляющих туров в верхнем отделе плеча, затем бинт ведут на надплечье и по спине к подмышечной области противоположной стороны. Далее ход бинта идет по передней стороне груди на переднюю поверхность плеча, по наружной поверхности вокруг плеча в подмышечную ямку, с переходом на наружную поверхность плечевого сустава и надплечье. Затем туры бинта повторяются со смещением кверху на одну треть или половину ширины бинта. Бинтование заканчивают круговыми турами вокруг грудной клетки.

Нисходящая колосовидная повязка. Накладывается в обратном порядке. Конец бинта фиксируют циркулярными ходами вокруг грудной клетки, затем из подмышечной области здоровой стороны поднимают бинт по передней поверхности грудной клетки до надплечья на стороне повреждения, огибают его по задней поверхности и через подмышечную область выводят на переднюю поверхность надплечья. После чего ход бинта по спине возвращают в подмышечную область здоровой стороны. Каждый последующий восьмиобразный ход повторяют несколько ниже предыдущего. Бинтование заканчивают круговыми турами вокруг грудной клетки.

Колосовидная повязка на подмышечную область . Для надежного удержания перевязочного материала на ране в подмышечной области, колосовидную повязку дополняют специальными турами бинта через здоровое надплечье. Перевязочный материал в области повреждения рекомендуется сверху накрывать слоем ваты, который выходит за пределы подмышечной области и частично прикрывает верхнюю часть грудной клетки

Косыночная повязка для подвешивания верхней конечности . Применяется для поддержания поврежденной верхней конечности после наложения мягкой повязки или повязки транспортной иммобилизации. Поврежденная рука сгибается в локтевом суставе под прямым углом. Под предплечье подводят развернутую косынку так, чтобы основание косынки проходило вдоль оси тела, середина ее находилась несколько выше предплечья, а верхушка – за локтевым суставом и над ним. Верхний конец косынки проводят на здоровое надплечье. Нижний конец заводят на надплечье поврежденной стороны, закрывая предплечье спереди нижней меньшей частью косынки. Концы косынки связывают узлом над надплечьем. Верхушку косынки обводят вокруг локтевого сустава и фиксируют булавкой к передней части повязки.

Повязка Дезо. Применяется для временного обездвиживания поврежденной руки при переломах ключицы способом прибинтовывания к туловищу.

Ширина бинта – 10-14 см. Бинтование всегда осуществляется по направлению к поврежденной руке. Если повязка накладывается на левую руку - бинтуют в направлении слева направо (головка бинта в правой руке), на правую руку - справа налево (головка бинта в левой руке).

Крестообразная (восьмиобразная) повязка на стопу. Позволяет надежно фиксировать голеностопный сустав при повреждении связок и некоторых заболеваниях сустава. 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.

Повязка на пяточную область (по типу черепашьей). (Применяется для полного закрытия области пятки по типу расходящейся черепашьей повязки. 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 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.

Вопросы на контрольную работу

1. Табельные средства индивидуального медицинского оснащения личного состава.
2. Понятие о ране. Наложение повязок при различных ранениях и кровотечениях.

Тема следующего занятия:

Тема № 2. «Средства индивидуального медицинского оснащения военнослужащих и правила пользования ими. Оказание первой помощи».

Занятие № 2. « Оказание первой помощи. Неотложные реанимационные мероприятия».

Практическое занятие.

Задание на самостоятельную работу:

1. Изучить материал рекомендованной основной и дополнительной литературы. Доработать конспект с использованием рекомендованной литературы
2. Подготовиться к проверке знаний (устно или письменно) учебного материала по пройденным занятиям темы №2. Быть готовым доложить вопросы, связанные с пройденной темой.
3. Иметь рабочие тетради, канцелярские принадлежности.