ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ ПОДГОТОВКА
Практическое занятие

Тема: Основы сохранения здоровья военнослужащих.

Количество часов: 2 часа.

Цель: Обучить студентов практическим навыкам по оказанию первой доврачебной помощи пострадавшим.

Время: 2 часа

Задания:

1. Изучить основы сохранения здоровья военнослужащих.
2. Обучить студентов практическим навыкам оказания первой помощи.
3. Обучить студентов практическим навыкам выполнения неотложных реанимационных мероприятий.

Методические рекомендации
по организации и проведению занятий по военно-медицинской подготовке

Военно-медицинская подготовка имеет целью изучить правила личной и общественной гигиены, наиболее характерные причины и признаки ранений и травм, острых отравлений и поражений, требующих оказания неотложной помощи, а также привить практические навыки в оказании первой помощи при ранениях, травмах, острых отравлениях и поражениях с использованием табельных и подручных средств.

Занятия по военно-медицинской подготовке проводятся медицинскими работниками в специализированных классах, на объектах полевой учебной базы или на местности и носят прикладной характер.

Для достижения максимального результата при обучении студентов и обеспечения наглядности и напряженности в процессе обучения, на занятии должна использоваться переносная учебно-материальная база по военно-медицинской подготовке (переносная укладка для отработки нормативов по военно-медицинской подготовке).

Теоретические положения отрабатываются с широким использованием учебных пособий (плакатов, фотоподборок, схем, таблиц, макетов, кино-, диафильмов, наборов слайдов и т.д.). Практические приемы и нормативы отрабатываются на местности или объектах учебного полигона (тактическом поле общевойсковой подготовки, городке по военно-медицинской подготовке) с использованием имитаторов табельных средств индивидуальной медицинской защиты (пакетов перевязочных индивидуальных, аптечек индивидуальных, индивидуальных противохимических пакетов и др.) и подручных средств первой помощи (закруток, матерчатых лент и т.д.).

Организация занятия.

Руководитель занятия напоминает порядок безопасного и безаварийного обращения с учебной материально-технической базой, доводит до студентов требования мер безопасности, указывает порядок безопасного выполнения элементов предстоящего занятия.

Отработку учебных вопросов следует начинать с объяснения и показа приемов всему подразделению, а тренировку проводить по отделениям под руководством командиров отделений. Руководитель занятия в этом случае будет иметь возможность больше уделить времени контролю за действием обучаемых, что поможет установить слабо усвоенные вопросы и определить, по каким из них обучаемые нуждаются в дополнительном разъяснении и показе.

Отрабатывая каждый элемент приема, руководитель добивается четкого и правильного его выполнения от каждого обучаемого. Обнаружив ошибки в действиях студентов, руководитель приостанавливает выполнение приема, указывает на недостатки, разъясняет, а если необходимо, то и показывает этот прием лично или при помощи обучаемого правильно выполняющего его и продолжает тренировку до тех пор, пока ошибки не будут устранены. После отработки каждого учебного вопроса руководитель занятия выстраивает подразделение, проводит частный разбор, затем объявляет обучаемым следующий учебный вопрос и его содержание, доводит основные требования по его выполнению и приступает к его отработке.

После отработки всех учебных вопросов руководитель проводит заключительную часть занятия. При подведении итогов занятия руководитель напоминает обучаемым тему, учебные цели и основные вопросы, получившие отражение на занятии. Отмечает положительное в действиях студентов, подробно разбирает характерные ошибки. Затем он объявляет оценки, полученные за контрольные вопросы и отмечает лучших по результатам опроса и отработки вопросов текущего занятия. Заканчивая занятие, руководитель объявляет тему следующего занятия, выдает задание на самоподготовку и организует отправку личного состава в подразделение.

1. Изучить основы сохранения здоровья военнослужащих.

Действия руководителя и его помощника	**Действия обучаемых**
Объявляю учебный вопрос и порядок его изучения. Довожу основные положения изучаемого вопроса: 1. Общие положения: - чем достигается охрана здоровья военнослужащих. 2. Правила личной и общественной гигиены: - что в себя включает личная гигиена; - правила общественной гигиены. 3. Медицинский контроль за состоянием здоровья военнослужащих: что в себя включает медицинский контроль за состоянием здоровья военнослужащих; - медицинский осмотр; - амбулаторный прием; - стационарное лечение. Для иллюстрации уставных положений подтверждаю их поучительными примерами из повседневной жизни подразделения.	Уясняют порядок отработки вопроса. Слушают и уясняют теоретические положения изучаемого вопроса.
Отвечаю на вопросы, возникшие у обучаемых в ходе теоретической части занятия.	При возникновении вопроса задают его.

Проверяю качество усвоения материала. Для этого двум-трем обучаемым задаю контрольные (проблемные) вопросы практической направленности с целью удостовериться в правильном понимании изложенного материала и их готовности применять полученные знания на практике.	Отвечают на вопросы.

2. Обучить студентов практическим навыкам оказания первой помощи.

Действия руководителя и его помощника	Действия обучаемых
Объявляю учебный вопрос и порядок его изучения.	Уясняют порядок отработки вопроса.
1. Довожу порядок оказания первой помощь при кровотечениях: - способы временной остановки кровотечения прижатием артерии на протяжении; - способы временной остановки кровотечения давящей повязкой, жгутом и закруткой.	Слушают и уясняют теоретические положения изучаемого вопроса.
Одновременно с рассказом показываю: - порядок наложения резинового кровоостанавливающего жгута и закрутки.	Запоминают порядок наложения резинового кровоостанавливающего жгута и закрутки.
Отвечаю на вопросы, возникшие у обучаемых в ходе теоретической и практической части занятия.	При возникновении вопроса задают его.
2. Довожу порядок наложения повязок на различные области тела: - наложение повязки на глаз; - наложение повязки на локтевой сустав; - наложение повязки на коленный сустав; - наложение повязки на плечевой сустав; - наложение повязки на грудь; - наложение повязки на голеностопный сустав.	Слушают и уясняют теоретические положения изучаемого вопроса.
Одновременно с рассказом показываю: - порядок наложения повязки на глаз; - порядок наложения повязки на локтевой сустав; - порядок наложения повязки на коленный сустав; - порядок наложения повязки на плечевой сустав; - порядок наложения повязки на грудь; - порядок наложения повязки на голеностопный сустав.	Запоминают порядок наложения повязок на различные области тела.
Отвечаю на вопросы, возникшие у обучаемых в ходе теоретической и практической части занятия.	При возникновении вопроса задают его.
3. Довожу порядок оказания первой помощь при переломах: - общие правила наложения шин при переломах голени; общие правила наложения шин при переломах плеча.	Слушают и уясняют теоретические положения изучаемого вопроса.
Одновременно с рассказом показываю: - порядок наложения шин при переломах голени; порядок наложения шин при переломах плеча.	Запоминают порядок наложения шины при переломе костей конечности.
Отвечаю на вопросы, возникшие у обучаемых в ходе теоретической и практической части занятия.	При возникновении вопроса задают его.
Приказываю командирам отделений приступить к практическому обучению подчиненных наложению резинового жгута и закрутки, повязок на различные области тела и шины на конечности.	
Командиры отделений разбивают личный состав на пары, назначают одного из военнослужащих «пострадавшим», а другого оказывающим помощь и отрабатывают каждый практический вопрос одновременно	Оказывающий помощь выполняет практические действия указан-

со всеми парами, поочередно меняя местами «пострадавшего» и оказывающего помощь. При недостаточном количестве перевязочного материала, жгутов, косынок и шин возможно обучение одновременно 2-3-х пар. Последняя тренировка каждого способа оказания помощи «пострадавшему» выполняется на время с учётом нормативных требований.	ные командиром.
Контролирую качество обучения военнослужащих командирами отделений и добиваюсь четкого и правильного выполнения приемов от каждого обучаемого. Оказываю помощь командирам отделений: провожу индивидуальное обучение слабоуспевающий военнослужащих. Обнаружив ошибки в действиях личного состава, приостанавливаю тренировку, указываю на недостатки, разъясняю, а если необходимо, то и показываю прием лично или при помощи обучаемого, правильно выполняющего его, и продолжаю тренировку до тех пор, пока ошибки не будут устранены, а действия обучаемых не будут доведены до автоматизма.	Учатся правильным и быстрым действиям до приобретения твердых практических навыков в выполнении каждого элемента.
Проверяю качество усвоения материала. Для этого двум- трем обучаемым задаю контрольные (проблемные) вопросы практической направленности с целью удостовериться в правильном понимании изложенного материала и их готовности применять полученные знания на практике.	Отвечают на вопросы. Выполняют указанные практические действия.

3. Обучить студентов практическим навыкам выполнения неотложных реанимационных мероприятий.

Действия руководителя и его помощника	**Действия обучаемых**
Объявляю учебный вопрос и порядок его изучения.	Уясняют порядок отработки вопроса.
Довожу основные положения изучаемого вопроса: - что относится к основным реанимационным мероприятиям; - методы искусственного дыхание и порядок его проведения; - закрытый массаж сердца и порядок его проведения; - последовательность проведения реанимационных мероприятий.	Слушают и уясняют теоретические положения изучаемого вопроса.
Одновременно с рассказом показываю: - последовательность проведения реанимационных мероприятий одним и двумя военнослужащими.	Запоминают последовательность проведения реанимационных мероприятий.
Отвечаю на вопросы, возникшие у обучаемых в ходе теоретической (практической) части занятия	При возникновении вопроса задают его.
Приказываю командирам отделений приступить к проведению реанимационных мероприятий сначала одним, а затем и двумя военнослужащими.	
Командиры отделений разбивают личный состав на группы по три человека, назначают одного из военнослужащих «пострадавшим», а других оказывающими помощь и отрабатывают с подчиненными каждый практический вопрос поточным методом, тренируя индивидуально каждую группу,поочередно меняя местами «пострадавшего» и оказывающего помощь. Они приказывают остальному личному составу наблюдать за действиями оказывающих помощь и находить ошибки и неточности в их действиях.	Оказывающие помощь выполняют практические действия указанные руководителем. Остальные студенты оценивают действия, оказывающих помощь, указывают на ошибки и по требованию руководителя

	выполняют правильные действия
Контролирую качество обучения военнослужащих командирами отделений и добиваюсь четкого и правильного выполнения приемов от каждого обучаемого. Оказываю помощь командирам отделений: провожу индивидуальное обучение слабоуспевающий студентов. Обнаружив ошибки в действиях студентов, приостанавливаю тренировку, указываю на недостатки, разъясняю, а если необходимо, то и показываю прием лично или при помощи обучаемого, правильно выполняющего его, и продолжаю тренировку до тех пор, пока ошибки не будут устранены, а действия обучаемых не будут доведены до автоматизма.	Учатся правильным и быстрым действиям до приобретения твердых практических навыков в выполнении каждого элемента.
Проверяю качество усвоения материала. Для этого двум-трем обучаемым задаю контрольные (проблемные) вопросы практической направленности с целью удостовериться в правильном понимании изложенного материала и их готовности применять полученные знания на практике.	Отвечают на вопросы. Выполняют указанные практические действия

Основы сохранения здоровья военнослужащих

Устав Внутренней службы ВС РФ
утвержден указом Президента РФ
от 10 ноября 2007 г. N1495

335. Охрана здоровья и физическое развитие военнослужащих - неотъемлемая часть их подготовки к выполнению своего воинского долга. Охрана здоровья обеспечивается созданием командирами (начальниками) во взаимодействии с органами государственной власти безопасных условий военной службы. Забота о сохранении и укреплении здоровья военнослужащих - обязанность командиров (начальников).

336. Охрана здоровья военнослужащих достигается:

- проведением командирами (начальниками) мероприятий по оздоровлению условий службы и быта;
- систематическим их закаливанием, регулярными занятиями физической подготовкой и спортом;
- осуществлением санитарно-противоэпидемических (профилактических) и лечебно-профилактических мероприятий.

Закаливание военнослужащих, занятия по физической подготовкой и спортом

339. Закаливание военнослужащих, занятия физической подготовкой и спортом проводятся в целях повышения устойчивости их организма к различным резким изменениям физических факторов окружающей среды, к условиям, связанным с особенностями военной службы и выполнением боевых задач.

340. Мероприятия по закаливанию военнослужащих организуются их командирами (начальниками) с участием начальника медицинской службы и начальника физической подготовки и спорта.

При планировании этих мероприятий учитываются состояние здоровья военнослужащих, их возраст и климатические условия местности.

341. Закаливание военнослужащих должно проводиться систематически

и непрерывно путем комплексного использования водных, солнечных и воздушных факторов в сочетании с занятиями физической подготовкой и спортом.

Основными способами закаливания военнослужащих являются:

- ежедневное выполнение физических упражнений на открытом воздухе;
- обмывание до пояса холодной водой или принятие кратковременного холодного душа;
- полоскание горла холодной водой, а также мытье ног холодной водой перед отбоем;
- проведение в зимний период лыжных тренировок и занятий, выполнение некоторых работ в облегченной одежде;
- проведение в летний период занятий физической подготовкой и спортивно-массовых мероприятий в облегченной одежде, принятие солнечных ванн и купание в открытых водоемах в свободное от занятий и работ время и в дни отдыха.

342. Физическая подготовка военнослужащих осуществляется во время утренней физической зарядки, учебных занятий, спортивно-массовой работы, в процессе учебно-боевой деятельности, а также в ходе самостоятельных тренировок военнослужащих.

Во время занятий выполняются физические упражнения с использованием различных способов тренировки. Физическая нагрузка дозируется с учетом принадлежности военнослужащих к виду и роду войск Вооруженных Сил, возраста и состояния здоровья.

Военнослужащие занимаются в спортивных секциях и спортивных командах во время, установленное распорядком дня и регламентом служебного времени.

Правила личной и общественной гигиены

343. Каждый военнослужащий должен заботиться о сохранении своего здоровья, не скрывать болезней, строго соблюдать правила личной и общественной гигиены, воздерживаться от курения и употребления алкоголя, не допускать употребления наркотических средств и психотропных веществ.

344. Выполнение правил личной гигиены включает:

- утреннее умывание с чисткой зубов;
- мытье рук перед приемом пищи;
- умывание, чистку зубов и мытье ног перед сном;
- своевременное бритье лица, стрижку волос и ногтей;
- принятие гигиенического душа;
- помывку в бане не реже одного раза в неделю со сменой нательного и постельного белья, портянок (носков);
- содержание в чистоте обмундирования и постели, своевременную смену подворотничков. Прическа военнослужащего, усы, если они имеются, должны быть аккуратными, отвечать требованиям гигиены и не мешать использованию средств индивидуальной защиты и ношению снаряжения.

Правила общественной гигиены включают поддержание чистоты в

спальных помещениях, туалетах и других комнатах общего пользования, регулярное проветривание помещений, поддержание чистоты в общественных местах, а также на территории полка.

345. Для обеспечения невосприимчивости военнослужащих к инфекционным болезням проводятся предохранительные прививки, которые могут быть плановыми и по эпидемическим показаниям.

Плановые предохранительные прививки всему личному составу полка проводятся в соответствии с календарем прививок, а по эпидемическим показаниям - по приказу старшего командира (начальника).

От прививок военнослужащие освобождаются только по заключению врача.

Отметки о прививках заносятся в медицинские книжки и военные билеты.

346. Военнослужащий обязан доложить в порядке подчиненности о случаях возникновения инфекционных заболеваний среди лиц, проживающих с ним в одной квартире (комнате общежития), и исполнять должностные и специальные обязанности с разрешения командира полка по заключению начальника медицинской службы.

3. Медицинский контроль за состоянием здоровья военнослужащих. Медицинский осмотр. Амбулаторный прием и стационарное лечение

Медицинский контроль за состоянием здоровья военнослужащих

350. Медицинский контроль за состоянием здоровья военнослужащих осуществляется путем проведения:

- ежедневного медицинского наблюдения за личным составом в ходе боевой подготовки, несения службы в суточном наряде и в быту;
- медицинских осмотров военнослужащих;
- углубленных и контрольных медицинских обследований военнослужащих.

Медицинский осмотр

351. Медицинским осмотрам подвергаются:

- весь личный состав полка - перед проведением профилактических прививок;
- все солдаты и сержанты - в бане перед помывкой;
- личный состав дежурных сил (смен) - перед заступлением на боевое дежурство (боевую службу);
- военнослужащие, служебная деятельность которых связана с возможным воздействием неблагоприятных факторов, а также лица, находящиеся под диспансерным динамическим наблюдением, - в установленные для них сроки;
- лица, постоянно работающие в столовых, на продовольственных складах, объектах водоснабжения, в пекарнях, банях, прачечных, и санитары - один раз в неделю;
- личный состав, назначаемый в наряд по столовой, - до развода суточного наряда;
- все солдаты и сержанты, вновь прибывшие в полк, а также возвратившиеся из отпусков, командировок и лечебных учреждений по

выздоровлении, - в день прибытия в полк, но до направления их в подразделения;

- водители - перед выездом в рейс;

- участники спортивных состязаний - перед соревнованием;

- военнослужащие, подвергнутые дисциплинарному аресту, - перед направлением на гауптвахту, в последующем - в дни помывки в бане.

Углубленное медицинское обследование солдат и сержантов проводится два раза в год перед началом зимнего и летнего периодов обучения, офицеров и прапорщиков - ежегодно (в четвертом квартале; во втором квартале проводится контрольное медицинское обследование).

К углубленному медицинскому обследованию офицеров и прапорщиков привлекаются врачи-специалисты из военно-медицинских учреждений.

352. Время, место и порядок проведения медицинского обследования и осмотра личного состава подразделений полка объявляются приказом командира полка. Запрещается назначать медицинские обследования и осмотры подразделений в дни отдыха.

354. Военнослужащие, отсутствующие по каким-либо причинам на медицинском обследовании, при первой возможности направляются командиром роты для этого в медицинский пункт полка.

356. Военнослужащий не должен скрывать своего заболевания. При заболевании он обязан немедленно доложить об этом непосредственному начальнику и с его разрешения обратиться за медицинской помощью в медицинский пункт полка.

Амбулаторный прием

357. Амбулаторный прием проводится в медицинском пункте полка в часы, установленные распорядком дня полка.

Военнослужащие, внезапно заболевшие или получившие травму, направляются немедленно, в любое время суток, в медицинский пункт полка (госпиталь), а при необходимости в другие учреждения государственной или муниципальной системы здравоохранения.

358. Солдаты и сержанты направляются в медицинский пункт полка дежурным по роте под командой санитарного инструктора роты или старшего, назначенного из числа больных. Книга записи больных за подписью старшины роты представляется дежурному фельдшеру (санитарному инструктору) по медицинскому пункту полка не позже чем за два часа до начала амбулаторного приема.

Врач (фельдшер) контролирует прибытие в медицинский пункт всех военнослужащих, внесенных в книгу записи больных роты.

После осмотра врачом (фельдшером) заболевшие в зависимости от характера заболевания направляются для лечения в лазарет медицинского пункта полка или госпиталь, а при необходимости в другие учреждения государственной или муниципальной системы здравоохранения либо им назначается амбулаторное лечение. Военнослужащие, проходящие военную службу по контракту, по заключению врача могут оставаться для лечения на

квартирах (на дому).

После получения медицинской помощи солдаты и сержанты возвращаются в роту под командой санитарного инструктора или старшего команды. Санитарный инструктор или старший команды передает книгу записи больных дежурному по роте, который представляет ее командиру роты. Старшина роты по заключению врача, имеющемуся в книге записи больных, и соответствующему решению командира роты отдает необходимые указания.

359. Заключение о частичном или полном освобождении военнослужащего от исполнения должностных и специальных обязанностей, занятий и работ дается врачом на срок до шести суток, а в воинских частях, где должность врача штатом не предусмотрена, - фельдшером на срок до трех суток. В случае необходимости освобождение может быть продлено. Рекомендации врача (фельдшера) о частичном или полном освобождении военнослужащего от исполнения обязанностей подлежат обязательному выполнению должностными лицами.

По истечении предоставленного срока освобождения солдаты и сержанты должны быть направлены, если они в этом нуждаются, на повторный медицинский осмотр...

...Больные, которым назначено амбулаторное лечение, для приема лекарств и проведения других лечебных процедур, а также нуждающиеся в консультации медицинских специалистов, направляются в медицинский пункт полка в дни и часы, указанные врачом (фельдшером) в книге записи больных.

360. Зачисление солдат и сержантов, проходящих военную службу по призыву, на диетическое и дополнительное питание осуществляется приказом командира полка на срок до трех месяцев на основании решения военно-врачебной комиссии.

361. В лазарете медицинского пункта полка проводится стационарное лечение больных со сроками лечения до 14 дней. При поступлении в лазарет больные проходят санитарную обработку.

Стационарное лечение

362. На стационарное лечение вне расположения полка военнослужащие направляются по заключению врача командиром полка, а для оказания неотложной помощи в отсутствие врача - дежурным фельдшером (санитарным инструктором) по медицинскому пункту с одновременным докладом начальнику медицинской службы полка и дежурному по полку. Доставка больных в лечебное учреждение осуществляется санитарным транспортом полка в сопровождении фельдшера (санитарного инструктора).

При направлении на лечение вне расположения полка военнослужащие должны быть обмундированы в соответствии со временем года и иметь при себе направление, подписанное командиром полка, медицинскую книжку, документ, удостоверяющий личность, личные вещи и аттестат на продовольствие, в случае необходимости - справку о травме и медицинскую характеристику, а при убытии на лечение за пределы гарнизона - кроме того, аттестаты на вещевое и денежное довольствие, проездные документы до места

расположения лечебного учреждения и обратно.

363. .Военнослужащие, заболевшие в период отпуска или командировки, направляются на стационарное лечение военными комендантами или военными комиссарами.

Выздоровевшие военнослужащие направляются из военного госпиталя или другого учреждения государственной или муниципальной системы здравоохранения в полк с соответствующими документами, которые сдаются по прибытии старшине роты.

1. Оказание первой помощи

1. Первая помощь при кровотечениях

1.1. Способы временной остановки кровотечений

Временная остановка кровотечения достигается наложением давящей повязки, жгута или закрутки, прижатием артерии к кости на протяжении.

а б в

Способы временной остановки кровотечения: а - давящей повязкой, б - жгутом, в - закруткой

При любом кровотечении, особенно при повреждении конечности, поврежденной области следует придать приподнятое положение и обеспечить покой. Это способствует понижению давления крови в кровеносных сосудах, уменьшению в них кровотока и образованию тромба. Кровотечение из мелких ран и капиллярное удается остановить наложением давящей стерильной повязки. В целях лучшего сдавления сосудов ватно-марлевая подушечка ППИ или стерильная повязка накладывается на кровоточащую рану в виде тампона. Для временной остановки кровотечения на туловище пригоден лишь этот способ, так как другие неприемлемы.

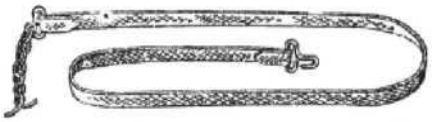
Прижатие артерии на протяжении, т. е. по кровотоку, ближе к сердцу является простым и доступным в различной обстановке способом временной остановки артериального кровотечения. Для этого сосуд прижимают в месте, где та или иная артерия лежит не очень глубоко и ее

Способы прижатия артерий головы

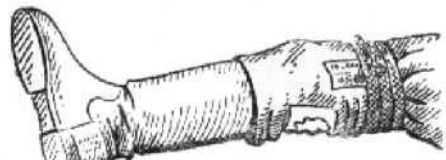
удается прижать к кости. В указанных точках можно определить пульсацию артерий при ощупывании пальцами.

При кровотечении в области лица и волосистой части головы нужно прижать подчелюстную и височную артерии.

В случае кровотечения на шее прижимают сонную артерию к позвоночнику у внутреннего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
Давящая повязка в области шеи накладывается таким образом, чтобы с неповрежденной стороны кровообращение сохранялось.
Кровотечение у основания верхней конечности останавливается путем прижатия подключичной артерии в надключичной области. Плечевую артерию прижимают к кости плеча по краю двуглавой мышцы.
Кровотечение в области предплечья и кисти можно остановить при вкладывании в локтевой сгиб валика и максимальном сгибании руки в локтевом суставе.
Артерии голени прижимают в подколенной ямке, предварительно подложив в нее мягкий валик и максимально согнув ногу в коленном суставе.
В случае артериального кровотечения в области нижней конечности прижимают бедренную артерию в паху или у внутреннего края четырехглавой мышцы.
Для успешной остановки кровотечения артериальный сосуд необходимо сдавливать мякотью двух-четырех пальцев. Такой метод остановки кровотечения применяется как кратковременная мера. Ее необходимо дополнить быстрым наложением жгута.
Наложение жгута является основным способом временной остановки кровотечения на поле боя при ранении крупных артериальных сосудов конечности.
Для этого используется резиновый ленточный жгут. Он состоит из резиновой ленты длиной 1-1,5 м, к одному концу которой прикреплена металлическая цепочка, а к другому крючок.


Жгут

Прижатие плечевой артерии.


Прижатие бедренной артерии

Способ

Способ наложения закрутки

Перед наложением жгут растягивают, затем обматывают им 2-3 раза вокруг конечности так, чтобы витки ложились рядом. Концы жгута закрепляют с помощью цепочки и крючка или завязывают узлом.
накладывают выше раны (ближе к сердцу) непосредственно на одежду, либо место предстоящего наложения жгута обертывают несколькими слоями бинта или другого материала. Важно, чтобы жгут не был наложен чересчур слабо или слишком туго. При слабом наложении жгута артерии пережимаются не полностью, и кровотечение продолжается. В связи с тем, что вены пережаты жгутом, конечность наливается кровью, кожа ее становится синюшной и кровотечение может усилиться. В случае сильного сдавления конечности жгутом травмируются нервы, что может привести к параличу конечности.
Правильное наложение жгута приводит к остановке кровотечения и побледнению кожи конечности. Степень сдавления конечности жгутом определяется по пульсу на артерии ниже места его наложения. Если пульс исчез, значит, артерия оказалась сдавленной жгутом. Конечность, на которую наложен жгут, следует тепло укутать.Жгут, который наложен, нельзя держать продолжительное время. Оно не должно превышать 2 часа иначе может наступить омертвение конечности. Поэтому на повязке или на коже делают несмываемым карандашом надпись, указывающую время наложения жгута. Для этой цели можно использовать записку.
Если через 2 часа раненый не доставлен в перевязочную или операционную для окончательной остановки кровотечения, следует временно ослабить жгут.
Для этого прижимают пальцами артерию выше места наложения жгута, затем медленно, чтобы поток крови не вытолкнул образовавшийся тромб, жгут распускают на 5-10 мин и вновь затягивают его.
Временное ослабление жгута таким способом повторяют через каждый час, пока пострадавший

не получит хирургическую помощь. За раненым со жгутом необходимо наблюдение, так как жгут может ослабнуть, что приведет к возобновлению кровотечения.

При отсутствии жгута для временной остановки кровотечения можно использовать подручные материалы веревку, ремень, скрученный носовой платок и т. п.

Подручными средствами конечность перетягивают так же как резиновым жгутом, либо делают закрутку, конец которой прибинтовывают к конечности.

1.2. **Норматив «Наложение резинового кровоостанавливающего жгута на бедро (плечо)»**

Условия, порядок выполнения и методические указания по отработке норматива «Наложение резинового кровоостанавливающего жгута на бедро (плечо)»

Наименование норматива	**Наложение резинового кровоостанавливающего жгута на бедро (плечо)**
Условия выполнения норматива	**Оказывающий помощь лежит около «раненого» и держит в руке жгут.**
Порядок выполнения норматива	**«Кровотечение из бедра (плеча)» и подает команду, например: «К выполнению норматива - ПРИСТУПИТЬ». Оказывающий помощь накладывает резиновый кровоостанавливающий жгут на место выше кровотечения.** **Время отсчитывается от команды «К выполнению норматива - ПРИСТУПИТЬ» и до закрепления жгута.**
Руководитель занятия уточняет характер и место ранения, например:	**Конечность, на которую наложен жгут, необходимо тепло укутать.**
Методические указания по отработке норматива	**Жгут, который наложен, нельзя держать продолжительное время. Оно не должно превышать 2 часа иначе может наступить омертвение конечности.**
При любом кровотечении, особенно при повреждении конечности, поврежденной области следует придать приподнятое положение и обеспечить покой. Это способствует понижению давления крови в кровеносных сосудах, уменьшению в них кровотока и образованию тромба.	**Если через 2 часа раненый не доставлен в перевязочную или операционную для окончательной остановки кровотечения, следует временно ослабить жгут. Для этого прижимают пальцами артерию выше места наложения жгута, затем медленно, чтобы поток крови не вытолкнул образовавшийся тромб, жгут распускают на 5-10 мин и вновь затягивают его. Временное ослабление жгута таким способом повторяют через каждый час, пока пострадавший не получит хирургическую помощь. За раненым со жгутом необходимо наблюдение, так как жгут может ослабнуть, что приведет к возобновлению кровотечения.**
Наложение жгута является основным способом временной остановки кровотечения на поле боя при ранении крупных артериальных сосудов конечности. Для этого используется резиновый ленточный жгут.	
Важно, чтобы жгут не был наложен чересчур слабо или слишком туго. При слабом наложении жгута артерии пережимаются не полностью, и кровотечение продолжается. В связи с тем, что вены пережаты жгутом, конечность наливается кровью, кожа ее становится синюшной и кровотечение может усилиться. В случае сильного сдавления конечности жгутом травмируются нервы, что может привести к параличу конечности. Правильное наложение жгута приводит к остановке кровотечения и побледнению кожи конечности.	
После наложения жгута рану необходимо закрыть повязкой.	

Подготовительные действия, не входящие в условия норматива «Наложение резинового кровоостанавливающего жгута на бедро (плечо)»

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
Уточняет характер и место ранения, например: «Кровотечение из бедра (плеча)».	Слушает и запоминает характер и место кровотечения.	
2. Подает команду, например: «К БОЮ». Контролирует порядок выполнения приема. Фиксирует ошибки.	Ложится на землю (подстилку)	Обучаемый делает полный шаг правой ногой вперед и немного вправо. Наклоняясь вперед, опускается на левое колено и ставит левую руку на землю впереди себя, пальцами вправо. Затем, опираясь последовательно на бедро левой ноги и предплечье левой руки, ложится на левый бок и быстро поворачивается на живот, раскидывает ноги слегка в стороны носками наружу.

Порядок выполнения норматива
«Наложение резинового кровоостанавливающего жгута на бедро (плечо)»

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
1. Подает команду: «К выполнению норматива - ПРИСТУПИТЬ». Включает секундомер. Контролирует порядок выполнения норматива. Фиксирует ошибки снижающие оценку.	Накладывает резиновый кровоостанавливающий жгут на конечность выше раны.	Для предупреждения защемления кожи, если на конечности нет одежды, оказывающий помощь обертывает место предстоящего наложения жгута (выше раны) несколькими слоями бинта или другого материала (при наличии одежды жгут накладывает непосредственно на одежду). Поврежденной конечности придает приподнятое положение. Это способствует понижению давления крови в кровеносных сосудах, уменьшению в них кровотока и образованию тромба. Растягивает жгут, подводит его под конечность и обматывает им 2-3 раза вокруг конечности так, чтобы туры жгута ложились рядом друг с другом, не ущемляя кожи. Наиболее тугим делает первый тур, второй накладывает с меньшим натяжением, а остальные - с минимальным. Концы жгута закрепляет с помощью цепочки и крючка или завязывает узлом. Степень сдавления конечности жгутом определяет по пульсу на артерии ниже места его наложения. Если пульс исчез, значит, артерия оказалась сдавленной жгутом. На коже пораженной конечности «раненого» делает несмываемым карандашом надпись, указывающую время наложения жгута. Для этой цели можно использовать записку, которую оказывающий помощь оставляет под жгутом.
2. После обозначения времени наложения жгута останавливает секундомер и фиксирует время выполнения норматива.		

Временные показатели и оценка за выполнение норматива «Наложение резинового кровоостанавливающего жгута на бедро (плечо)»

Категория обучаемых	Оценка по времени (секунд)		
	«отлично»	«хорошо»	«удовлетворительно»
Военнослужащие	18	20	25

Ошибки, снижающие оценку за выполнение норматива «Наложение резинового кровоостанавливающего жгута на бедро (плечо)»

На один балл	До «неудовлетворительно»
Наложен жгут на область, не соответствующую ранению. Наложен жгут на оголенное тело без подкладки. Допущено ущемление жгутом кожи. Оказывающий помощь не обозначил время наложения жгута.	**Жгут наложен неправильно (произошло его расслабление или соскальзывание), что может вызвать повторное кровотечение, угрожающее жизни раненого.**

Дальнейшие действия, не входящие в условия норматива «Наложение резинового кровоостанавливающего жгута на бедро (плечо)»

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
1. Подает команду: «ВСТАТЬ». Контролирует порядок выполнения приема. Фиксирует ошибки.	**Встает с земли (подстилки)**	**Для вставания обучаемый переворачивается на живот. Подтягивает обе руки на уровень груди, одновременно с этим сводит обе ноги вместе, резко выпрямляет руки, поднимает грудь от земли, выносит правую (левую) ногу вперед и быстро встает.**
Подает команду «Жгут - СНЯТЬ». Контролирует порядок выполнения приема. Фиксирует ошибки.	**Снимает резиновый кровоостанавливающий жгут с конечности**	**Оказывающий помощь развязывает концы жгута или отсоединяет крючок жгута от цепочки. Затем медленно, чтобы поток крови не вызвал неприятных ощущений у «раненого» распускает жгут.**

1.3. Норматив «Наложение закрутки с помощью косынки и других подручных средств на бедро (плечо)»

Условия, порядок выполнения и методические указания по отработке норматива «Наложение закрутки с помощью косынки и других подручных средств на бедро (плечо)»

Наименование норматива	**Наложение закрутки с помощью косынки и других подручных средств на бедро(плечо)**
Условия выполнения норматива	**Оказывающий помощь лежит около «раненого» и держит в руках медицинскую косынку (подручные материалы: веревку, ремень, скрученный носовой платок и т. п.).**
Порядок выполнения норматива	**Руководитель занятия уточняет характер и место ранения, например: «Кровотечение из бедра (плеча)», определяет, что использовать для наложения закрутки, например: «Наложить закрутку с помощью косынки (ремня)» и подает команду, например: «К выполнению норматива - ПРИСТУПИТЬ». Оказывающий помощь накладывает закрутку с помощью косынки или других подручных средств на место выше кровотечения. Время отсчитывается от команды «К выполнению норматива - ПРИСТУПИТЬ» и до закрепления закрутки.**
Методические указания по отработке норматива	**При любом кровотечении, особенно при повреждении конечности, поврежденной области следует придать приподнятое положение и обеспечить покой. Это способствует понижению давления крови в кровеносных сосудах, уменьшению в них кровотока и образованию тромба. При отсутствии резинового кровоостанавливающего жгута наложение закрутки с помощью медицинской косынки или других подручных средств, становиться основным способом временной остановки кровотечения на поле боя при ранении крупных артериальных сосудов конечности. Важно, чтобы закрутка не была наложена чересчур слабо или слишком туго. При слабом наложении закрутки артерии пережимаются не полностью, и кровотечение продолжается. В связи с тем, что вены пережаты закруткой, конечность наливается кровью, кожа ее становится синюшной и кровотечение может усилиться. В случае сильного сдавления конечности закруткой травмируются нервы, что может привести к параличу конечности. Правильное наложение закрутки приводит к остановке кровотечения и побледнению кожи конечности. После наложения закрутки рану необходимо закрыть повязкой. Конечность, на которую наложена закрутка, необходимо тепло укутать. Закрутку на конечности нельзя держать продолжительное время. Оно не должно превышать 2 часа иначе может наступить омертвение конечности. Если через 2 часа раненый не доставлен в перевязочную или операционную для**

окончательной остановки кровотечения, следует временно ослабить закрутку. Для этого прижимают пальцами артерию выше места наложения закрутки, затем медленно, чтобы поток крови не вытолкнул образовавшийся тромб, закрутку распускают на 5-10 мин и вновь затягивают ее. Временное ослабление закрутки таким способом повторяют через каждый час, пока пострадавший не получит хирургическую помощь. За раненым с закруткой необходимо наблюдение, так как она может ослабнуть, что приведет к возобновлению кровотечения.

Подготовительные действия, не входящие в условия норматива «Наложение закрутки с помощью косынки и других подручных средств на бедро (плечо)»

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
Уточняет характер и место ранения, например: «Кровотечение из бедра (плеча)» и определяет, что использовать для наложения закрутки, например: «Наложить закрутку с помощью косынки (ремня)».	Слушает и запоминает характер и место кровотечения, а также, что использовать для наложения закрутки.	
2. Подает команду, например: «К БОЮ». Контролирует порядок выполнения приема. Фиксирует ошибки.	Ложится на землю (подстилку)	Обучаемый делает полный шаг правой ногой вперед и немного вправо. Наклоняясь вперед, опускается на левое колено и ставит левую руку на землю впереди себя, пальцами вправо. Затем, опираясь последовательно на бедро левой ноги и предплечье левой руки, ложится на левый бок и быстро поворачивается на живот, раскидывает ноги слегка в стороны носками наружу.

Порядок выполнения норматива «Наложение закрутки с помощью косынки и других подручных средств на бедро (плечо)»

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
1. Подает команду: «К выполнению норматива - ПРИСТУПИТЬ». Включает секундомер. Контролирует порядок выполнения норматива. Фиксирует ошибки снижающие оценку.	Накладывает закрутку с помощью косынки или других подручных средств.	Для предупреждения защемления кожи, если на конечности нет одежды, оказывающий помощь обертывает место предстоящего наложения закрутки (выше раны) несколькими слоями бинта или другого материала (при наличии одежды закрутку накладывает непосредственно на одежду). Поврежденной конечности придает приподнятое положение. Это способствует понижению давления крови в кровеносных сосудах, уменьшению в них кровотока и образованию тромба. Косынку (или подручный материал) обворачивает вокруг бедра (плеча) выше места ранения и завязывает крепким узлом. В образовавшуюся петлю вставляет палку и закручивает ее. Степень сдавления конечности закруткой определяет по пульсу на артерии ниже места его наложения. Если пульс исчез, значит, артерия оказалась сдавленной закруткой. Концы палки закрепляет на бедре (плече) бинтом (тесьмой). На коже пораженной конечности «раненого» делает несмываемым карандашом надпись, указывающую время наложения закрутки. Для этой цели можно использовать записку, которую оказывающий помощь оставляет под закруткой.

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
2. После обозначения времени наложения закрутки останавливает секундомер и фиксирует время выполнения норматива.		

Временные показатели и оценка за выполнение норматива «Наложение закрутки с помощью косынки и других подручных средств на бедро (плечо)»

Категория обучаемых	Оценка по времени (секунд)		
	«отлично»	«хорошо»	«удовлетворительно»
Военнослужащие	30	35	40

Ошибки, снижающие оценку за выполнение норматива«Наложение закрутки с помощью косынки и других подручных средств на бедро (плечо)»

На один балл	До «неудовлетворительно»
Закрутка наложена на область, не соответствующую ранению. Наложена закрутка на оголенное тело без подкладки. Допущено ущемление закруткой кожи. Оказывающий помощь не обозначил время наложения закрутки.	Закрутка наложена неправильно (произошло ее расслабление или соскальзывание), что может вызвать повторное кровотечение, угрожающее жизни раненого.

Дальнейшие действия, не входящие в условия норматива «Наложение закрутки с помощью косынки и других подручных средств на бедро (плечо)»

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
1. Подает команду: «ВСТАТЬ». Контролирует порядок выполнения приема. Фиксирует ошибки.	Встает с земли (подстилки)	Для вставания обучаемый переворачивается на живот. Подтягивает обе руки на уровень груди, одновременно с этим сводит обе ноги вместе, резко выпрямляет руки, поднимает грудь от земли, выносит правую (левую) ногу вперед и быстро встает.
2. Подает команду «Закрутку - СНЯТЬ». Контролирует порядок выполнения приема. Фиксирует ошибки.	Снимает закрутку с конечности	Оказывающий помощь отвязывает бинт, которым закреплены концы палки к бедру (плечу). Затем медленно, чтобы поток крови не вызвал неприятных ощущений у «пострадавшего» распускает закрутку.

2. Наложению повязок на различные области тела с использованием табельных и подручных средств для остановки кровотечения

2.1. Повязка на голову

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 пострадавший 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.

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.
Неаполитанская повязка на область уха. Ходы бинта соответствуют ходам при наложении повязки на глаз, но проходят выше глаза на стороне бинтуемого уха.

Повязки на глаза:

а - монокулярная повязка на правый глаз; б - моноку-

лярная повязка на левый глаз; в - бинокулярная повязка на оба глаза

Неаполитанская повязка на область уха

2.2. Повязки на грудную клетку

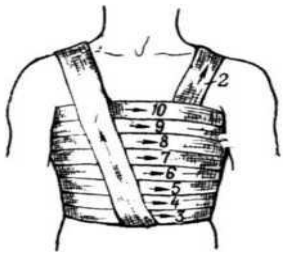
Конусовидная форма грудной клетки и изменение ее объема во время дыхания часто приводят к сползанию повязок. Бинтование грудной клетки следует выполнять широкими бинтами и применять дополнительные приемы укрепления повязок.

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. 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 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 свисающий на грудь, укладывают на правое надплечье и связывают со вторым концом, свисающим на спине. Создается как бы портупея, которая поддерживает спиральные ходы бинта.

Окклюзионная повязка. Накладывается с применением перевязочного пакета индивидуального (ППИ) при проникающих ранениях грудной клетки. Повязка препятствует засасыванию воздуха в плевральную полость при дыхании.

Наружную оболочку пакета разрывают по имеющемуся надрезу и снимают ее, не нарушая стерильности внутренней поверхности. Извлекают булавку из внутренней пергаментной оболочки и вынимают бинт с ватно-марлевыми подушечками. Поверхность кожи в области раны рекомендуется обработать борным вазелином, что обеспечивает более надежную герметизацию плевральной полости.



Не нарушая стерильности внутренней поверхности подушечек, разворачивают повязку и укрывают проникающую в плевральную полость рану той стороной подушечек, которая не прошита цветными нитками. Разворачивают прорезиненную наружную оболочку пакета и внутренней поверхностью закрывают ватно-марлевые подушечки. Края оболочки должны соприкасаться с кожей смазанной борным вазелином. Повязку фиксируют спиралевидными турами бинта, при этом края прорезиненной оболочки плотно прижимают к коже.

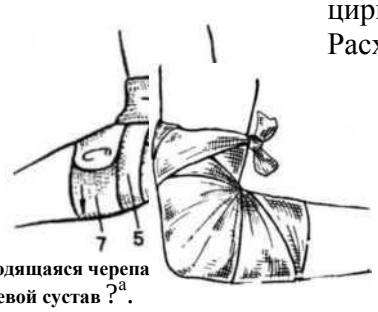
Спиральная повязка груди

При отсутствии пакета перевязочного индивидуального, повязку накладывают с применением малой или большой стерильных повязок. Ватно-марлевые подушечки укладывают на рану и накрывают их бумажной оболочкой повязки, после чего перевязочный материал в области раны фиксируется спиралевидными турами бинта.

2.3. Повязки на верхнюю конечность

Сходящаяся черепашья повязка на локтевой сустав

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. Сходящаяся черепашья повязка. Рука согнута в локтевом суставе под углом в 90 градусов. 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



Расходящаяся черепа локтевой сустав ?[a].

Расходящаяся черепашья повязка. Бинтование начинают с круговых закрепляющих туров непосредственно по линии сустава, затем бинт поочередно проводят выше и ниже локтевого сгиба, прикрывая на две трети предыдущие туры. Все ходы перекрещиваются по сгибательной поверхности локтевого сустава.

Косыночная повязка на область локтевого сустава Таким образом закрывают всю область сустава. Повязку заканчивают круговыми ходами на плече или предплечье.

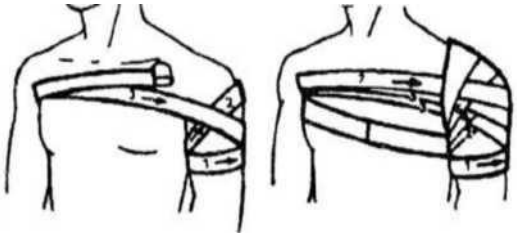
Косыночная повязка на область локтевого сустава. Косынку подводят под заднюю поверхность локтевого сустава так, чтобы основание косынки находилось под предплечьем, а верхушка - под нижней третью плеча. Концы косынки проводят на переднюю поверхность локтевого сустава, где их перекрещивают, обводят вокруг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

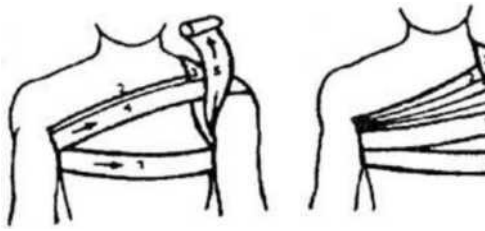
Ширина бинта - 10-14 см. На левый плечевой сустав повязку бинтуют слева направо, на правый - справа налево, то есть бинтование колосовидной повязки осуществляется в направлении стороны повреждения.

Различают восходящую и нисходящую колосовидные повязки на область плечевого сустава.

Восходящая колосовидная повязка. Бинтование начинают с круговых закрепляющих туров в верхнем отделе плеча, затем бинт ведут на надплечье и по спине к подмышечной области

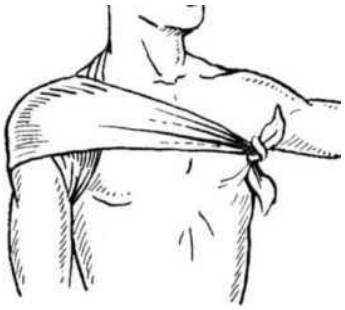
противоположной стороны. Далее ход бинта идет по передней стороне груди на переднюю поверхность плеча, по наружной поверхности вокруг плеча в подмышечную ямку, с переходом на наружную поверхность плечевого сустава и надплечье. Затем туры бинта повторяются со смещением кверху на одну треть или половину ширины бинта. Бинтование заканчивают круговыми турами вокруг грудной клетки.





Колосовидная повязка на область плечевого сустава: а, б - восходящая; в, г - нисходящая

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.



Косыночная повязка на область плечевого сустава

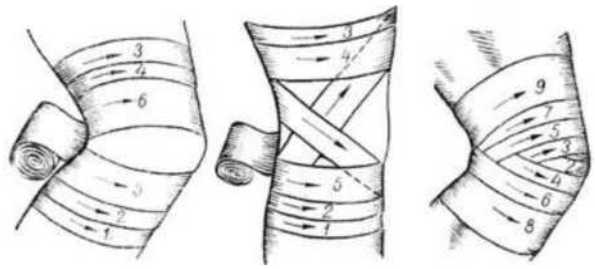
Косыночная повязка на область плечевого сустава. Медицинскую косынку складывают галстуком и середину ее подводят в подмышечную ямку, концы повязки перекрещивают над плечевым суставом, проводят по передней и задней поверхностям грудной клетки и связывают в подмышечной области здоровой стороны.

2.4. Повязки на нижнюю конечность

Косынку укладывают на подошвенную поверхность стопы. Основание косынки расположено поперек стопы. Верхушка расположены по задней поверхности голеностопного сустава. Концы косынки перекрещивают сначала на тыле стопы, а затем над верхушкой заведенной на заднюю поверхность голеностопного сустава и нижней трети голени. Связывают концы на передней поверхности 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 не

Косыночные повязки на область голеностопного сустава

посредственно 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.



а б

Черепашья повязка на коленный сустав: а, б - сходящаяся; в - расходящаяся

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. Затем накладывают сходящиеся восьмиобразные туры бинта, перекрещивающиеся 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. 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. Спиральная повязка с перегибами на бедро. Применяется для удержания перевязочного материала на ранах и других повреждениях бедра, которое, как и голень имеет конусовидную форму. Ширина бинта - 10-14 см.

Бинтование начинают закрепляющими круговыми турами в нижней трети бедра над коленным суставом. Затем спиральными ходами бинта с перегибами закрывают всю поверхность бедра снизу вверх.

Как правило, такие повязки на бедре удерживаются плохо, легко соскальзывают. Поэтому рекомендуется завершать повязку турами колосовидной повязки на область тазобедренного сустава.

2.5. Норматив «Наложение первичной повязки»

Условия, порядок выполнения и методические указания по отработке норматива «Наложение первичной повязки»

Наименование норматива	**Наложение первичной повязки**
Условия выполнения норматива	**«Раненый» и оказывающий помощь лежат. Перевязочный материал и другие средства оказания первой помощи (косынка) находятся в руках оказывающего помощь или рядом с ним.**
Порядок выполнения норматива	**Руководитель занятия уточняет характер и место ранения, например: «Поражен правый глаз» («Ранение плечевого сустава» и т.п.) и подает команду, например: «К выполнению норматива - ПРИСТУПИТЬ». Оказывающий помощь развертывает пакет и выполняет повязку на рану.** **При наложении повязки время отсчитывается с момента начала развертывания перевязочного материала до закрепления повязки (булавкой или концами надорванной ленты бинта).**
Методические указания по отработке норматива	**Время, затраченное на обнажение раны, не учитывается (допускается бинтование места ранения поверх обмундирования).** **При наложении повязку на глаз нельзя закапывать в раненный и обожженный глаз лекарство и промывать глаз. Это может привести к попаданию в него инфекции. Не следует пытаться удалять из глаза инородные тела, нужно лишь убрать кусочки земли и другие предметы, свободно лежащие в глазу и около него. Повязка на правый глаз бинтуется слева направо, на левый глаз - справа налево. При наложении повязку на ухо следует учитывать, что повреждения ушной ра-**

ковины по клиническому течению и оказываемой медицинской помощи существенно не отличаются от поражения кожных покровов другой локализации. Однако, учитывая хорошую приживляемость ушной раковины, по возможности ее надо сохранять даже при полном отрыве.

Наружный слуховой проход повреждается при переломе сустава нижней челюсти, огнестрельных ранах, переломах основания черепа. Нередко при этом отмечается разрыв барабанной перепонки. Кровотечение из наружного слухового прохода может быть признаком тяжелой травмы-перелома основания черепа. Повязка на правое ухо бинтуется слева направо, на левое ухо - справа налево. При травме локтевого сустава выполняют черепашью повязку 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.

При отсутствии перевязочного материала локтевой сустав перевязывают косыночной повязкой, которую выполняют медицинской косынкой.

При травме коленного сустава выполняют черепашью повязку на область коленного сустава. Черепашья повязка 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.

При травме плечевого сустава выполняют колосовидную повязку на область плечевого сустава. Эта повязка позволяет хорошо удерживать перевязочный материал на ране в области плечевого сустава и прилегающих к нему областей. Перекрест туров бинта выполняют непосредственно над перевязочным материалом, укрывающим рану.

На левый плечевой сустав повязку бинтуют слева направо, на правый - справа налево, то есть бинтование колосовидной повязки осуществляют в направлении стороны повреждения. Различают восходящую и нисходящую колосовидные повязки на область плечевого сустава.

При травме грудной клетки выполняют восьмиобразную (крестообразную) повязку. Повязка состоит из туров бинта, ход которых напоминает форму креста или восьмерки. Перекрест туров бинта должен быть расположен в проекции раны. Каждый следующий тур бинта полностью перекрывает предыдущий без смещения. Возможно незначительное смещение туров, необходимое для полного закрытия бинтом перевязочного материала на ране.

Восьмиобразная повязка надежно удерживает перевязочный материала на передней и задней поверхности грудной клетки.

При наложении повязки на голеностопный сустав применяют крестообразную (восьмиобразную) повязку, которая позволяет надежно фиксировать голеностопный сустав при повреждении связок и некоторых заболеваниях сустава.

Подготовительные действия, не входящие в условия норматива «Наложение первичной повязки»

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
1. Уточняет характер и место ранения, например: «Поражен правый глаз» («Ранение плечевого сустава»)» и т.п., а затем определяет, какую повязку выполнить, например: «Выполнить сходящуюся черепашью повязку» («Выполнить косыночную повязку») и т.п.	**Слушает и запоминает характер и место ранения, а также, какую повязку выполнить.**	
2. Подает команду, например: «К БОЮ». Контроли-	**Ложится на землю (подстилку)**	**Обучаемый делает полный шаг правой ногой вперед и немного вправо. Наклоняясь вперед, опускается на левое**

рует порядок выполнения приема. Фиксирует ошибки.	

колено и ставит левую руку на землю впереди себя, пальцами вправо. Затем, опираясь последовательно на бедро левой ноги и предплечье левой руки, ложится на левый бок и быстро поворачивается на живот, раскидывает ноги слегка в стороны носками наружу.

Порядок выполнения норматива «Наложение первичной повязки»

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
1. Подает команду: «К выполнению норматива - ПРИСТУПИТЬ». Включает секундомер. Контролирует порядок выполнения норматива. Фиксирует ошибки снижающие оценку.	**1. При наложении повязки на правый (левый) глаз:**	
	развертывает пакет и выполняет повязку на правый (левый) глаз	**Оказывающий помощь снимает головной убор с «раненного». Вскрывает пакет перевязочный индивидуальный или бинт (выполняет норматив № 1). Складывает подушечки ППИ друг на друга и накладывает их на пораженный глаз. Закрепляет бинт двумя круговыми горизонтальными ходами вокруг головы, разматывая его слева направо, при наложении повязки на правый глаз, и справа налево - при наложении повязки на левый. Выводит бинт сзади вниз на затылок, под ухо со стороны больного глаза, наискось через щеку вверх, закрывая больной глаз. Косой ход бинта закрепляет круговым ходом вокруг головы. Чередуя косые и круговые ходы, закрывает область поврежденного глаза. Заканчивает бинтование круговыми ходами на голове и закреплением повязки (булавкой или концами надорванной ленты бинта).**
	2. При наложении повязки на правое (левое) ухо:	
	развертывает пакет и выполняет повязку на правое (левое) ухо	**Оказывающий помощь снимает головной убор с «раненного». Вскрывает пакет перевязочный индивидуальный или бинт (выполняет норматив № 1). Складывает подушечки ППИ друг на друга и накладывает их на пораженное ухо. Закрепляет бинт 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. Ведет бинт вокруг затылка на правое (левое) ухо и один ход вокруг головы, закрепляя предыдущий ход бинта. Чередуя ходы, закрывает область поврежденного уха. Заканчивает бинтование круговыми ходами на голове и закреплением повязки (булавкой или концами надорванной ленты бинта).**
	3. При наложении повязки на локтевой сустав:	
	развертывает пакет и выполняет черепашью (при отсутствии перевязочного материала - косыночную) повязку на область локтевого сустава	**Оказывающий помощь вскрывает пакет перевязочный индивидуальный или бинт (выполняет норматив № 1). Сгибает пострадавшую руку в локтевом суставе под прямым углом. При выполнении сходящейся черепашьей повязки оказывающий помощь сначала бинтует руку круговыми укрепляющими турами либо в нижней трети плеча над локтевым суставом, либо в верхней трети предплечья. Затем восьмиобразными турами закрывает перевязочным материалом области повреждения (ходы бинта перекрещивает только в области локтевого сгиба). Восьмиобразные туры бинта постепенно смещает к центру сустава. Заканчивает повязку циркулярными турами по линии сустава и закрепляет ее (булавкой или концами надорванной ленты бинта).**

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
		При выполнении расходящейся черепашьей повязки оказывающий помощь начинает бинтование руки с круговых закрепляющих туров непосредственно по линии сустава. Затем бинт поочередно проводит выше и ниже локтевого сгиба, прикрывая на две трети предыдущие туры (ходы перекрещивает по сгибательной поверхности локтевого сустава). Закрепляет повязку (булавкой или концами надорванной ленты бинта). При выполнении косыночной повязки оказывающий помощь подводит косынку под заднюю поверхность локтевого сустава так, чтобы основание косынки находилось под предплечьем, а верхушка - под нижней третью плеча. Концы косынки проводит на переднюю поверхность локтевого сустава, где их перекрещивает, обводит вокруг нижней трети плеча и связывает. Верхушку прикрепляет к перекрещенным концам косынки на задней поверхности плеча.
	4. При наложении повязки на коленный сустав:	
	развертывает пакет и выполняет черепашью повязку на область коленного сустава	Оказывающий помощь вскрывает пакет перевязочный индивидуальный или бинт (выполняет норматив № 1). Слегка сгибает конечность в коленном суставе. При выполнении сходящейся черепашьей повязки оказывающий помощь начинает бинтование ноги 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. Затем накладывает сходящиеся восьмиобразные туры бинта, перекрещивающиеся в подколенной области. Повязку заканчивает круговыми турами в верхней трети голени под коленным суставом и закрепляет ее (булавкой или концами надорванной ленты бинта). При выполнении расходящейся черепашьей повязки оказывающий помощь начинает бинтование ноги закрепляющими круговыми турами через наиболее выстоящую часть надколенника. Затем выполняет восьмиобразные расходящиеся ходы, перекрещивающиеся в подколенной области. Повязку заканчивает круговыми турами в верхней трети голени или нижней трети бедра в зависимости от того, где расположено повреждение и закрепляет ее (булавкой или концами надорванной ленты бинта).
	5. При наложении повязки на плечевой сустав:	
	развертывает пакет и выполняет колосовидную (при отсутствии перевязочного материала - косыночную) повязку на область плечевого сустава	Оказывающий помощь вскрывает пакет перевязочный индивидуальный или бинт (выполнять норматив № 1). Слегка отводит плечо пострадавшей руки от туловища. При выполнении восходящей колосовидной повязки оказывающий помощь начинает бинтование с круговых закрепляющих туров в верхнем отделе плеча, затем бинт ведет на надплечье и по спине к подмышечной области противоположной стороны. Далее ход бинта направляет 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 повторяет со смещением кверху на одну треть или половину ширины бинта. Бинтование заканчивает круговыми турами вокруг груд-

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
		ной клетки. Повязку закрепляет булавкой или концами надорванной ленты бинта. **При выполнении нисходящей колосовидной повязки оказывающий помощь конец бинта фиксирует циркулярными ходами вокруг грудной клетки, затем из подмышечной области здоровой стороны поднимают бинт по передней поверхности грудной клетки до надплечья на стороне повреждения, огибает его по задней поверхности и через подмышечную область выводит на переднюю поверхность надплечья.** **После чего ход бинта по спине возвращает в подмышечную область здоровой стороны. Каждый последующий восьмиобразный ход повторяет несколько ниже предыдущего.** **Бинтование заканчивает круговыми турами вокруг грудной клетки. Повязку закрепляет булавкой или концами надорванной ленты бинта.** **При выполнении косыночной повязки оказывающий помощь складывает медицинскую косынку галстуком и ее средину подводит в подмышечную ямку, концы повязки перекрещивает над плечевым суставом, проводит по передней и задней поверхностям грудной клетки и связывает в подмышечной области здоровой стороны.**
	6. При наложении «восьмиобразной» повязки на грудь:	
	развертывает пакет и выполняет восьмиобразную (крестообразную) повязку на грудь	**Оказывающий помощь вскрывает пакет перевязочный индивидуальный или бинт (выполняет норматив № 1). Если позволяет состояние «раненого», то усаживает его. При проникающем ранении грудной клетки, не нарушая стерильности внутренней поверхности подушечек, оказывающий помощь разворачивает повязку и укрывает проникающую в плевральную полость рану той стороной подушечек, которая не прошита цветными нитками. Разворачивает прорезиненную наружную оболочку пакета и внутренней поверхностью закрывает ватномарлевые подушечки.** **Повязку фиксирует круговыми ходами; при этом края прорезиненной оболочки плотно прижимает к коже. Восьмиобразную повязку на грудь он начинает с круговых ходов вокруг грудной клетки в ее нижнем отделе. Затем из правой подмышечной области бинт ведет по передней поверхности груди косо на левое надплечье и проводит его сзади через спину поперек на правое над- плечье. Откуда бинт ведет снова по передней поверхности груди в область левой подмышки, перекрещивая предыдущий тур. Далее ведет бинт сзади через спину к правой подмышечной впадине и вновь повторяет описанный восьмиобразный ход.** **Закрепляет повязку вокруг грудной клетки концами надорванной ленты бинта.** **При ранении в грудь без осложнения пневмотораксом оказывающий помощь на рану накладывает только марлевые подушечки и фиксирует их круговыми ходами. Восьмиобразную повязку на грудь он начинает с круговых ходов вокруг грудной клетки в ее нижнем отделе. Затем из правой подмышечной области бинт ведет по передней поверхности груди косо на левое надплечье и проводит его сзади через спину поперек на правое над- плечье. Откуда бинт ведет снова по передней поверхности груди в область левой подмышки, перекрещивая предыдущий тур. Далее ведет бинт сзади через спину к правой подмышечной впадине и вновь повторяет описанный**

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
		восьмиобразный ход. **Закрепляет повязку вокруг грудной клетки концами надорванной ленты бинта.**
	7. При наложении повязки на голеностопный сустав:	
	развертывает пакет и выполняет восьмиобразную (крестообразную) повязку, а при отсутствии перевязочного материала - косыночную	**Оказывающий помощь вскрывает пакет перевязочный индивидуальный или бинт (выполняет норматив № 1).** **Стопу устанавливает в положении под прямым углом по отношению к голени.** **При выполнении восьмиобразной (крестообразной) повязки бинтование начинает с круговых фиксирующих туров в нижней трети голени над лодыжками.** **Затем ведет ход бинта косо по тыльной поверхности голеностопного сустава к боковой поверхности стопы (к наружной на левой стопе и к внутренней на правой стопе). Выполняет круговой ход вокруг стопы. Далее с противоположной боковой поверхности стопы по ее тылу косо вверх пересекает предыдущий ход бинта и возвращается на голень.** **Вновь выполняет круговой ход над лодыжками и повторяет восьмиобразные ходы бинта 5-6 раз для создания надежной фиксации голеностопного сустава.** **Повязку заканчивает круговыми турами на голени над лодыжками и закрепляет ее булавкой или концами надорванной ленты бинта.** **При выполнении косыночной повязки на голеностопный сустав оказывающий помощь укладывает косынку на подошвенную поверхность стопы. При этом основание косынки располагает поперек стопы, а ее верхушку располагает по задней поверхности голеностопного сустава. Концы косынки перекрещивает сначала на тыле стопы, а затем над верхушкой заведенной на заднюю поверхность голеностопного сустава и нижней трети голени. Связывает концы косынки на передней поверхности голени над лодыжками.**
2. После закрепления повязки останавливает секундомер и фиксирует время выполнения норматива.		

Временные показатели и оценка за выполнение норматива № «Наложение первичной повязки»

Военнослужащие	Оценка по времени (минут, секунд)		
	«отлично»	«хорошо»	«удовлетворительно»
Повязка на правый (левый) глаз	1.25	1.35	1.55
Повязка на правое (левое) ухо	1.10	1.15	1.30
Повязка на локтевой (коленный) сустав	1.10	1.15	1.30
Повязка на плечевой сустав	1.15	1.20	1.35
«Восьмиобразная» повязка на грудь	2.10	2.20	2.50
Повязка на голеностопный сустав	1.05	1.10	1.25

Ошибки, снижающие оценку за выполнение норматива «Наложение первичной повязки»

На один балл	До «неудовлетворительно»
Повязка наложена слабо (сползает) или при ее наложении образуются «карманы», складки. Повязка не закреплена или закреплена узлом над раной. Допущены ошибки, снижающие оценку на один балл при вскрытии пакета перевязочного индивидуального или бинта (норматив № 1): а). нарушена последовательность выполнения норматива; б). булавка не приколата к своему обмундированию на видном месте.	**Допущены ошибки, определяющие оценку «неудовлетворительно» при вскрытии пакета перевязочного индивидуального или бинта (норматив № 1): а). нарушена стерильность развертываемого пакета (падение пакета на землю, касание его обмундирования и т.д.).**

Дальнейшие действия, не входящие в условия норматива «Наложение первичной повязки»

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
1. Подает команду: «ВСТАТЬ». Контролирует порядок выполнения приема. Фиксирует ошибки.	**Встает с земли (подстилки)**	**Для вставания обучаемый переворачивается на живот. Подтягивает обе руки на уровень груди, одновременно с этим сводит обе ноги вместе, резко выпрямляет руки, поднимает грудь от земли, выносит правую (левую) ногу вперед и быстро встает.**
2. Подает команду «Повязку - СНЯТЬ». Контролирует порядок выполнения приема. Фиксирует ошибки.	**Снимает перевязочный материал (косынку) с места наложения повязки.**	**Оказывающий помощь развязывает концы надорванной ленты бинта (косынки) или отстегивает булавку. Затем медленно, чтобы поток крови не вызвал неприятных ощущений у «раненого» разбинтовывает повязку. Одновременно бинт сворачивает в рулон.**

3.Наложение шины на повреждённую поверхность из табельных и подручных средств

3.1. Первая медицинская помощь при переломах голени. Общие правила наложения шин

Основные признаки повреждений голени:

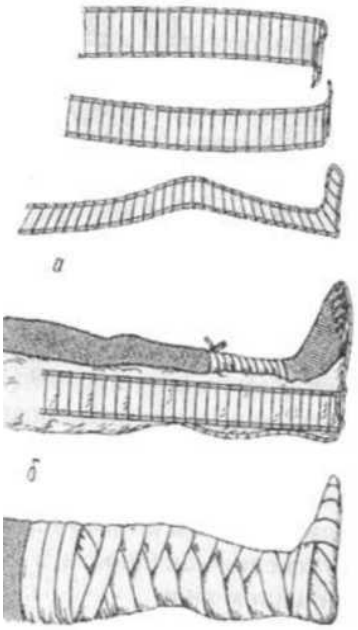
- боль в месте повреждения, которая усиливается при движении поврежденной голени;
- деформация в месте повреждения голени;
- движения в голеностопном суставе невозможны или значительно ограничены;
- обширные кровоподтеки в области повреждения.

Лучше всего иммобилизация достигается Г-образно изогнутой отмоделированной задней лестничной шиной длиной 120см и двумя боковыми лестничными или фанерными шинами длиной по 80 см. Верхний конец шин должен доходить до середины бедра. Нижний конец боковых лестничных шин изогнут Г-образно. Нога незначительно согнута в коленном суставе. Стопа устанавливается по отношению к голени под прямым углом. Шины укрепляют марлевыми бинтами.

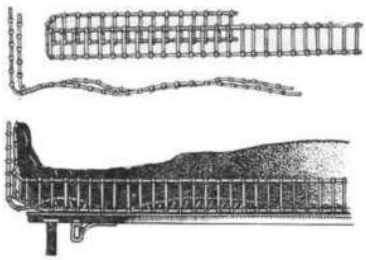
Иммобилизация может быть выполнена двумя лестничными шинами длиной по 120 см.

Ошибки транспортной иммобилизации повреждений голени лестничными шинами:

1. Недостаточное моделирование лестничной шины (отсутствует углубление для пятки и икроножной мышцы, нет выгибания шины в подколенной области).
2. Иммобилизация выполнена только задней лестничной шиной без дополнительных боковых шин.
3. Недостаточная фиксация стопы (нижний конец боковых шин не изогнут Г-образно), что приводит к ее подошвенному отвисанию.
4. Недостаточная иммобилизация коленного и голеностопного суставов.
5. Сдавление ноги тугим бинтованием при укреплении шины.



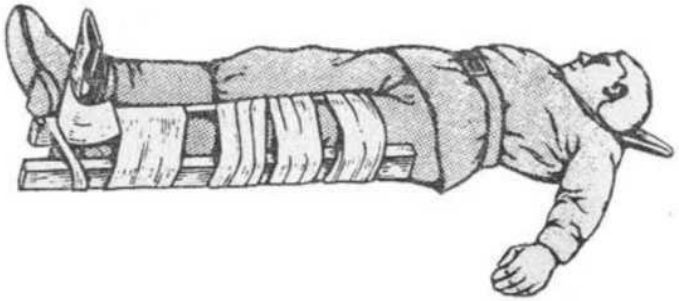
Иммобилизация тремя лестничными шинами повреждений гол подготовка лестничных и наложение и фиксация



Иммобилизация двумя лестничными шинами повреждений голени

6. Фиксация конечности в положении, когда сохраняется натяжение кожи над костными отломками (передняя поверхность голени, лодыжки), что приводит к повреждению кожи над костными отломками или образованию пролежней. Натяжение кожи сместившимися костными отломками в верхней половине голени устраняется обездвиживанием коленного сустава в положении полного разгибания.

Иммобилизация повреждений голени при отсутствии стандартных шин может быть выполнена подручными средствами.



Транспортная иммобилизация повреждений голени подручными средствами

3.2. Первая медицинская помощь при переломах плеча. Общие правила наложения шин.

Признаки переломов плеча и повреждений смежных суставов:

- выраженная боль и припухлость в области повреждения;
- боль резко усиливается при движении;
- изменение формы плеча и суставов;
- движения в суставах значительно ограничены или невозможны;
- ненормальная подвижность в области перелома плеча.

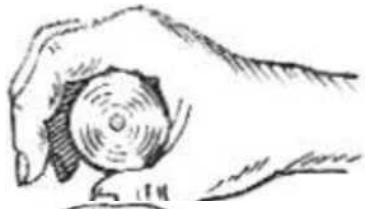
Иммобилизация лестничной шиной - наиболее эффективный и надежный способ транспортной иммобилизации при повреждениях плеча.

Шина должна захватывать всю поврежденную конечность - от лопатки здоровой стороны до кисти на поврежденной руке и при этом выступать на 2-3 см за кончики пальцев. Иммобилизацию выполняют лестничной шиной длиной 120 см.

Верхняя конечность обездвиживается в положении небольшого переднего и бокового отведения плеча. Для этого в подмышечную область на стороне повреждения вкладывают ком ваты, локтевой сустав согнут под прямым углом, предплечье расположено таким образом, чтобы ладонь кисти была обращена к животу. В кисть вкладывают валик из ваты.

Подготовка шины.

Измеряют длину от наружного края лопатки пострадавшего до плечевого сустава и изгибают на этом расстоянии шину под тупым углом;



Измеряют по задней поверхности плеча пострадавшего расстояние от верхнего края плечевого сустава до локтевого сустава и изгибают шину на этом расстоянии под прямым углом;

Оказывающий помощь, на себе дополнительно изгибает шину по контурам спины, задней поверхности плеча и предплечья. Часть шины, предназначенную для предплечья, рекомендуется выгнуть в форме желоба. Примерив изогнутую шину к здоровой руке пострадавшего, делают необходимые исправления.

Подготовка шины для иммобилизации верхней конечности

Если шина недостаточной длины и кисть свисает, ее нижний конец необходимо нарастить куском фанерной шины или куском толстого картона. Если же длина шины чрезмерна, ее нижний конец подгибают.

К верхнему концу обернутой серой ватой и бинтами шины привязывают две марлевые тесемки длиной 75 см.

Подготовленная к применению шина прикладывается к поврежденной руке, верхний и нижний концы шины связывают тесьмами и укрепляют шину бинтованием. Руку вместе с шиной подвешивают на косынке или перевязе.

Для улучшения фиксации верхнего конца шины, к нему следует прикрепить дополнительно два отрезка бинта длиной 1,5 м, затем провести бинтовые тесьмы вокруг плечевого сустава здоровой конечности, сделать перекрест, обвести вокруг груди и связать.

Лестничная шина, изогнутая для иммобилизации всей верх-
Тр^гортшяимм^илгоацмвтейюрхгейкотетшстил^таичшйшишш ней конечности [а] - прикладывание шины к верхней конечности и связывание ее концов;
б - укрепление шины бинтованием; в - подвешивание руки на косынке

При иммобилизации плеча лестничной шиной возможны следующие ошибки:

1. Верхний конец шины достигает только лопатки больной стороны, очень скоро шина отходит от спины и упирается в шею или голову. При таком положении шины иммобилизация повреждений плеча и плечевого сустава будет недостаточной.
2. Отсутствие тесемок на верхнем конце шины, что не позволяет его надежно фиксировать.
3. Плохое моделирование шины.
4. Иммобилизованная конечность не подвешена на косынку или перевязь.

При отсутствии стандартных шин иммобилизацию осуществляют с помощью косынки меди

цинской, подручных средств или мягких повязок.

Иммобилизация косынкой медицинской. Обездвиживание косынкой осуществляется в положении небольшого переднего отведения плеча при согнутом под прямым углом локтевом суставе. Основание косынки обводится вокруг туловища примерно на 5 см выше локтя и концы ее связываются на спине ближе к здоровой стороне. Вершина косынки заводится кверху на надплечье поврежденной стороны. В образовавшемся кармане удерживается локтевой сустав, предплечье и кисть.

Фиксация верхнего конца лестничной шины при иммобилизации верхней конечности

Вершина косынки на спине связывается с более длинным концом основания. Поврежденная конечность оказывается полностью охваченной косынкой и фиксированной к туловищу. Иммобилизация подручными средствами. Несколько дощечек, кусок толстого картона в виде желоба могут быть уложены с внутренней и наружной поверхности плеча, что создает некоторую неподвижность при переломе. Затем руку помещают на косынку или поддерживают перевязью.

Иммобилизация повязкой Дезо. В крайних случаях иммобилизация при переломах плеча и повреждении смежных суставов осуществляется путем прибинтовывания конечности к туловищу повязкой Дезо.

Правильно выполненная иммобилизация верхней конечности значительно облегчает состояние пострадавшего и специальный уход во время эвакуации, как правило, не требуется. Однако периодически следует осматривать конечность, чтобы при увеличивающемся в области повреждения отеке не наступило сдавление. Для наблюдения за состоянием кровообращения в периферических отделах конечности, рекомендуется оставлять не забинтованными концевые фаланги пальцев. При появлении признаков сдавления, туры бинта следует ослабить или рассечь и подбинтовать.

Транспортировка осуществляется в положении сидя, если позволяет состояние пострадавшего.

3.3. Норматив «Наложение шин из подручного материала при переломах костей верхних и нижних конечностей»

Условия, порядок выполнения и методические указания по отработке норматива «Наложение шин из подручного материала при переломах костей верхних и нижних конечностей»

Наименование норматива	**Наложение шин из подручного материала при переломах костей верхних и нижних конечностей**
Условия выполнения норматива	**При наложении шины на плечо (голень) «раненый» сидит (лежит) на земле, а оказывающий помощь работает в удобном для себя положении. Перевязочный материал и шины находятся рядом с оказывающим помощь.**
Порядок выполнения норматива	**Руководитель занятия подает команду, например: «К выполнению норматива - ПРИСТУПИТЬ».** **Шина накладывается на обмундирование. Время подготовки шины к применению не входит в норматив. Предварительного наложения повязки на травму не требуется.** **Время отсчитывается от команды «К выполнению норматива - ПРИСТУПИТЬ» до подвешивания руки на косынку (бинт, ремень) при переломе костей плеча [закрепления повязки (булавкой или концами надорванной ленты бинта) при переломе костей голени].**
Методические указания по отработке норматива	**Признаками перелома плеча является выраженная боль и припухлость в области повреждения, резко усиливающаяся боль при движении, изменение формы плеча и суставов, ограничение движения в суставах или невозможность движения, ненормальная подвижность в области перелома плеча.** **Наиболее эффективным и надежным способом транспортной иммобилизации при повреждениях плеча является использование лестничной шины длиной 120**

сантиметров. Шина должна захватывать всю поврежденную конечность - от лопатки здоровой стороны до кисти на поврежденной руке и при этом выступать на 2-3 см за кончики пальцев.

Основными признаками повреждений голени является боль в месте повреждения, которая усиливается при движении поврежденной голени, деформация в месте повреждения голени и обширные кровоподтеки в области повреждения. Показаниями к выполнению транспортной иммобилизации являются: открытые и закрытые переломы костей голени, огнестрельные ранения и обширные раны голени, глубокие ожоги и гнойно-воспалительные заболевания голени.

Лучше всего иммобилизация поврежденной голени достигается Г -образно изогнутой отмоделированной задней лестничной шиной длиной 120 сантиметров и двумя боковыми лестничными или фанерными шинами длиной по 80 сантиметров _____

Подготовительные действия, не входящие в условия норматива «Наложение шин из подручного материала при переломах костей верхних и нижних конечностей»

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
1. Уточняет характер и место перелома, например: «У пострадавшего сломано плечо (голень)».	**Слушают и запоминают характер и место перелома.**	
2. Подает команду, например: «Отмоделировать лестничную шину (лестничные шины)». Контролирует порядок выполнения приема. Фиксирует ошибки.	**1. При использовании для иммобилизации поврежденного плеча лестничной шины длиной 120 см:**	
	Моделирует шину по размерам и контурам поврежденной руки (на здоровой руке «пострадавшего»).	**Оказывающий помощь измеряет длину от наружного края лопатки «пострадавшего» до плечевого сустава, и изгибают на этом расстоянии шину под тупым углом. Измеряет по задней поверхности плеча «пострадавшего» расстояние от верхнего края плечевого сустава до локтевого сустава и изгибает шину на этом расстоянии под прямым углом.** **На себе дополнительно изгибает шину по контурам спины, задней поверхности плеча и предплечья. Часть шины, предназначенную для предплечья, выгибает в форме желоба.** **Примеряет изогнутую шину к здоровой руке «пострадавшего» и делает необходимые исправления.** **Если шина недостаточной длины и кисть свисает, он наращивает нижний конец шины куском фанеры или куском толстого картона. Если же длина шины чрезмерна - ее нижний конец подгибает.** **К верхнему концу шины прикрепляет два отрезка бинта длиной по 1,5 метра для фиксации верхнего конца шины к туловищу.**
	2. При использовании для иммобилизации поврежденной голени Г-образно изогнутой задней лестничной шиной длиной 120 см и двумя боковыми лестничных шин длиной по 80 см:	
	Моделирует шины по размерам и контурам поврежденной ноги (на здоровой ноге «пострадавшего»).	**Одну Г-образную (заднюю) шину моделирует по размерам и контурам поврежденной ноги (на здоровой ноге), в обязательном порядке делает на шине углубление для пятки и икроножной мышцы и выгибает шину в подколенной области.** **Нижний конец двух боковых лестничных шин изгибает Г-образно.** **плохо смоделирована шина (отсутствует углубление для пятки и икроножной мышцы, нет выгибания шины в подколенной области);**
2. Подает команду, для «раненого», например: «К БОЮ». Контролирует порядок выполнения приема.	**Ложится на землю (подстилку)**	**Обучаемый делает полный шаг правой ногой вперед и немного вправо. Наклоняясь вперед, опускается на левое колено и ставит левую руку на землю впереди себя, пальцами вправо. Затем, опираясь последовательно на**

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
Фиксирует ошибки.		**бедро левой ноги и предплечье левой руки, ложится на левый бок и быстро поворачивается на живот, раскидывает ноги слегка в стороны носками наружу.**

Порядок выполнения норматива «Наложение шин из подручного материала при переломах костей верхних и нижних конечностей»

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
1. Подает команду: «К выполнению норматива - ПРИСТУПИТЬ». Включает секундомер. Контролирует порядок выполнения норматива. Фиксирует ошибки снижающие оценку.	**1. Для наложения шины при переломе костей плеча:**	
	обездвиживает поврежденную верхнюю конечность	**Для обездвиживания и небольшого переднего и бокового отведения поврежденного плеча «пострадавшего» оказывающий помощь вкладывают ком серой ваты в подмышечную область на стороне повреждения. Сгибает локтевой сустав поврежденной конечности под прямым углом. При этом предплечье располагает таким образом, чтобы ладонь кисти была обращена к животу. В кисть поврежденной руки вкладывают валик серой ваты.**
	накладывает шину	**Оказывающий помощь прикладывает к поврежденной рук подготовленную к применению шину, верхний и нижний концы шины связывает тесьмой и укрепляет шину бинтованием. Руку вместе с шиной подвешивает на косынке или пере- вязе. Фиксирует верхний конец шины к туловищу двумя привязанными отрезками бинта длиной по 1,5 метра: проводит эти бинтовые тесьмы вокруг плечевого сустава здоровой конечности, делает перекрест, обводит вокруг груди и связывает их.**
	2. Для наложения шины при переломе костей голени:	
	обездвиживает поврежденную нижнюю конечность	**Оказывающий помощь незначительно сгибает поврежденную ногу в коленном суставе, а стопу устанавливает по отношению к голени под прямым углом.**
	накладывает шину	**Отмоделированную заднюю Г-образно изогнутую лестничную шину длиной 120 сантиметров укладывает снизу поврежденной конечности так, чтобы подошва опиралась на Г-образный выступ. На шину и в области суставов подкладывает вату. Две боковых, более коротких шины (по 80 сантиметров), накладывает по внутренней и наружной поверхности голени так, чтобы их верхние концы доходили до середины бедра, а нижние, Г-образно изогнутые, выступал за подошву. Прибинтовывает шины к ноге марлевым бинтом. Закрепляет повязку (булавкой или концами надорванной ленты бинта).**
2. После подвешивания руки на косынку (закрепления повязки при переломе костей голени) останавливает секундомер и фиксирует время выполнения норматива.		

Временные показатели и оценка за выполнение норматива «Наложение шин из подручного материала при переломах костей верхних и нижних конечностей»

Военнослужащие	Оценка по времени (минут, секунд)		
	«отлично»	«хорошо»	«удовлетворительно»
Наложение шины при переломе костей плеча	**2.20**	**2.30**	**3.00**
Наложение шины при переломе костей голени	**2.00**	**2.10**	**2.35**

Ошибки, снижающие оценку за выполнение норматива «Наложение шин из подручного материала при переломах костей верхних и нижних конечностей»

На один балл	До «неудовлетворительно»
1. Шина зафиксирована недостаточно. **2. Нарушена последовательность работы при наложении шины.** **3. При иммобилизации плеча допущены ошибки:** **а). отсутствуют тесемки на верхнем конце шины, что не позволяет надежно фиксировать плечо;** **б). иммобилизованная конечность не подвешена на косынку или перевязь.** **4. При иммобилизации голени допущены ошибки:** **а). недостаточно зафиксирована стопы (нижний конец боковых шин не изогнут Г-образно);** **б). недостаточно зафиксированы коленный и голено-стопный суставы.**	**1. Шина не дает необходимой иммобилизации раненой конечности.** **2. При иммобилизации плеча допущены ошибки: а). плохо смоделирована шина.** **3. При иммобилизации голени допущены ошибки:** **а). плохо смоделирована шина (отсутствует углубление для пятки и икроножной мышцы, нет выгибания шины в подколенной области);** **б). иммобилизация выполнена только задней лестничной шиной без дополнительных боковых шин;** **в). при укреплении шины нога сдавлена тугим бинтованием.**

Дальнейшие действия, не входящие в условия норматива «Наложение шин из подручного материала при переломах костей верхних и нижних конечностей»

Действия руководителя	Действия обучаемого	Порядок выполнения приема
Подает команду «Шину с конечности - СНЯТЬ». Контролирует порядок выполнения приема. Фиксирует ошибки.	**1. При снятии шины с «пострадавшего» плеча:**	
	снимает шину с плеча	**Снимает руку «пострадавшего» вместе с шиной с косынки или перевязи.** **Развязывает два отрезка бинта длиной по 1,5 метра, которыми фиксировался верхний конец шины.** **Снимает укрепляющие бинты с шины и конечности. Снимает шину и развязывает тесьму, которая соединяла верхний и нижний концы шины.** **Выпрямляет шину до исходного состояния.**
	2. При снятии шины с «пострадавшей» голени:	
	снимает шину с голени	**Освобождает повязку (расстегивает булавку или развязывает концы бинта).** **Разбинтовывает шину и ногу.** **Снимает две боковых и заднюю шину.** **Убирает вату из-под суставов.** **Выпрямляет шины до исходного состояния.**
1. Подает команду: «ВСТАТЬ». Контролирует порядок выполнения приема. Фиксирует ошибки.	**Встает с земли (подстилки)**	**Для вставания обучаемый переворачивается на живот. Подтягивает обе руки на уровень груди, одновременно с этим сводит обе ноги вместе, резко выпрямляет руки, поднимает грудь от земли, выносит правую (левую) ногу вперед и быстро встает.**

3. Неотложные реанимационные мероприятия

Причины и признаки состояний, требующих проведения неотложных реанимационных мероприятий

Неотложными состояниями называются патологические изменения в организме, вызывающие быстрое ухудшение состояния пострадавшего и, при отсутствии немедленной медицинской помощи, несущие в себе угрозу для жизни пострадавшего или больного.

К неотложным состояний, требующих проведения реанимационных мероприятий относятся:

- нарушения дыхания (утопление, асфиксия вследствие попадания инородных тел);
- кровотечения из магистральных сосудов;
- аллергические состояния (анафилактический шок);
- травматический шок;
- электротравма, поражение молнией;
- тепловой и солнечный удар.

Во всех перечисленных случаях пострадавший может быть без сознания, поэтому следует четко усвоить алгоритм оказания первой помощи при неотложных состояниях.

1 этап - устранение действия (причины) поражающего фактора (извлечение утопленного из воды, удаление инородного тела из дыхательных путей, остановка кровотечения, устранение действия аллергена, предотвращение воздействия электрического тока).

2 этап - оценка состояния пострадавшего и, при необходимости, начало реанимационных мероприятий.

3 этап - после стабилизации состояния пострадавшего - поддержание жизнедеятельности, продолжение терапии и госпитализация пострадавшего.

Основными реанимационными (направленными на оживление организма) мероприятиями, которые обязан уметь проводить каждый военнослужащий, являются: искусственная вентиляция легких (искусственное дыхание) и закрытый массаж сердца. Они позволяют восстановить дыхание и кровообращение.

Правила и техника непрямого массажа сердца и искусственного дыхания

Искусственная вентиляция легких (искусственное дыхание).

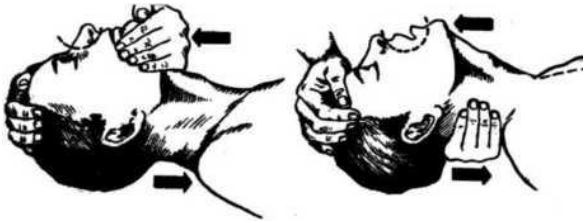
Вначале необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей. Восстановления и поддержания проходимости дыхательных путей достигают укладыванием больного на спину и «выполнением так называемого тройного приема, включающего запрокидывание головы, выдвигание нижней челюсти вперед и раскрытие рта.

Этот прием обеспечивает смещение передней группы мышц шеи и корня языка кпереди, что восстанавливает проходимость глотки. Поддержание проходимости дыхательных путей облегчается подкладыванием небольшого валика под спину больного на уровне лопаток.

Если в ротовой полости или в глотке оказываются инородные тела, кровь или рвотные массы, их необходимо удалить пальцем, обернутым марлей, платком, тканью. При наличии отсасывателя используют его. Если после обеспечения проходимости воздухоносных путей дыхание не восстанавливается, немедленно начинают искусственную вентиляцию легких (ИВЛ).

Выдвижение нижней челюсти вперед и введ при западении корня языка

ИВЛ в процессе реанимации осуществляют простейшими методами: «рот в рот» или «рот в нос». При этом оказывающий помощь находится сбоку от больного, делает глубокий вдох, а затем с силой выдыхает воздух в



Отгибание головы назад

Трубка (воздуховод) для проведения искусственного дыхания «изо рта в рот»

Искусственное дыхание «изо рта в рот» (через платок, марлю)

Дыхание с помощью S-образной трубки

Дыхание с помощью маски и дыхательного мешка

При попадании большого количества возду: ИВЛ осуществляют с частотой 15 вдуваний

дыхательные пути больного, плотно прижав свои губы к его губам непосредственно либо через платок или марлю, зажав его нос своей щекой или пальцем. Выдох происходит пассивно.

При использовании метода «рот в нос» выдыхаемый воздух вдувают через нос, зажав рот больного. Для удобства и эффективности проведения ИВЛ можно использовать воздуховод или трубку дыхательную (S-образная, ТД-1.02).

Имеющийся на оснащении воздуховод представляет собой плотную резиновую S-образную трубку с круглым щитком посредине.

Воздуховод сначала вводят между зубами выпуклой стороной вниз, а затем поворачивают указанной стороной вверх и продвигают к языку до его корня. Язык оказывается прижатым воздуховодом ко дну полости рта. После этого, сжимая нос пострадавшего с обеих сторон большими и указательными пальцами, придавливают щиток воздуховода ко рту. Другими пальцами обеих рук поднимают подбородок вверх. Оказывающий помощь делает глубокий вдох, берет в рот мундштук воздуховода и вдувает через него воздух.

Это сопровождается подъемом грудной клетки пострадавшего. При выпускании трубки изо рта спасателя грудная клетка спадает и происходит выдох.

При наличии на месте происшествия необходимого оснащения предпочтение следует отдать на этой стадии оживления ручным аппаратам ИВЛ (АДР-1200, ДП-11).

При начале реанимационных мероприятий делают 2-3 вдувания воздуха и проверяют наличие пульсации сонных артерий. Если эти вдувания не приводят к восстановлению самостоятельного дыхания и восстановлению или усилению сердечной деятельности, начинают массаж сердца, сочетая его с ИВЛ. Эффективность ИВЛ контролируют по экскурсиям грудной стенки. Вдувать большой объем воздуха нецелесообразно, так как это не увеличивает эффективность ИВЛ, а только способствует попаданию воздуха в желудок, перераздуванию его. в желудок его опорожняют при помощи зонда. в минуту.

Закрытый массаж сердца.

Для поддержания кровообращения необходимо проводить непрямой массаж сердца.

Для этого больного следует уложить на спину на твердой поверхности (земля, пол, каталка, щит, специальная подкладка на койке).

Оказывающий помощь находится с любой стороны от него и кладет кисть ладонной поверхностью на нижнюю треть грудины на 2-3 поперечника пальца выше основания мечевидного отростка так, чтобы поперечная ось кисти соответствовала продольной оси грудины. Ладонь второй руки накладывают на тыл первой, чтобы усилить давление. Надавливание на грудину производят ладонной поверхностью кисти, причем пальцы ее не должны касаться поверхности груди.

Давление на грудину осуществляют толчком строго вертикально выпрямленными в локтевых суставах руками, главным образом, за счет тяжести тела оказывающего помощь. При этом делают толчки (60-80 в минуту) с таким усилием (30-40 кг), чтобы у взрослого грудина смещалась в сторону позвоночника на 4-5 см, после чего быстро прекращают давление, не отрывая рук от грудины. При нажатии на грудину сердце сдавливается между ней и позвоночником, а кровь из его камер поступает в сосуды большого и малого круга кровообращения. В период прекращения надавливания кровь пассивно заполняет камеры сердца. В последнее время считают, что в поддержании кровообращения при закрытом массаже сердца основное значение имеет не непосредственное сжатие сердца, а колебания внутригрудного давления.

Во избежание переломов ребер нельзя смещать руки с грудины и надавливать на ребра. Смещение рук при массаже ниже или выше рекомендуемой точки может привести к переломам грудины.

Искусственное дыхание и непрямой массаж сердца

Последовательность проведения реанимационных мероприятий.

Успех реанимации в. немалой степени зависит не только от своевременного ее начала, но и от строгой координированности действий лиц, оказывающих помощь.

Если на месте происшествия оказывается один, кто может обеспечить помощь, то он проводит реанимационные мероприятия, чередуя 2 вдоха с 15 толчками массажа сердца.

В случаях, когда оказывающих помощь два и более человек, один из них берет роль старшего и координирует действия остальных. При этом один обеспечивает проходимость дыхательных путей и ИВЛ, а также контролирует эффективность массажа сердца. Второй осуществляет массаж сердца, делая 5 толчков массажа на одно вдувание воздуха.

При этом следует обеспечить согласованность: толчок при массаже сердца производится сразу же после окончания очередного вдувания воздуха при ИВЛ, а вдувание начинается сразу после окончания 5 -го нажатия на грудину при массаже сердца.

Во время вдувания массаж сердца приостанавливают. В связи с тем, что массаж сердца и ИВЛ методом «рот в рот», «рот в нос» утомительны для оказывающих помощь, то в зависимости от самочувствия они должны периодически меняться местами.

Об эффективности массажа сердца и ИВЛ в процессе реанимации свидетельствуют следующие признаки:

- отчетливая пульсация магистральных артерий (сонная, подвздошная);
- сужение зрачков и восстановление глазных рефлексов;
- нормализация окраски кожных покровов;
- восстановление самостоятельного дыхания;
- восстановление сознания при своевременно начатой реанимации.

При необходимости массаж сердца и ИВЛ продолжают непрерывно во время транспортировки больного в лечебное учреждение.

Начав реанимацию, нужно обязательно остановить наружное кровотечение, если оно возникает,

любым доступным методом (жгут, пальцевое прижатие сосуда, давящая повязка). Во время реанимации для увеличения притока венозной крови к сердцу и улучшения мозгового кровотока, особенно при кровопотере, целесообразно приподнять ноги или вообще придать больному положение с опущенным головным концом.

Четких и ранних критериев перехода клинической смерти в биологическую нет. Абсолютно достоверными признаками наступления биологической смерти являются: окоченение мышц и трупные пятна, однако они появляются поздно. В сомнительных случаях можно ориентироваться на 30-минутный от начала проведения период безуспешной реанимации.