

ЛЕКЦИЯ

Тема: «Основы сохранения здоровья военнослужащих. Оказание первой помощи. Неотложные реанимационные мероприятия»

Учебные вопросы:

1. Основы сохранения здоровья военнослужащих.
2. Оказание первой помощи.
3. Неотложные реанимационные мероприятия

1-вопрос

Каждый военнослужащий должен заботиться о сохранении своего здоровья, не скрывать болезней, строго соблюдать правила личной и общественной гигиены и воздерживаться от вредных привычек (курение и употребление алкоголя).

Командир отделения обязан: следить за правильной подгонкой снаряжения, соблюдением ими правил личной и общественной гигиены.

Санитарный инструктор батареи подчиняется командиру батареи, а в порядке внутренней службы – и старшине батареи. Он отвечает за оказание медицинской помощи личному составу батареи, за своевременное выявление больных и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в батарее.

Санитарный инструктор батареи обязан:

- следить за соблюдением санитарных условий в помещениях батареи;
- организовывать мероприятия по сохранению здоровья личного состава батареи и выполнения им правил личной гигиены
- наблюдать за содержанием в чистоте одежды, белья и постельных принадлежностей личным составом батареи;
- следить за доброкачественностью воды, которой пользуется батарея, а также за чистотой и дезинфекцией уборных;
- оказывать заболевшим первую помощь в случае отсутствия врача или фельдшера;
- представлять заболевших на осмотр врачу или фельдшеру после доклада командиру батареи, а в случаях, не терпящих отлагательства, лично направлять больных к врачу, докладывая об этом командиру батареи (старшине батареи);
- выполнять предписанные врачом простейшие лечебные назначения и наблюдать за выполнением больными указаний врача.

Старшина батареи обязан:

- производить солдатам и сержантам батареи индивидуальную подгонку обмундирования и обуви;
- лично водить батарею в баню и предоставлять её на медицинский осмотр;

- следить за соблюдением солдатами и сержантами батареи требований пожарной безопасности.

Командир обязан:

обеспечивать выполнение личным составом требований безопасности при проведении занятий, стрельб, учений и работ; своевременно обеспечивать военнослужащих батареи положенным довольствием, заботиться о быте своих подчиненных и вникать в их нужды, следить за соблюдением ими правил личной гигиены.

Фельдшер дивизиона (начальник медицинского пункта дивизиона) отвечает за проведение лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий и осуществление контроля за выполнением санитарно-гигиенических требований в подразделениях дивизиона, за обеспечение подразделений медицинским имуществом, за подготовку личного состава медицинского пункта дивизиона. Он подчиняется командиру дивизиона, а по специальным вопросам выполняет указания начальника медицинской службы полка. Он обязан:

- оказывать медицинскую помощь личному составу дивизиона и направлять больных, нуждающихся во врачебной помощи, в медицинский пункт полка;
- участвовать в амбулаторных приемах больных и медицинских обследованиях личного состава подразделений дивизиона, организуемых начальником медицинской службы полка; осуществлять медицинское обеспечение личного состава на занятиях по боевой подготовке и при проведении спортивных мероприятий;
- вести учет лиц, нуждающихся в диспансерном динамическом наблюдении, своевременно направлять их на обследование, осуществлять контроль за условиями труда личного состава;
- организовывать мероприятия по сохранению здоровья личного состава, контролировать выполнение им правил личной гигиены;
- осуществлять контроль за санитарным состоянием района расположения и помещений дивизиона, а также за доброкачественностью используемой воды;
- контролировать качество питания личного состава на учениях, на полевых занятиях и в стационарных условиях;
- докладывать командиру дивизиона о случаях и характере заболеваний, в также о числе больных, направленных в медицинский пункт полка;
- проводить занятия по военно-медицинской подготовке и вести санитарно-просветительную работу в подразделениях дивизиона;
- руководить работой санитарных инструкторов батарей;
- знать комплекты медицинского имущества и медицинскую технику, положенные дивизиону по табелям и нормам;
- соблюдать правила хранения, сбережения, расхода медикаментов и использования медицинского имущества, следить за соблюдением этих правил санитарными инструкторами и санитарями; проводить телесные осмотры личного состава батальона в банные дни; осуществлять контроль за банно-прачечным обслуживанием личного состава дивизиона;
- вести учет медицинского имущества дивизиона и представлять по нему установленную отчетность.

Командир дивизиона обязан:

проводить мероприятия по предупреждению катастроф, аварий, поломок военной техники, а также осуществлять контроль за выполнением требований безопасности при работе с вооружением, военной техникой и боеприпасами, при проведении занятий, стрельб, учений и работ.

В военное время (в ходе боевых действий):

Санитарный инструктор обязан:

- в межбоевой период проводить занятия по военно-медицинской подготовке;
- при передислокации и перемещении батареи проводить медицинскую разведку района огневых позиций батареи;
- контролировать выполнение личным составом батареи правил личной гигиены;
- контролировать санитарное состояние района огневых позиций батареи, качество питьевой воды, готовой пищи и продуктов, поступающих на снабжение батареи;
- обеспечивать личный состав батареи средствами индивидуальной медицинской защиты;
- оказывать первую помощь тяжелораненым и дополнять оказание первой помощи, оказанной в порядке само- и взаимопомощи;
- принимать участие в спасательных работах в очагах массовых санитарных потерь;
- своевременно восполнять расход медицинского имущества в батарее;
- при применении противником бактериальных средств по указанию начальника медицинского пункта дивизиона проводить в батарее экстренную профилактику инфекционных заболеваний с помощью антибиотиков;
- осуществлять наблюдение за лицами, подвергшимися воздействию оружия массового поражения, но сохранившими боеспособность;
- контролировать качество специальной (санитарной) обработки личного состава;
- докладывать о санитарных потерях старшему офицеру, посредством средств связи, командиру батареи;
- после доклада старшему офицеру о выявленных больных с его разрешения направлять их в МПД.

Командир несет ответственность за своевременное и полное тыловое обеспечение подчиненных подразделений, он обязан:

- заслушивать и утверждать предложения санитарного инструктора батареи по медицинскому обеспечению боевых действий;
- обеспечивать сбор раненых и больных, оказание им медицинской помощи и эвакуацию на медицинские пункты;
- сообщать подчиненным, в части их касающейся, расположение подразделений тыла и медицинских пунктов общевойскового подразделения, пути подвоза и эвакуации.

Фельдшер дивизиона (начальник МПД) обязан:

- получать задачу на медицинское обеспечение дивизиона, уточнять задачу дивизиона и предполагаемые перемещения батарей дивизиона в ходе выполнения боевой операции;
- у начальника медицинской службы полка уточнить место расположения медицинского пункта полка (МПП) и его возможные перемещения в ходе выполнения боевой задачи;
- при передислокации и перемещении дивизиона проводить медицинскую разведку района огневых позиций дивизиона;
- контролировать выполнение личным составом дивизиона правил личной гигиены;
- контролировать санитарное состояние района огневых позиций дивизиона, качество питьевой воды, готовой пищи и продуктов, поступающих на снабжение дивизиона;
- определять вероятные районы (рубежи) наибольших санитарных потерь;
- определять порядок оказания первой и доврачебной помощи, розыска, сбора, выноса (вывоза) раненых;
- определять направление движения МПД при возможных перемещениях;
- представлять командиру дивизиона предложения по организации медицинского обеспечения и, после утверждения им этих предложений, инструктировать и ставить задачу по специальным вопросам санитарным инструкторам батарей;
- осуществлять обеспечение МПД и личного состава батарей медицинским имуществом, пополнять запасы средств индивидуальной медицинской защиты;
- руководить приданными МПД силами и распределять по подразделениям выделенные старшим начальником дополнительные средства медицинской помощи.

Командир дивизиона несет ответственность за своевременное и полное тыловое обеспечение подчиненных подразделений, он обязан:

- заслушивать и утверждать предложения фельдшера дивизиона по медицинскому обеспечению боя;
- обеспечивать сбор раненых и больных, оказание им медицинской помощи и эвакуацию на медицинские пункты;
- сообщать расположение подразделений тыла и медицинских пунктов общевойсковой части (подразделения), пути подвоза и эвакуации;
- тыловое и в том числе медицинское обеспечение командир дивизиона организует лично, а также через штаб, фельдшера и командиров батарей.

2- вопрос

Объем первой помощи — это совокупность лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых на поле боя и в очаге массовых санитарных потерь в по-рядке само- и взаимопомощи по медицинским показаниям и в соответствии с обстановкой.

Объем первой помощи включает следующие основные мероприятия:

1). При ранении обычными видами оружия:

-временную остановку кровотечения с помощью давящей повязки, жгута, закрутки;

- наложение стерильной повязки на раны и обожженные поверхности;
- простейшую иммобилизацию поврежденной области с помощью подручных средств и путем прибинтовывания поврежденной нижней конечности к здоровой или поврежденной верхней конечности к туловищу;
- наложение герметической повязки при ранении груди с открытым клапанным пневмотораксом.

2). При поражении ядерным оружием:

- тушение горячей одежды;
- мероприятия, проводимые при обычном ранении и ожогах;
- предупреждение попадания радиоактивных веществ в органы дыхания, пищеварения, рану, — путем надевания респираторов, ватно-марлевых повязок, противогазов;
- скорейший вынос (вывоз) пораженных за пределы участка, зараженного радиоактивными веществами;
- частичную санитарную обработку.

3). При поражении отравляющими веществами:

- надевание противогаза;
- введение антидота;
- обработка содержимым противохимического пакета зараженных участков кожных покровов и обмундирования;
- искусственное дыхание (в зараженной зоне при надетом противогазе)
- вывоз (вынос) пораженного из очага поражения.

4). При применении противником бактериологического оружия:

- надевание индивидуальных средств защиты;
- частичная санитарная (специальная) обработка;
- прием внутрь противомикробного препарата (антибиотик доксоциклин из аптечки индивидуальной).

Индивидуальное и групповое медицинское оснащение военнослужащих. Правила пользования средствами индивидуальной медицинской защиты

при оказании первой помощи .

Для оказания первой помощи личный состав Вооруженных Сил оснащают носимыми индивидуальными средствами: индивидуальными аптечками различных модификаций, индивидуальными перевязочными пакетами, индивидуальными противохимическими пакетами и средствами для обеззараживания воды.

Экипажи и расчеты боевых машин, вооружения и военной техники дополнительно обеспечивают аптечкой войсковой, являющимся групповым медицинским оснащением для оказания первой помощи . Групповое медицинское оснащение применяется также при выполнении разведывательных и других

специальных операций подразделений артиллерии ВДВ и МП. Индивидуальное и групповое медицинское оснащение позволяет самому пострадавшему, или его товарищу, оказать первую помощь непосредственно на месте ранения (поражения).

Номенклатура и число предметов, входящих в состав аптечек, регламентированы специальным сборником.

Индивидуальные и групповые аптечки для оказания первой помощи в различных условиях боевой обстановки.

Аптечка индивидуальная (АИ).

Аптечка индивидуальная (АИ) рассчитана на оказание первой помощи в порядке само- и взаимопомощи и позволяет снижать воздействие поражающих факторов современных видов оружия.

На первом и втором месте в аптечке: средство при отравлении ФОВ в шприц-тюбике по 1,0 с красным колпачком; вводится подкожно или внутримышечно при первых признаках поражения ФОВ: затрудненном дыхании, появлении слюнотечения и нарушении зрения.

На третьем месте: противоболевое средство – 2 % раствор промедола в шприц-тюбике с неокрашенным (белым) колпачком применяется с целью предупреждения развития травматического или ожогового шока. Вводится подкожно или внутримышечно при ожогах и ранениях, сопровождающихся сильными болями.

На четвертом месте: два восьмигранных пенала малинового цвета, - содержит радиозащитное средство цистамин по 0,2 –12 таблеток. Содержимое одного пенала (6 таблеток) составляет разовую двухсуточную дозу, которая принимается одномоментно при угрозе облучения проникающей радиацией. При нахождении на местности зараженной радиацией через 4-5 часов следует принять вторую дозу препарата.

На пятом месте: два неокрашенных пенала четырехгранной формы, - каждый пенал содержит 4 таблетки по 0,1 активного вещества антибиотика доксо-циклина. При угрозе поражения биологическими(бактериальными) средствами, а также при ранениях и ожогах для профилактики раневой инфекции принимаются одновременно две таблетки, последующий прием препарата через 12 часов.

На шестом месте: в пенале желтого цвета две таблетки по 0,2 – препарат П 10-М средство для профилактики отравлений ФОВ Применяется по одной таблетке при угрозе отравления ФОВ (эффективен при приеме с упреждением 0,5- 1 час) прием второй таблетки через 16-20 часов при необходимости.

На седьмом месте: в пенале цилиндрической формы с насечками синего цвета 5 таблеток по 0,006 этапазин – противорвотное средство – применяется при угрозе облучения или сразу после него, а также при появлении тошноты в результате контузий и травм по одной таблетке 2 раза в день.

Аптечка индивидуальная АИ –1М по номенклатуре входящих в неё препаратов сходна с аптечкой АИ-1. Отличие состоит в том, что на втором месте в ней размещено антисептическое средство – две ампулы по 1,0 йода 5 % спиртового раствора- применяется для обработки окружности ран.

Дополнительное место: пенал с 20-ю таблетками белого цвета – применяется по 1 таблетке на 1 литр воды.

Аптечка медицинская индивидуальная (АМИ)

АМИ предназначена для оказания военнослужащим первой помощи в порядке само- и взаимопомощи в полевых условиях при выполнении боевой задачи.

Состав аптечки:

Кодтерпин в таблетках по 10 шт. в упаковке 1

Промедол 2 % -ный раствор для инъекций по 1 мл в шт. 2

Сиднокарб 0,01 в таблетках 50 шт. в упаковке 1

Анальгин 0,5 в таблетках по 10 шт. в упаковке 1

Вазелин косметический 10 гр. в упаковке 1

Йод 5 % спиртовой раствор по 1 мл в ампулах с оплеткой 2

Натрия хлорид 0,9 в таблетках 10

Пантоцид 0,0082 по 20 шт. в упаковке 1

Цинк сульфата 0,25 %, кислоты борной 2 % раствор 1,5 мл в тубике капельнице по 2 шт. в контурной упаковке 1

Доксоциклин 0,1 в оболочке 4 шт. в упаковке 2

Лейкопластырь бактерицидный 4*10 см 5

Пакет перевязочный индивидуальный 2

Жгут кровоостанавливающий резиновый 1

Аптечка десантная (АД)

Аптечка десантная предназначена для оснащения ВДВ и морского десанта и оказания первой помощи при ранениях и ожогах

состав аптечки:

Промедол 2 % для инъекций по 1 мл. в шт.

1

Жгут кровоостанавливающий резиновый 1

Лейкопластырь бактерицидный 4*10 см 5

Пакет перевязочный индивидуальный 2

Пантоцид 0,0082 в таблетках по 20 шт. в упаковке 1

Бинт марлевый стерильный 5*0,1 м 1

Аптечка войсковая (АВ)

Аптечка войсковая предназначена для оказания первой помощи при ранениях и ожогах в порядке само и взаимопомощи экипажам боевых и специальных машин

Состав аптечки:

Жгут кровоостанавливающий резиновый 1

Йод 5 % спиртовой раствор по 1 мл в ампулах в оплетке 10

Бинт марлевый медицинский стерильный 5*0,1 м 1

Булавки безопасные 5

Повязка медицинская стерильная 3

Косынка медицинская (перевязочная) 1

Пантоцид 0,0082 по 20 шт. в упаковке 2

Аммиак 10 % по 1 мл в ампулах с оплеткой 10

Аптечка войсковая рассчитана на оказание помощи 3 –4 раненым и обожженным из числа членов экипажей

Пакеты противохимические индивидуальные.

Пакет противохимический индивидуальный предназначен для дегазации открытых участков кожи и прилегающих к ним частей обмундирования при поражении отравляющими веществами.

Пакет ИПП-8 состоит из стеклянного флакона заполненного полидегазирующей жидкостью и 4 ватно-марлевых тампонов , вложенных в полиэтиленовый мешочек. Удаление ОВ с кожи с одновременной дегазацией производится ватно-марлевыми тампонами, смоченными дегазирующей жидкостью. Ёмкость флакона 200 мл. Количество дегазатора во флаконе обеспечивает обработку 1500- 2000 см. кв. поверхности тела.

Пакет ИПП-10 рассчитан на профилактику и оказание первой помощи при поражении капельножидкими отравляющими веществами. Позволяет провести дегазацию открытых участков кожи и прилегающего к ним обмундирования при температуре от – 20 до + 40 градусов С. Нанесение рецептуры на кожные покровы до заражения позволяет отсрочить их последующую дегазацию на 15 минут. Упаковка - алюминиевый баллон ёмкостью 185 мл.

Порядок использования индивидуального

противохимического пакета (ИПП -8)

Для обезвреживания отравляющих веществ на открытых участках кожных покровов и на обмундировании следует:

1. извлечь пакет из сумки противогаса и вскрыть верхнюю часть полиэтиленовой оболочки, начиная с надреза;
2. извлечь ватно-марлевый тампон и, отвинтив колпачок флакона(на время обработки колпачок заложить за край полиэтиленовой оболочки), обильно смочить раствор дегазирующей жидкостью;
3. тщательно, без пропусков, протереть тампоном: — всю поверхность кожи лица и шеи, незакрытую шлем — маской противогаса и обмундированием;
4. волосистую часть головы, не закрытую головным убором;
5. кожные покровы кистей рук, при этом надо широко развести пальцы и обработать их боковые поверхности, затем протереть кожные покровы под краями манжет рукавов;

6. наружную поверхность лицевой части противогаза, для чего предварительно ослабить подбородочный ремень и временно отбросить каску на-зад;

7. повторно смочить тот же тампон дегазирующей жидкостью и, охватив им край воротника с внутренней и наружной сторон, тщательно протереть его вокруг всей шеи, таким же приемом обрабатываются края манжет рукавов куртки.

Обработка всей поверхности обмундирования и снаряжения дегазирующей жидкостью ИПП-8 не предусматривается, за исключением видимых мест заражения обмундирования и снаряжения.

После обработки флакон с дегазирующей жидкостью необходимо закрыть колпачком.

Использованным тампоном протереть клапан чехла для защиты чулок и перчаток, достать и надеть защитные перчатки. Уложить флакон с оставшимися тампонами в карман сумки противогаза. ИПП — 8 рассчитан на повторное применение.

При использовании ИПП- 8 необходимо остерегаться попадания дегазирующей жидкости в глаза. В случае попадания дегазирующей жидкости в глаза немедленно и обильно промыть их водой из фляги, а затем протереть кожу вокруг глаз сухим тампоном.

Средства для обеззараживания воды и правила пользования ими

Для обеззараживания воды применяются препараты «Пантоцид» и «Аква-септ». Они упакованы в стеклянную трубку с корковой или полиэтиленовой пробкой в трубке по 10 таблеток. Для обеззараживания одной фляги воды из колодца требуется одна таблетка, а для обеззараживания воды из каналов и арыков до четырех таблеток. Время экспозиции при обеззараживании воды 40-50 минут при использовании таблеток «Пантоцид» и 15-30 минут при использовании таблеток «Аква-септ». Для повышения эффективности действия препаратов после их помещения во флягу, следует завернуть крышку фляги и интенсивно встряхивать её до полного растворения препарата.

Кроме названных таблетированных средств для обеззараживания воды применяется устройство для обеззараживания воды «Родник», представляющее собой полимерную трубку, снабженную мундштуком, для просасывания воды ртом. Скорость просасывания воды 40-60 мл в минуту. Ресурс устройства 20-40 литров. Устройство пригодно для пресноводных источников.

Пакет перевязочный индивидуальный стерильный

Пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный предназначен для оказания первой помощи в порядке само- и взаимопомощи при наличии ран и ожогов. Содержит стерильную повязку в бумажной оболочке, состоящую из бинта, шириной 10 см и длиной 7 метров и двух ватно-марлевых подушечек, размером 17 * 32 см, одна из которых неподвижна, а другая свободно перемещается по скатке бинта. В складке внутренней оболочки имеется безопасная булавка, предназначенная для закрепления повязки. Наружная оболочка выполнена из полимерного (прорезиненного) материала и предназначена не только для поддержания герметичности при хранении повязки, но и может использоваться для наложения герметичной (окклюзионной) повязки при открытом пневмотораксе. Повязку следует накладывать на рану стороной, не прошитой черными или цветными нитками.

Правила пользования пакетом перевязочным индивидуальным стерильным

Руки, работающего на поле боя, обычно сильно загрязнены (при переползании, при освобождении раненого от засыпавшей его земли и т.д.). Поэтому, открыв доступ к ране (сняв или разрезав одежду), перед наложением повязки следует отряхнуть пыль с рук, держа их в стороне от раны, и обтереть их марлевым тампоном, смоченным 2 % раствором хлорамина (водой из фляги), или тампоном, выданным специально для этой цели. Зимой руки необходимо обтереть снегом. Тампоны следует приготовить заранее и уложить их в целлофановый пакет.

Повязку накладывают следующим образом (рис. 1): разрывают по надрезу прорезиненную оболочку и снимают (а); из складки бумажной оболочки вынимают булавку (б), а оболочку разрывают и сбрасывают (в); левой рукой берут конец бинта и, растянув бинт, развертывают его до освобождения головки бинта (г),- приблизительно, один бинт, разворачивают повязку; подушечки накладывают на рану или на обожженную поверхность той стороной, к которой не прикасались руками (прошито черной (цветной) ниткой); при сквозном ранении подушечки раздвигают на нужное расстояние и закрывают ими входное и выходное раневые отверстия; подушечки прибинтовывают, концы бинта закрепляют булавкой. При необходимости булавка может быть использована для скрепления разрезанной над раной одеждой.

При оказании первой помощи следует в первую очередь использовать пакет перевязочный медицинский индивидуальный раненого и лишь после этого,- перевязочные средства из сумки медицинской санитары.

Чтобы предохранить обширные раны от загрязнения, которое может произойти при смещении повязки, ее укрепляют бинтом или косынкой медицинской.

Бинтуют слева направо и от периферии к центру. Повязку накладывают на рану или на ранее наложенную повязку, если она промокла или слабо укреплена.

В боевой обстановке повязку, чаще всего, накладывают путем кругового бинтования с последующим закреплением свободного конца бинта булавкой.

Для закрепления повязок может быть выдан бинт эластичный трубчатый медицинский типа «Ретиласт». Он представляет собой растягивающийся сетчатый материал, выпускаемый в виде чулка различного размера.

Выполнение норматива:

№ н/ва Наименование норматива

Условия (порядок) выполнения норматива

Оценка по времени

«отлично» «хорошо» «удовлетворительно»

1 Развертывание пакета перевязочного индивидуального Обучаемый лежит, в руках держит пакет. По команде развертывает пакет и подготавливает его к оказанию первой медицинской помощи

При нарушении стерильности пакета(падение на землю, касание обмундирования и т.д.) оценка ставится «не-удовлетворительно» 20сек 22сек 26 сек

Медицинское оснащение санитарного инструктора и санитары

В боевой и межбоевой периоды командир подразделения организует медицинское обеспечение подразделения лично, а также через санитарного инструктора подразделения, поэтому он должен знать номенклатуру предметов медицинского назначения, имеющихся у санитарного инструктора батареи и у штатных и нештатных санитаров. Санитарные инструкторы и санитары кроме предметов индивидуального медицинского оснащения обеспечиваются сумкой медицинской войсковой (СМВ) и сумкой санитары (СС), а также лямкой медицинской носилочной, нарукавным знаком Красного Креста и накидкой медицинской. СМВ рассчитана на оказание первой и доврачебной помощи 30 раненым и обожженным, пораженным ионизирующими излучениями, отравляющими веществами и бактериальными средствами.

Способы временной остановки наружного кровотечения

Всякое ранение сопровождается кровотечением вследствие повреждения стенок кровеносных сосудов. Различают кровотечения артериальные, венозные, смешанные (артериовенозные) и капиллярные. При артериальных кровотечениях кровь вытекает из раны сильной пульсирующей струей ярко-красного (алого) цвета. При повреждении артерии смерть от кровотечения может наступить в течение 3-5 мин с момента ранения. Поэтому при артериальных кровотечениях первая помощь должна быть оказана немедленно.

Чтобы остановить кровотечение, артерию прижимают пальцами к кости выше места ранения. Для этого нужно точно знать места прижатия артерий (см. рис. Артерию прижимают пальцами на короткое время, только до наложения закрутки или жгута. Пальцевое прижатие производится большим пальцем, концами сведенных вместе четырех пальцев, а иногда и кулаком. При наличии кровотечения из ран лица нужно прижать сонную, височную или нижнечелюстную артерию на стороне кровотечения. Сонную артерию придавливают большим пальцем к позвоночнику, сбоку от гортани, а остальные пальцы кладут сзади на шею.

При кровотечении из верхнего отдела плеча прижимают подключичную или подмышечную артерию. Правую подключичную артерию прижимают левой рукой, левую, — правой. Лежа сбоку от раненого, лицом к нему, кладут руку так, чтобы большой палец лег в надключичной ямке вдоль верхнего края ключицы, а остальные пальцы — сзади, на спину раненого.

Чтобы прижать артерию, достаточно повернуть большой палец ребром, одновременно, слегка надавливая вниз так, чтобы он оказался позади ключицы раненого. Подключичную артерию прижимают к головке плечевой кости правым кулаком, введенным в соответствующую подключичную впадину.

При кровотечении из бедра следует прижать бедренную артерию к лобковой кости в области паха или к бедренной кости с внутренней стороны бедра.

Поскольку путем прижатия артерий можно останавливать кровотечение на короткое время, необходимо принять меры к тому, чтобы наложить на конечность жгут.

Правила наложения резинового кровоостанавливающего жгута и закрутки.

Для остановки артериального кровотечения используют табельные средства (жгут кровоостанавливающий), а при их отсутствии — различные подручные средства: полосы материи, оторванные от обмундирования, ремни, носовые платки и пр.

При наложении жгута соблюдают следующие правила: накладывают жгут всегда выше места ранения с целью прекращения тока крови от сердца к ране и возможно ближе к ране (исключение составляет средняя треть плеча, где проходит лучевой нерв, самая нижняя часть плеча и предплечья, где между костями и кожей нет мышечной прослойки);

затягивают жгут до полного прекращения кровотечения из раны, но не чрезмерно, чтобы не вызвать паралича от сдавления нервов;

накладывают жгут не на голое тело, а поверх одежды или подкладки из материи, не допуская грубого сдавления кожи;

Для исключения ущемления кожи жгут накладывают так, чтобы каждый следующий его виток покрывал часть предыдущего;

чтобы жгут не расслабился, его закрепляют специальным крючком или цепочкой, которые прикреплены на концах; если с помощью крючка и цепочки сохранить нормальное натяжение не удастся, то концы жгута нужно связать узлом и закрепить крючком и цепочкой;

раненый с наложенным кровоостанавливающим жгутом подлежит эвакуации в первую очередь;

конечность после наложения жгута летом следует охлаждать, а зимой — согревать (утеплять).

При наложении жгута оказывающий помощь начинает с остановки кровотечения с помощью пальцевого прижатия сосуда в типичном месте. Не прекращая прижатия, один из концов жгута подводят под пальцы руки, которая прижимает сосуд. Делается один оборот (тур) жгута вокруг конечности, затем жгут затягивают.

Ослабив пальцевое прижатие, убеждаются, что кровотечение из раны прекратилось. Освободив руку, которая производила прижатие сосуда, завершают наложение жгута. Все последующие туры жгута укладывают с небольшим натяжением так, чтобы не ослабить затянутый первый тур.

Если жгут пришлось наложить далеко от места ранения, то вблизи раны накладывают второй жгут, а первый снимают.

Наложение жгута лучше осуществлять вдвоем: один производит остановку кровотечения пальцевым прижатием, другой — накладывает жгут вблизи раны.

Последовательность наложения и затягивания жгута такая же, как и в первом случае.

При отсутствии жгута раненую конечность можно перетянуть свернутой косынкой медицинской (платком). Завязав концы косынки, под нее подводят палку и закручивают ее до тех пор, пока не прекратится кровотечение. Чтобы такая закрутка не раскрутилась и перетяжка не ослабла, конец палки подвязывают к конечности.

Наложив на конечность жгут или закрутку, рану прикрывают первичной повязкой, на которой цветным или химическим карандашом отмечают время наложения жгута. Пометку можно сделать на листке бумаги, который прикрепляется к повязке последними оборотами бинта.

Жгут нельзя оставлять на конечности более двух часов (зимой — один час), иначе она омертвеет. Если раненый со жгутом не был доставлен на медицинский пункт в течение двух часов, оказывающий помощь прижимает пальцем соответствующую артерию, как было ранее указано, и затем ослабляет жгут. Когда конечность порозовеет и потеплеет, он снова накладывает жгут выше или ниже прежнего места.

В отличие от наружного кровотечения, при внутреннем кровотечении излияние крови из поврежденных сосудов скрыто от глаз наблюдателя, при этом пострадавший очень бледен, покрыт холодным потом, испытывает сильную жажду, зевает; пульс у него частый и слабый (иногда совершенно исчезает), дыхание поверхностное, учащенное.

Раненого с внутренним кровотечением нужно немедленно отправить в лечебное учреждение для оказания ему неотложной квалифицированной хирургической помощи.

Выполнение нормативов:

№ норматива

Наименование норматива

Условия (порядок) выполнения норматива

Оценка по времени

«отлично» «хорошо» «удовлетворительно»

3 Наложение резинового кровоостанавливающего жгута на бедро (плечо) Обучаемый лежит около раненого и держит в руках жгут.

Выполнение приёма заканчивается закреплением жгута и обозначение времени его наложения.

Ошибки, снижающие оценку на один балл:

наложение жгута на несоответствующую область;

наложение жгута на оголенное тело без подкладки, ущемление жгутом кожи;

обучаемый не обозначил время наложения жгута.

При неправильном наложении жгута, что может вызвать повторное кровотечение, угрожающее жизни раненого(расслабление или соскальзывание жгута), оценка ставится «неудовлетворительно».

18сек

20сек

25 сек

4. Наложение закрутки с помощью косынки и других подручных средств на бедро(плечо) Условия выполнения и ошибки, снижающие оценку, те же, что и при выполнении норматива №3 30 сек 35 сек 40 сек

Правила наложения давящей повязки при венозных и капиллярных кровотечениях.

Венозные и капиллярные кровотечения останавливают путем давящей повязки. Она отличается от обычной тем, что на рану накладывается больше слоев плотно свернутой марли и производится более тугое бинтование. Раненые, потерявшие много крови нуждаются в дополнительных мерах, направленных на согревание, особенно в холодное время года. По возможности им целесообразно давать теплое питье.

Смешанные (артериовенозные) кровотечения в разные моменты от начала кровотечения могут носить признаки, присущие то артериальному, то венозному кровотечению. В сомнительных случаях все кровотечения нужно расценивать как артериальные, т.к. они наиболее опасны и требуют энергичных мер для быстрой их остановки.

Наложение первичных повязок и обезболивание в полевых условиях.

. Назначение первичной повязки — остановка кровотечения и защита раны от вторичного инфицирования. Поэтому повязку следует наложить как можно скорее после ранения.

Для этого, прежде всего, необходимо снять одежду или обувь с пострадавшего, соблюдая следующую последовательность:

одежду с пострадавшего следует начинать снимать со здоровой стороны. Например, если травмирована левая рука, то рубашку или бушлат сначала снимают с правой руки;

если одежда пристала к ране, то ткани одежды не следует отрывать, а необходимо обрезать их вокруг раны;

при травме голени или стопы обувь следует разрезать по шву задника, а потом снимать, освобождая в первую очередь пятку;

при снятии одежды или обуви с травмированной руки или ноги помогающий должен осторожно придерживать конечность.

В тех случаях, когда для осмотра и перевязки раны невозможно безболезненно снять одежду, ее разрезают ножом или ножницами, лучше всего по шву, если он проходит вблизи от места ранения, два горизонтальных разреза — выше и ниже раны и один вертикальный, соединяющий горизонтальные разрезы с какой-либо одной боковой стороны.

Откинув клапан в сторону, накладывают на рану повязку.

При сквозном ранении подушечки раздвигают на нужное расстояние и закрывают ими входное и выходное отверстия, подушечки прибинтовывают. Концы бинта закрепляют булавкой. В холодное время после наложения повязки надо утеплить раненую конечность: закрывают ее несколькими ходами бинта и накрывают клапаном (что особенно важно зимой). Клапан скрепляют с одеждой булавками. Поверх клапана можно наложить несколько ходов бинта. Если первичную повязку приходится накладывать в районе, зараженном радиоактивными или отравляющими веществами, снимать или разрезать одежду следует чрезвычайно осторожно, чтобы эти вещества не попали в рану.

Чтобы не было засасывания воздуха через рану в полость плевры при проникающих ранениях грудной клетки раненому следует наложить так называемую окклюзионную, т.е. герметичную, повязку (см. рис. 2.10).

С этой целью кожу вокруг раны смазывают вазелином и сверху накладывают оболочку пакета перевязочного медицинского индивидуального внутренней ее стороной, а затем — ватно-марлевую подушечку и всю повязку плотно прибинтовывают.

Если под рукой нет пакета перевязочного медицинского индивидуального, можно воспользоваться целлофаном, клеенкой или другим, не пропускающим воздуха, материалом, который также следует плотно прибинтовать к ране.

Пращевидная повязка накладывается с помощью надрезанного с двух сторон бинта (см. рис. 2.11). При ранениях носа и нижней челюсти подушечки отделяют от бинта, накладывают на рану и, затем укрепляют пращевидной повязкой.

При ранениях глаз способ наложения повязки определяется стороной поражения: при ранениях правого глаза начало бинта берут в левую руку, а скатку бинта — в правую. Бинт ведут по передней поверхности лба, после закрепления кругового тура на затылочной области бинт спускается вниз, проходит под ушной раковиной по правой боковой поверхности шеи и выходит снизу вверх на лицо, закрывая раненый глаз.

Далее следует чередование круговых и восходящих туров. Повязка фиксируется поверх головы.

При ранениях левого глаза начало бинта берут в правую руку, а скатку бинта — в левую. Дальнейшие этапы бинтования проводят аналогично, как и при ранении правого глаза, только в обратном направлении.

При ранениях уха бинтование начинается с круговых туров вокруг головы. Затем последующие туры с боковых отделов лобной области постепенно смещаются вниз.

На область локтевого и коленного суставов накладывается черепаший повязка (см. рис. 2.13). На плечевой сустав накладывается колосовидная повязка (см. рис. 2.14). Бинтование начинается с наложения круговых туров на верхний отдел плеча. Последующее бинтование проводится от больной конечности через область плечевого сустава и надплечья по поверхности груди через противоположную подмышечную область с возвратом на больное плечо. Последующие туры по грудной клетке смещаются вверх наполовину ширины бинта.

На голеностопный сустав накладывается восьмиобразная повязка (см. рис. 2.15). Сначала проводится фиксирующий тур в нижней трети голени по круговому типу. Затем перекрещивающиеся туры по

передней поверхности голеностопного сустава. Окончательная фиксация осуществляется круговым туром по голени

Обезболивание в полевых условиях.

Обезболивание в полевых условиях проводят всем раненым, травмированным и обожженным при наличии у них сознания с помощью противоболевого средства в шприц-тюбике или портативного аппарата для обезболивания

Методика введения противоболевого средства из шприц-тюбика:

- взять большим и указательным пальцами одной руки за ребристый ободок, а другой за корпус тюбика и энергичным вращательным движением повернуть его до упора по ходу часовой стрелки, тем самым проколоть внутреннюю мембрану тюбика;
- снять колпачок с иглы, удерживая её вверх;
- ввести иглу резким колющим движением на всю длину в мягкие ткани ягодицы, наружной стороны бедра или плеча и выдавить всё содержимое шприца;
- извлечь иглу не разжимая пальцев.

В боевых условиях противоболевое средство разрешается вводить через обмундирование.

Методика обезболивания с помощью портативного аппарата для обезболивания

- Перед обезболиванием необходимо залить в корпус аппарата через доннышко с отверстиями 15-20 мл. вещества для наркоза;
- Фиксировать аппарат с помощью шнура к запястью пострадавшего;
- Наложить зажим на крылья носа;
- Дать пострадавшему в рот мундштук для дыхания через аппарат; при использовании аппарата во время дыхания может наступить наркотический сон, что не требует принятия специальных мер.
- При выраженной боли для достижения максимальной концентрации паров наркотического вещества следует перекрыть отверстие в корпусе клапана выдоха, повернув сам корпус.

Обезболивание при одной заливке и температуре воздуха 18-20 градусов продолжается в течении 30 минут

Выполнение нормативов:

№ норматива

Наименование норматива

Условия (порядок) выполнения норматива

Оценка по времени

«от-лич-но» «хо-рошо» «удовлетво-рительно»

2 Наложение первичной повязки:

Повязка на правый (левый) глаз

Повязка на правое (левое) ухо;

Повязка на локтевой (коленный) сустав;

Повязка на плечевой сустав;

«Восьмиобразная» повязка на грудь (накладывается одним пакетом и бинтом)

повязка на голеностопный сустав Раненый и обучаемый лежат. Время затраченное на обнажение раны не учитывается (допускается бинтование поверх обмундирования) перевязочный материал и др. средства оказания первой помощи (жгуты, шины) находятся в руках обучаемого или рядом с ним

При наложении повязки время отсчитывается с момента начала разворачивания перевязочного материала до закрепления повязки (булавкой или концами надорванной ленты бинта).

Ошибки, снижающие оценку на один балл:

Повязка наложена слабо (сползает). Или при её наложении образуются «карманы», складки

Повязка не закреплена или закреплена узлом над раной

7. Использование шприц-тюбика из аптечки индивидуальной (АИ) Обучаемый лежит в надетом противогазе рядом с пораженным и применяет шприц-тюбик из его аптечки индивидуальной. Аптечка находится во внутреннем кармане кителя. Выполнение приема заканчивается проколом иглой обмундирования (без введения иглы в мышцы)

Ошибки, снижающие оценку на один балл:

После прокалывания внутренней оболочки шприц-тюбика допущено вытекание части антидота через иглу из-за преждевременного или неосторожного нажатия на тюбик;

Использованный шприц-тюбик не вложен в аптечку или под верхний оборот бинта. Если не проколота внутренняя оболочка шприц-тюбика, оценка ставится «неудовлетворительно» 12 сек 13сек 15сек

Первая помощь при переломах костей и травматическом шоке.

К признакам перелома костей конечности относятся:

- резкая боль при ощупывании места перелома, при попытке произвести движение или опереться на поврежденную руку или ногу;
- припухлость или кровоизлияние на месте предполагаемого перелома;
- неправильная, необычная форма конечности (она укорочена или согнута в таком месте, где нет сустава);
- подвижность, костное похрустывание (крепитация) в месте перелома;

Перелом кости с нарушением целостности кожи называется открытым, без повреждения кожи – закрытым. Кроме того, различают переломы без смещения отломков и со смещением отломков

Открытый перелом опасен проникновением микробов в глубину раны. Перелом со значительным смещением отломков опасен вторичным повреждением близлежащих мягких тканей и, особенно, сосудов и нервов.

Оказывать помощь раненому с переломами костей, а также переносить или оттаскивать его необходимо осторожно, так как острые костные отломки (фрагменты кости) могут повредить кровеносные сосуды и вызвать сильное кровотечение или проткнуть кожу, превратив закрытый перелом в открытый (более тяжелый). Кроме того, резкая боль при неосторожном переносе (эвакуации) может вызвать шок у раненого

Шины бывают деревянные (фанерные, из кар тона), металлические (проволочные), пластмассовые, пневматические (надувные).

При отсутствии шин используют подручный материал: туго связанные пучки соломы, прутья, длинные палки, кусок доски, лыжи и т.п.

Если нет ни шин, ни подручного материала, то при переломе нижней конечности поврежденную ногу привязывают к здоровой. При переломе верхней конечности поврежденную руку прибинтовывают к туловищу

.У раненых с переломом костей голени наружную и внутреннюю шины (желательно и заднюю по бедру до кончиков пальцев) накладывают так, чтобы они захватывали коленный и голеностопный суставы.

При переломах костей плеча или предплечья шину накладывают на руку, согнутую в локте. При переломе

Шину накладывают так, чтобы она захватывала суставы ниже и выше места перелома кости. Между шиной и конечностью (особенно в местах прилегания шины к выступающей кости или к суставу) желательно проложить вату или мягкий материал. Затем шину прибинтовывают к конечности. Как правило, шины накладывают с обеих сторон конечности — внутренней и наружной. При переломе бедра шину накладывают с наружной стороны его от подмышки до пятки, а с внутренней стороны — от паха до пятки.

При переломах костей таза и позвоночника раненого укладывают на спину, слегка согнув ему ноги в коленных суставах и подложив под колени плащ-палатку (положение «лягушки»)

В ряде случаев после ранения может произойти развитие шока.

Шок (удар, потрясение) характеризуется глубоким упадком жизнедеятельности и основных функций организма — кровообращения, дыхания и обмена веществ в органах и тканях, лишенных нормального притока крови (массивное кровотечение и распространенный спазм мелких кровеносных сосудов). Он развивается после тяжелых ранений и механических травм; отрывов и размозжений конечностей и их частей; открытых и закрытых переломов крупных костей; повреждений внутренних органов; открытых повреждений черепа и головного мозга, сопровождающихся сильным кровотечением. Главными причинами травматического шока являются: значительная кровопотеря, сильная боль и психоэмоциональный стресс, всасывание и поступление в кровь ядовитых веществ разрушенных тканей. Раненые в состоянии шока остро нуждаются в срочной помощи.

Шок распознается по наличию тяжелого ранения или травмы, значительного кровотечения. На фоне общего тяжелого состояния сознание сохраняется, окраска кожи и слизистых оболочек резко, бледная либо серая, на коже крупные капли холодного пота. Дыхание поверхностное, учащенное; пульс частый, ослабленный, либо вовсе отсутствует.

При оказании первой помощи при травматическом шоке необходимо остановить продолжающееся наружное кровотечение путем тампонады раны, наложения тугой повязки или жгута. Вторая по срочности задача заключается в ликвидации или уменьшении боли. С этой целью производится инъекция обезболивающего вещества из шприц-тюбика, а при наличии портативного обезболивающего аппарата выполняется обезболивание с его помощью. Для обеспечения дальнейшей эвакуации производится иммобилизация поврежденной конечности. При сохранении способности к

контакту и глотанию раненому дают горячий чай, небольшое количество алкоголя (за исключением раненных в живот).

Оказание первой помощи при травматическом шоке проводят бережно, осторожно, но быстро и умело, прибегая к элементам реанимационного пособия (очищение полости рта, глотки). Необходимо принять все меры для доставки раненых в состоянии шока в ближайшее медицинское подразделение (часть). Транспор-тировка раненых производится на носилках автосанитарными или авиационными (вертолет) транспортными средствами.

Внезапная остановка дыхания и кровообращения при несчастных случаях приводит к смерти. Между тем жизнь пострадавшего может быть спасена, если поддерживать дыхания и кровообращения до прибытия врача. В этих условиях большое значение приобретает первая медицинская помощь, которая должна быть оказана на месте происшествия. Своевременно используя методы оживления – искусственная вентиляция лёгких, прямой массаж сердца – позволяют нередко сохранить жизнь пострадавшему. Знать и уметь применять эти простые, но достаточно эффективные методы реанимации обязаны не только мед. работники, но и лица без специального медицинского образования, в том числе каждый военнослужащий. Меры по оказанию первой медицинской помощи включают следующее:

- восстановление проходимости воздухоносных путей;
- наружный массаж сердца;
- искусственная вентиляция лёгких (искусственное дыхание)

Восстановление проходимости дыхательных путей.

Хорошая проходимость воздухоносных путей является обязательным условием обеспечивающим эффективность искусственной вентиляции лёгких. Основным нарушениям проходимости дыхательных путей является:

- западения языка к задней части глотки.
- Закупорка дыхательных путей кровью, слизью, рвотными массами, песком, илом, и другими инородными телами.

-Для восстановления проходимости дыхательных путей необходимо :

Максимально запрокинуть голову пострадавшего назад. Для этого следует одну руку подложить под шею пострадавшего, а другой производить давления на лоб. Вместо руки под шею можно подложить валик, свёрнутую шинель, одеяла и т.п.

Правильное положения головы предупреждает западения языка;

Повернуть голову и плечи пострадавшего в сторону, открыть рот и протереть его пальцем, обвёрнутым платком, удалить слизь, кровь или другое содержимое из рта.

Оказания первой медицинской помощи при утоплении.

Смерть при утоплении может быть вызвана двумя причинами, чаще всего она наступает в следствии того что попавшая в лёгкие вода препятствует поступлению в них воздуха а следовательно кислорода. Кожа у таких пострадавших синяя, из рта и носа выделяется большое количество воды, или нечистой

жидкости. Значительно реже происходит сужение голосовой щели, когда в лёгкие не попадает не воздух, не вода. Кожа у таких пострадавших бледная.

- оживить “бледных” удаётся даже после пребывания их под водой в течении 5 минут, иногда несколько больше.

- Оживить “синих” у удаётся даже после пребывания их под водой в течении 10 минут. Следует помнить что в случаях утопления в очень холодной воде скачок клинической смерти увеличивается (более 4 –5 минут) так как в условиях охлаждения тела пострадавшего уменьшается потребность ткани в кислороде и замедляется обмен веществ. Вначале очищают воздухоносные пути. У “синих” утонувших пытаются удалить жидкость дыхательных путей, для чего пострадавшего кладут животом на согнутое колено оказывающего помощь, так чтобы голова свисала вниз и ритмически несколько раз надавливают на спину. Нельзя тратить много времени (больше 20 –30 секунд) на освобождения дыхательных путей от воды, так как полностью достигнуть этого не возможно. После освобождения дыхательных путей от воды и инородных тел пострадавшего укладывают на твёрдую поверхность. При отсутствии сердечной деятельности приступают к наружному массажу сердца. Мероприятия нужно проводить до восстановления дыхания, кровообращения.

При лёгком пере охлаждении пострадавшего нужно поместить в тёплое помещение и согреть, укрыть тёплым одеялом, обложить грелками, растереть руки и ноги спиртом. Внутрь, горячие питьё, пища, алкоголь.