Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Тюменской области «Ишимский медицинский колледж»

Рассмотрено на заседании ЦМК клинических дисциплин
Протокол № _____
от « ___ » _____ 2020 г.
Председатель ЦМК:
_____ Малецкая Н.С.

Приложение № _____
к ППССЗ по специальности
34.02.01 Сестринское дело

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

ПМ 03
ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ И ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ

МДК 03.02 МЕДИЦИНА КАТАСТРОФ

по специальности
34.02.01 Сестринское дело
3 курс 5 семестр, 4 курс 7 семестр

Тема: «Экстренная медицинская помощь, защита населения, больных, персонала СМК в ЧС»

Составил преподаватель:
Латынцева М.С.

Ишим, 2020г

Задание: прочитать и кратко законспектировать.

1. Состояния, требующие экстренной медицинской помощи в зоне ЧС и первая медицинская помощь при данных состояниях;
2. Основные принципы и способы защиты населения, больных, персонала СМК в ЧС;
3. Характеристика средств индивидуальной и коллективной защиты;
4. Правила поведения в защитных убежищах.

1. Состояния, требующие экстренной медицинской помощи в зоне ЧС.

Асфиксия - это терминальное состояние, связанное с возникновением недостатка кислорода и накоплением углекислоты в организме, то есть смерть наступает в результате нехватки воздуха.

Существуют различные виды асфиксии, но наиболее часто встречается асфиксия, возникающая от механических причин*:*

- странгуляционная асфиксия - от сдавливания шеи петлёй при повешении или удавлении;
- обтурационная (механическая) асфиксия - от закупорки или закрытия дыхательных путей;
- компрессионная асфиксия - от сдавливания грудной клетки и живота.

Общие признаки асфиксии: синюшность кожи, т.е. цианоз, который в первую очередь проявляется на губах, мочках ушей, ногтях, в области носогубного треугольника, слизистой оболочке глаз (конъюнктиве), одышка, шумное дыхание, потеря голоса (человек не может позвать на помощь), участие в дыхании вспомогательных мышц (шеи, плечевого пояса и других).

Общая продолжительность асфиксии составляет не более 5-8 минут.

Устранение асфиксии (отсасывание слизи, рвотных масс и крови из верхних дыхательных путей; введение воздуховода; трахеотомия по показаниям; ИВЛ; наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе; пункция плевральной полости при напряженном пневмотораксе).

Первая помощь при закупорке дыхательных путей инородным телом:

1. устранение причины, которая мешает прохождению воздуха, восстановить проходимость ВДП и нормальное дыхание;

2. удалить пальцами посторонние предметы или зубные протезы из полости рта;

3. если пострадавший в сознании — заставить его покашлять;

4. если инородный предмет не откашливается, то необходимо произвести 3-4 коротких удара ребром ладони по позвоночнику пациента;

5. осмотрите ротовую полость, если инородный предмет не выскочил, то примените прием Гнймлиха (Хеймлиха):

- встаньте позади от пострадавшего;
- наклоните пострадавшего немного вперед;
- обхватите пострадавшего обеими руками и надавите на область эпигастрия резкими движениями внутрь и вверх.

Можно повторить до 4 раз;

6. если пострадавший без сознания, то прием Геймлиха проводят в положении пострадавшего лежа на спине.

Правила постановки воздуховода:



Проведение ИВЛ:



Принудительный вдох длится 3с, выдох — 1-2с. Количество циклов в минуту 12-18.

ИВЛ продолжается, пока у реанимируемого не появятся признаки самостоятельного дыхания или до прибытия неотложной помощи.

Кровотечения.

Это выход крови за пределы сосудистого русла или сердца в окружающую среду (наружное кровотечение), в полость тела или просвет полого органа (внутреннее кровотечение).

Классификация:

1. Наружное и внутреннее:

Наружное – кровь изливается из поврежденных сосудов слизистых, кожи, подкожной клетчатки, мышц;

Внутреннее – кровотечение в полости организма, сообщающиеся с внешней средой (желудочное, кишечное, легочное, кровотечение в полость мочевого пузыря).

2. По поврежденному сосуду:

Капиллярное (при травмировании мельчайших сосудов, расположенных в слизистых оболочках, мышечных тканях, кожных покровах) – кровотечение равномерно выделяется по всей поверхности;

Венозное – медленное, но непрерывное истекание крови из раны; кровь имеет темно-красный цвет;

Артериальное – кровь алого цвета, истекающая пульсирующей струёй;

Паренхиматозное (относится к внутреннему кровотечению) – характерно при ранениях и травмах легких, печени, селезенки;

Смешанное (комбинированное) – возникает при обширных травмах и сочетает различные виды кровотечений.



3. По времени возникновения:

Первичные (сопутствующие) – возникают в момент ранения и являются непосредственным последствием травмы;

Вторичные (могут возникнуть из сосуда не поврежденного при ранении, но пострадавшего в результате дальнейшего течения раны);

Ранние (из-за вымывания тромба из раны или при прорыве гематомы) – возникают чаще всего на 3-5 сутки;

Поздние – возникают между 10-м и 15-м днем с момента ранения.

Первая медицинская помощь:

Временная остановка кровотечения включает в себя:

- Наложение давящей повязки
- Приподнятое положение конечности
- Пальцевое прижатие главных артериальных стволов
- Максимальное сгибание конечности в суставе
- Наложение жгута
- Наложение зажима на кровоточащий сосуд

Наложение жгута:

1. Перед наложением жгут следует приподнять конечность;
2. Жгут накладывают проксимальнее раны как можно ближе к ней (артериальное – выше, венозное – ниже);
3. Под жгут необходимо положить ткань;
4. При наложении жгута делают 2-3 тура, равномерно растягивая его (туры не должны ложиться друг на друга);
5. Под жгут положить записку с указанием точного времени наложения жгута;
6. Часть тела, на которую наложен жгут, должна быть доступна для осмотра;
7. Снимать жгут нужно постепенно ослабляя его, с предварительным обезболиванием.

!!! При наличии открытой раны, необходимо наложить стерильную повязку!!!

!!! В зимнее время необходимо обернуть конечность теплой одеждой, пледом или одеялом!!!

!!! Необходимо проверить правильность наложения жгута: по прекращению кровотечения из раны и пульса на периферической артерии, по цвету кожи!!!

В летнее время жгут накладывается на период не более двух часов, в зимнее – до одного часа. При наложении жгута детям, время наложения сокращается вдвое. Каждый час, а зимой – полчаса, жгут необходимо ослаблять на 10-15 минут.



Правила наложения давящей повязки:

Венозное кровотечение и кровотечение из небольших артерий можно остановить давящей повязкой. Она наиболее эффективна там, где мягкие ткани лежат тонким слоем на костях (покровы черепа; область лучезапястного, коленного, локтевого и голеностопного суставов; передняя поверхность голени).

1. На рану наложить стерильные марлевые салфетки в несколько слоев, поверх них тугой комок ваты (не раскатанный рулон бинта; чистый носовой платок, скатанный тугим валиком);

!!! Без марлевой подкладки прямо на рану вату накладывать нельзя!!!

2. Плотно зафиксировать круговыми турами бинта;

3. Придать конечности возвышенное положение (подложить валик, плотно скатанную одежду, подушку).

Анатомические точки прижатия артерий:

1. Сонная артерия – на внутренней поверхности кивательной мышцы в средней трети до поперечного отростка шейного позвонка;

2. Подключичная артерия – к I ребру над ключицей в средней трети;

3. Подмышечная артерия – в подмышечной ямке к головке плечевой кости;

4. Плечевая артерия – на внутренней поверхности двуглавой мышцы в средней трети к плечевой кости;

5. Бедренная артерия – к горизонтальной ветви лобковой кости в паховой складке;

6. Подколенная артерия – сжатие мягких тканей в подколенной ямке при согнутом коленном суставе.



При оказании ПМП необходимо соблюдать следующие правила:

1. промывать рану можно только в случае попадания в нее едких или ядовитых веществ;

2. в случае попадания в рану песка, ржавчины и т. п. Промывать ее водой или растворами лекарственных средств **НЕЛЬЗЯ**;

3. НЕЛЬЗЯ смазывать рану мазями или засыпать порошком — это препятствует ее заживлению;

4. при загрязнении раны следует осторожно удалить грязь с кожи вокруг раны по направлению от краев раны наружу, очищенный участок перед наложением повязки смазать раствором йода;

5. НЕЛЬЗЯ допускать попадания йода внутрь раны;

6. НЕЛЬЗЯ прикасаться к ране руками, даже если они чисто вымыты, **НЕЛЬЗЯ** удалять из раны сгустки крови (это может вызвать сильное кровотечение);

7. удалять из раны мелкие осколки стекла может только врач;

8. после оказания ПП, когда кровотечение остановлено, при большой кровопотере пострадавшего экстренно госпитализируют.

Пневмоторакс (открытый, клапанный).

Открытый пневмоторакс – пневмоторакс, характеризующийся сообщением плевральной полости с атмосферным воздухом, как во время вдоха, так и во время выдоха; при этом внутриплевральное давление становится равным атмосферному.

Различают **открытый наружу пневмоторакс** (при циркуляции воздуха через дефект в грудной стенке) и **открытый внутрь пневмоторакс** (при поступлении воздуха через дефект в бронхе или трахее). Наиболее опасную разновидность представляет двусторонний открытый пневмоторакс, который практически в 100% случаев очень быстро заканчивается смертельным исходом. Пациенты с открытым пневмотораксом госпитализируются в отделения травматологии и торакальной хирургии.

Открытый пневмоторакс может трансформироваться в закрытый в том случае, если рана грудной стенки спонтанно закрывается, и воздух перестает поступать в полость плевры.

Если же проникновение воздуха через раневой канал продолжается только на вдохе, а на выдохе рана прикрывается кожным лоскутом, не позволяя воздуху покинуть плевральную полость, развивается **клапанный пневмоторакс**.

ОККЛЮЗИОННАЯ ПОВЯЗКА ПРИ ОТКРЫТОМ ПНЕВМОТОРАКСЕ

- Придать пациенту полусидячее положение лицом к себе, успокоить.
- Надеть резиновые перчатки (если есть).
- Осмотреть место травмы, убедиться в наличие открытого пневмоторакса.
- Объяснить пациенту ход предстоящей манипуляции.
- Обработать кожу вокруг раны раствором антисептика.
- Наложить на рану стерильные салфетки или подушечки индивидуального пакета, сделать это на выдохе пострадавшего.
- Зафиксировать перевязочный материал двумя-тремя турами бинта.
- Положить свержу воздухонепроницаемую ткань или прорезиненную внутреннюю оболочку ИПП.
- Закрепить циркулярными турами бинта.
- Закончить бинтование, концы бинта приколоть булавкой или завязать на узел.

Термические травмы - повреждения, возникающие в результате воздействия высоких (ожоги) или низких (обморожения) температур.

Ожоги – повреждения тканей, вызванные действием высокой температуры, химических веществ и лучевой энергии.

В зависимости от причины возникновения, ожоги делятся на:

- Термические (воздействие высокой температуры);

- Химические (воздействие химических веществ);
- Электрические;
- Радиационные (лучевые).

Термические ожоги возникают тогда, когда степень поглощения тепла превышает степень его рассеивания, вследствие чего температура тканей начинает повышаться до уровня, при котором происходит клеточный распад (44^0C – 51^0C).

Причины термических ожогов:

- Контакт с горячими жидкостями, паром;
- Контакт с пламенем;
- Контакт с горячими предметами;
- Контакт с горячими клейкими веществами (смолы, битум);
- Контакт с зажигательными смесями;
- Контакт с электричеством;
- Солнечные ожоги;
- Вдыхание горячего воздуха, пара – ожоги верхних дыхательных путей.

Ожоги бывают разной степени тяжести. Тяжесть ожоговой травмы определяется:

- Глубиной поражения;
- Площадью ожога;
- Локализацией;
- Особенностями макроорганизма (возраст, сопутствующие заболевания).

Степень поражения (глубина ожога) зависит от:

- Температуры повреждающего фактора;
- Длительности экспозиции;
- Индивидуальных особенностей.

Классификация степеней ожогов:

I степень. Происходит повреждение эпидермиса, проявляющаяся гиперемией кожи.

II степень. Отслойка эпидермиса с образованием пузырей с серозным содержимым.

III А степень. Омертвление (некроз) поверхностных слоев дермы без повреждения росткового слоя.

III Б степень. Омертвление (некроз) кожи на всю ее толщу глубоких слоев дермы.

IV степень. Омертвление кожи и тканей, расположенных под ней.

!!! I – III А степень – поверхностные ожоги. При благоприятном течении происходит самостоятельная регенерация кожи!!!

!!! III Б – IV степень – глубокие ожоги. Невозможна самостоятельная регенерация кожного покрова; при консервативном лечении заживают с образованием грубой рубцовой ткани!!!

Клинические проявления:

I степень – покраснение и отек кожи;

II степень – покраснение кожи, отек и образование пузырей с серозной жидкостью;

III А степень – большие пузыри с желтым содержимым, при разрушении которого обнаруживается дно ожоговой раны розового цвета. Болевая чувствительность сохранена.

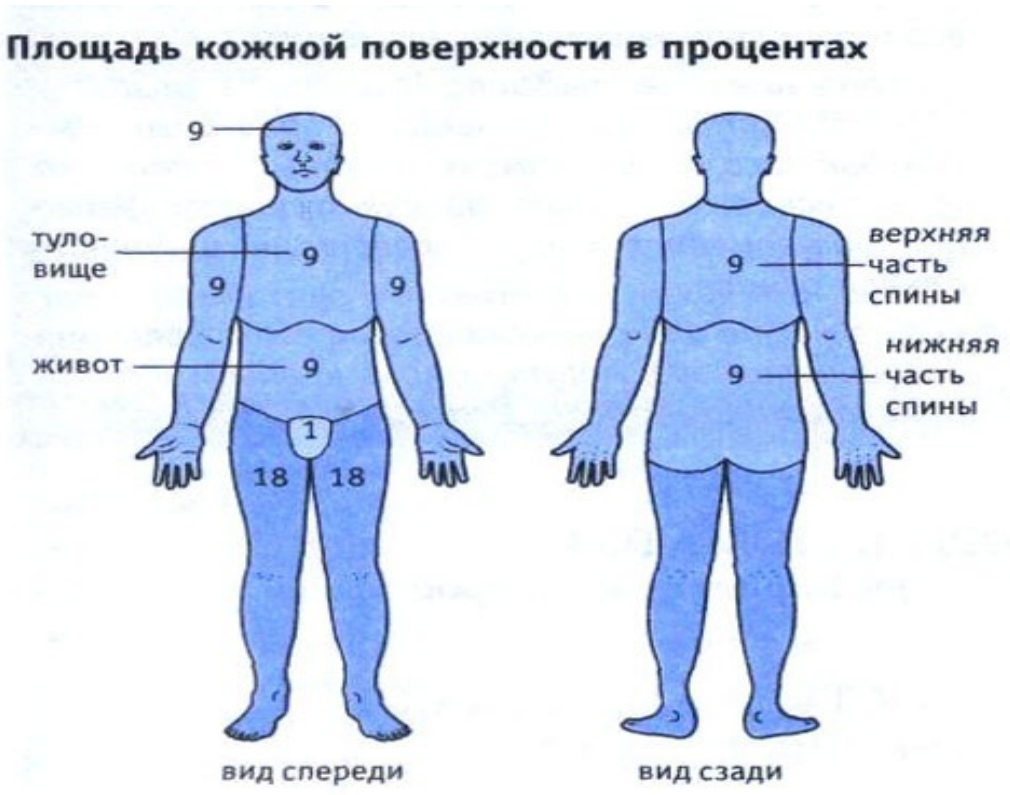
III Б степень – пузыри с геморрагическим содержимым, после разрушения которых видно сухое ожоговое дно белесоватого цвета. Болевая чувствительность отсутствует. Через 2-3 дня после травмы ожоговая поверхность приобретает коричневый или черный оттенок.

IV степень – коричневый, черный, плотный ожоговый струп, сквозь который могут просматриваться тромбированные сосуды.



Площадь ожога выражается в процентах к общей поверхности тела:

- Голова и шея – 9%;
- Поверхность груди – 9%;
- Живот – 9%;
- Спина – 9%;
- Поясница и ягодицы – 9%;
- Руки – по 9%;
- Бедра – по 9%;
- Голени и стопы – по 9%;
- Промежность и наружные половые органы – 1%.



***Первая медицинская помощь**:*

При любых ожогах, прежде всего, необходимо устранить причину – повреждающий фактор.

Следующее действие – наложение асептической повязки для профилактики инфицирования; мероприятия по предупреждению шока, транспортировка в ЛПУ.

Все действия необходимо выполнять с осторожностью, не допуская повреждений кожных покровов:

- Тушение загоревшейся одежды;
- Эвакуация пострадавшего из зоны высокой температуры;
- Тлеющую и чрезмерно нагретую одежду необходимо снять;
- Нельзя отрывать прилипшую к области ожога одежду, ее нужно обрезать вокруг травмы, наложив асептическую повязку прямо поверх оставшегося лоскута одежды;
- Если на улице холодное время года, то снимать одежду с пострадавшего опасно (это приведет к развитию шока и ухудшению состояния).

!!! Что нельзя делать:

- Трогать ожог руками;
- Прокалывать волдырь;
- Промывать ожоговую травму;
- Отрывать прилипшую одежду;
- Смазывать ожог маслом, жиром, вазелином (приведет к инфицированию, затрудняет первичную хирургическую обработку).

При ожогах III, IV степени быстро развивается шок. Пострадавшего нужно уложить, укрыть. Необходимо дать обильное питье. Для обезболивания применяют анальгетики.

Травмы ОДА представляют собой костные, суставные, связочные и мышечные повреждения, в результате которых происходит нарушение анатомической целостности этих структур.

Классификация:

1. Ушибы подкожной клетчатки и мышечной ткани;
2. Суставные вывихи;
3. Костные переломы;
4. Растяжение или разрыв мышечных и сухожильных волокон.

УШИБ – закрытое повреждение тканей и органов без существенного нарушения их структуры.

Чаще повреждаются поверхностно расположенные ткани (кожа, подкожная клетчатка, мышцы, надкостница).

Ушиб возникает в результате удара тупым предметом или при падении.

Степени ушиба:

- 1 степень. Незначительное повреждение кожи. В месте удара видна царапина или ссадина.
- 2 степень. Разрываются мышечные волокна и сосудистые стенки, в результате чего поврежденный участок отекает и в месте ушиба образуется гематома.
- 3 степень. Повреждаются мышечные и сухожильные волокна, но не нарушается функция травмированной конечности или сустава.
- 4 степень. Мышцы и сухожилия повреждаются настолько, что травмированная часть не выполняет свою функцию.

Клинические признаки:

- Резкая болезненность в месте ушиба при движении и пальпации;
- Отек;
- Гиперемия.



Первая медицинская помощь:

Сразу после травмы необходимо приложить холод к пострадавшему месту. Холод уменьшит отек, а соответственно и боль. Классическим средством первой помощи является пузырь со льдом. Если такого нет под рукой, то его можно заменить любым другим холодным предметом.

В случае интенсивной боли можно принять обезболивающее средство.

ВЫВИХ – стойкое смещение суставных поверхностей с выходом их из суставной полости.

Классификация:

1. Травматические. Возникают, как следствие механического воздействия на сустав (при падении или ударе). Данный вид вывихов, как правило, сопровождается разрывами в суставной сумке.

2. Врожденные. Данный вид вывиха суставов относится к патологиям развития ОДА и возникает еще на внутриутробном этапе развития плода. Наиболее распространен врожденный вывих бедра.

3. Патологические. Возникают в результате воспалительных процессов и дальнейшего разрушения суставных концов костей, под воздействием таких болезней, как остеомиелит, туберкулез и т.д.

4. Привычные. Наиболее характерно для плечевого сустава.

Причины вывиха:

1. Приобретенные:

- Падение или удар;
- Резкое и значительное сокращение мышц;
- Физическое воздействие на сустав или на прилегающую к нему область;
- Неестественное и сильное распрямление или изгиб сустава.

2. Врожденные:

- Патологическое развитие плода внутриутробно.

Клинические проявления:

- Отек;
- Резкая и сильная болезненность;
- Кровоподтеки;
- Снижение чувствительности;
- Ограничение подвижности;
- Покалывание и онемение;
- Визуальная деформация.



Первая медицинская помощь:

- Обезболивание. Дать выпить таблетку обезболивающего препарата или поставить инъекцию внутримышечно (анальгин, нимесил, кеторолак и другие)
- Иммобилизация. Сустав необходимо зафиксировать в той позе, в которой он находится после травмы.

!!! Выпрямлять и поворачивать конечность нельзя!!!

Для фиксации крупного сустава используют шину как и при переломе.

- Приложить холод к пострадавшему суставу, чтобы уменьшить отек.

РАСТЯЖЕНИЕ СВЯЗОК – распространенный вид травмы.

Причины:

- Травма;
- Резкие движения;
- Неудобная обувь (высокие каблуки у женщин).

Клинические проявления:

- Резкая боль при движении, надавливании на область растянутых связок;
- Постепенное нарастание отека;
- Может быть гематома, покраснение.



1. Первая медицинская помощь:

1. Исключить движение в поврежденной конечности;
2. Приложить к месту повреждения холод;
3. Зафиксировать травмированную конечность в области повреждения;
4. Дать обезболивающее.

ПЕРЕЛОМЫ – это патологическое состояние, при котором возникает деформация костей по действием повреждающего фактора, по силе превышающего прочность костной ткани.

Классификация:

1. По причине возникновения:
   - Травматические – вызванные внешним воздействием;
   - Патологические – возникающие при минимальном внешнем воздействии вследствие разрушения кости каким-либо патологическим процессом (туберкулез, опухоли, остеомиелит).
2. По целостности кожного покрова:
   - Закрытые – не сопровождаются ранением тканей:

✓ Неполные – формируются по типу трещины без смещения отломков кости;
✓ Полные – полное отделение концов кости и смещение в разные стороны;
✓ Единичные – травма одной кости;
✓ Множественные – травма нескольких костей;
✓ Сочетанные – возникновение костного дефекта в результате влияния различных негативных факторов;
✓ Комбинированные – травмы скелета с повреждением органов.

   - Открытые – сопровождаются повреждением кожных покровов:

✓ Первичные – образование раны при воздействии травмирующего фактора;
✓ Вторичные – появляются после момента травмы в результате прорезывания кожных покровов острыми краями костей при неправильной транспортировке больного в травмпункт или неудачном вправлении костей при лечении.



3. По форме и направлению перелома:

- Поперечные – линия перелома условно перпендикулярна оси трубчатой кости;
- Продольные – линия перелома условна параллельна оси трубчатой кости;
- Косые – линия перелома проходит под острым углом к оси трубчатой кости;
- Винтообразные – происходит вращение костных отломков; костные отломки «повернуты» относительно своего нормального положения;
- Оскольчатые – нет единой линии перелома, кость в месте перелома раздроблена на отдельные отломки;
- Клиновидные – когда одна кость вдавливается в другую;



- Вколоченные – костные отломки смещаются ближе к центру по оси трубчатой кости;
- Компрессионные – костные отломки мелкие, четкой единой линии перелома нет.



Клинические проявления:

- Резкая болезненность при движении, пальпации;
- Отек;
- Гематома;
- Нарушение функции поврежденной конечности;
- Патологическая подвижность – конечность подвижна в том месте, где нет сустава;
- Крепитация (своеобразный хруст) – ощущается под рукой в месте перелома, иногда слышна ухом;
- В ране могут быть видны костные отломки.

Первая медицинская помощь:

1. Обезболивание;
2. Иммобилизация поврежденного участка, наложив шину. Шиной может служить любой предмет, который предотвратит движение поврежденной конечности (захватывая суставы выше и ниже перелома).

!!! При открытом переломе при наличии кровотечения, необходимо остановить кровотечение, наложить асептическую повязку!!!



2.



Основные принципы и способы защиты населения в ЧС

Защита населения от ЧС - важнейшая задача Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС), исполнительных органов

государственной власти, а также местного самоуправления всех уровней, руководителей предприятий, учреждений и организаций.

Защита населения от ЧС в Российской Федерации - общегосударственная задача, определяемая Федеральным законом (1994) «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера». Законом определены организационноправовые нормы в области защиты граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства на всей территории страны.

Граждане Российской Федерации имеют следующие права:

- на защиту жизни, здоровья, личного имущества;

- на использование имеющихся средств коллективной и индивидуальной защиты;- на информацию о возможном риске и мерах необходимой безопасности в ЧС.

Они **обязаны** соблюдать меры безопасности, не нарушать производственную и технологическую дисциплину, требования экологической безопасности, знать способы защиты и оказания первой медицинской помощи, правила пользования коллективными и индивидуальными средствами защиты, принимать активное участие в проведении мероприятий по защите населения от ЧС.

Защита населения в чрезвычайных ситуациях(ЧС) - комплекс мероприятий, направленных на предотвращение или предельное снижение потерь населения и угрозы его жизни и здоровью от поражающих факторов ЧС.

Защита населения от поражающих факторов в чрезвычайной ситуации достигается следующими способами:

- укрытием населения в защитных сооружениях;

- рассредоточением или эвакуацией населения из зон районов возможных катаклизмов;

- применением всеми группами населения средств индивидуальной защиты, в том числе медицинской защиты.

Планирование мероприятий по защите населения осуществляют органы управления ГОЧС на основе прогнозирования и анализа обстановки, которая может сложиться в результате аварий, стихийных бедствий и катастроф в населённых пунктах и на объектах экономики.

Защита достигается проведением до и после возникновения ЧС следующих мероприятий:

- прогнозирования возможных ЧС и последствий их возникновения для населения;

- непрерывного наблюдения и контроля состояния окружающей среды;

- оповещения (предупреждения) населения об угрозе возникновения и факте ЧС;

- эвакуации людей из опасных зон и районов;

- инженерной, медицинской, радиационной и химической защиты;

- применения специальных режимов защиты населения на загряз- нённой (заражённой) территории;

- оперативного и достоверного информирования населения о состоянии его защиты от ЧС, принятых мерах по обеспечению безопасности, прогнозируемых и возникших ЧС, порядке действий;

-подготовки к действиям в ЧС населения, руководителей всех уровней, персонала пре дприятий, организаций и учреждений, а также органов управления и сил РСЧС;

- проведения аварийно-спасательных и других неотложных работ в районах ЧС и очагах поражения;

- обеспечения защиты от поражающих факторов ЧС продовольствия и воды;

- создания финансовых и материальных ресурсов на случай возникновения ЧС.

Большое значение для повышения эффективности защиты людей имеют мероприятия, в выполнении которых активное участие принимает **служба медицины катастроф:**

- обучение населения и спасателей правилам защиты от опасностей, вызванных авариями, катастрофами, стихийными бедствиями, эпидемиями, эпизоотиями, в том числе способам оказания первой помощи и мерам профилактики инфекционных заболеваний;

- морально-психологическая подготовка населения и спасателей с целью формирования психологической устойчивости и готовности к активным действиям при ликвидации последствий ЧС, предупреждения паники, нередко усугубляющей последствия ЧС;

- использование защитных сооружений (убежищ, противорадиационных укрытий, приспосабливаемых помещений) как средств коллективной защиты населения, в том числе и для развёртывания и обеспечения работы медицинских учреждений в условиях радиоактивного, химического загрязнения территории и др.;

- использование средств индивидуальной защиты (СИЗ) органов дыхания, кожных покровов от загрязнения радиоактивными, химическими веществами, бактериальными средствами;

- соблюдение соответствующих режимов противорадиационной и противохимической защиты, правил поведения;

- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий при проживании (пребывании) на территории, загрязнённой радиоактивными и химическими веществами, или в очагах инфекционных заболеваний, представляющих опасность заражения населения и спасателей при ликвидации последствий ЧС;

- проведение мероприятий медицинской защиты, являющихся составной частью медико-санитарного обеспечения населения и личного состава, участвующего в ликвидации последствий ЧС.

Очень большое значение в предупреждении населения о возникновении ЧС играет **своевременное оповещение.** В экстремальной ситуации время - главный фактор, и терять его нельзя. В настоящее время в целях обеспечения своевременного и надёжного оповещения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени и условиях войны установлен сигнал «Внимание всем!». Его подают с помощью сирен, производственных гудков и других сигнальных средств. Услышав его, нужно немедленно включить телевизор, радиоприём- ник, репродуктор радиотрансляционной сети и услышать экстренное сообщение комиссии по предупреждению и порядке действий в чрезвычайных ситуациях, в котором до сведения населения будет доведена информация об обстановке и действиях в этих условиях.

Оповещение населения о возникновении ЧС должно отвечать следующим основным требованиям:

- быть своевременным, чтобы дать населению время для подготовки к защите;

- исключать возникновение паники, способствовать чёткому и организованному проведению мероприятий;

- проводиться лишь в том случае, когда характер опасности достоверно установлен;

- касаться только той части населения, которая может подвергнуться воздействию поражающих факторов в данной ЧС;

- осуществляться централизованно (вышестоящими органами исполнительной власти или комиссиями по чрезвычайным ситуациям всех уровней).

Защитные убежища и сооружения

Защитные сооружения- инженерные сооружения, специально предназначенные для коллективной защиты рабочих и служащих предприятий, а также населения от поражающих факторов ЧС.

Убежище - инженерное сооружение, обеспечивающее защиту укрываемых в нём людей от воздействия всех поражающих факторов ЧС: светового излучения, проникающей радиации, ударной волны, отравляющих веществ (ОВ) и аварийно опасных химических веществ (АОХВ), бактериологических средств (БС), высокой температуры в зонах пожаров, обломков разрушенных зданий.

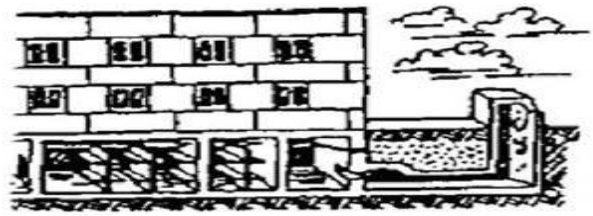
Противорадиационное укрытие(ПРУ) - защитное сооружение, обеспечивающее защиту укрываемых от светового излучения, воздействия ударной волны малой мощности (до 0,2 кг/см^2) и значительно ослабляющее воздействие проникающей радиации.

Простейшие укрытия- защитные сооружения, обеспечивающие защиту укрываемых от летящих обломков, светового излучения, а также снижающие воздействия ионизирующего излучения и ударной волны. К ним относят щели (открытые и перекрытые), траншеи, подземные переходы улиц и т.п. Убежища и ПРУ обычно строят заблаговременно по специальным строительным нормам и правилам «Инженерно-технические мероприятия гражданской обороны и предупреждения чрезвычайных ситуаций».

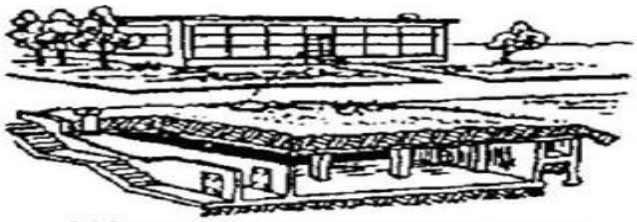
Типовое убежище состоит из основных и вспомогательных помещений.

1. К основным относят помещения для укрываемых людей, пункт управления и медицинский пост (пункт).

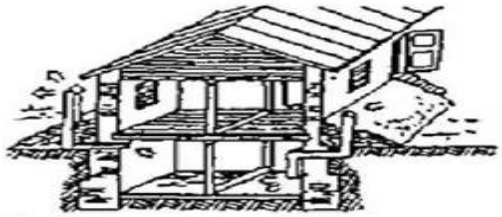
2. К вспомогательным относят помещения для фильтровентиляционной установки (ФВУ), санитарного узла, дизельной электростанции, продовольственного склада.



Убежище встроенное



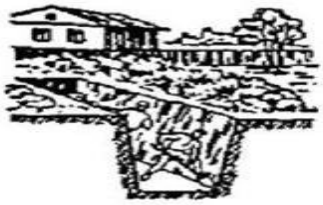
Убежище отдельно стоящее



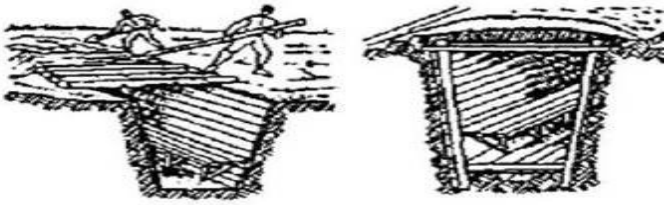
Противорадиационное укрытие в подвале дома



Противорадиационное укрытие в погребе



Щель открытая



Щели перекрытые

В убежище оборудуют тамбур-шлюзы и тамбуры, электрощитовую, а в части случаев - артезианскую скважину, станцию перекачки, баллонную.

Для медико-санитарного обеспечения в защитных сооружениях вместимостью до 150 человек работают две сандружинницы, в сооружениях вместимостью до 600 человек предусмотрен санитарный пост (четыре сандружинницы или одна медицинская сестра и три сандружинницы), при вместимости более 600 человек - врачебный медицинский пункт (один врач и четыре сандружинницы в смену при двухсменной работе). Для санитарного поста необходима площадь не менее 2 м^2, для врачебного медицинского пункта - 9 м^2.

В убежищах медицинских учреждений необходимо дополнительно предусматривать следующие помещения: для размещения больных, операционную-перевязочную, предоперационную-стерилизационную, процедурную-перевязочную, буфетную, санитарную комнату, посты медицинских сестёр.

3. Характеристика средств индивидуальной защиты

Индивидуальные средства защиты.

1. Средства защиты органов дыхания:

а) фильтрующие противогазы:

- общевойсковые: МО-4У (малый общевойсковой), РШ-4 (с развернутой шихтой), ПМГ-2 (противогаз малогабаритный), ПМК (противогаз малогабаритный коробочный) и др;
- специального назначения: ШМС, ММ-1, ШР-2;
- гражданские: ГП-5 (ГП-5М), ГП-7;
- детские: ПДФ-7, ПДФ-Д (противогаз детский фильтрующий дошкольный и школьный).



б) изолирующие противогазы:

- пневматофоры со сжатым кислородом: КИП-5, КИП-8 (кислородный изолирующий противогаз);
- пневматогены с выделением кислорода и кислородсодержащих веществ в момент дыхания: ИП-4, ИП-4М, ИП-4МК, ИП-5, ИП-46, ИП-46М;

в) респираторы: Р-2 и РМ-2



2. Средства защиты кожи:

а) изолирующего типа: ОЗК, Л-1, КЗП;



б) фильтрующего типа: ОКЗК, КЗС, импрегнированное обмундирование.

СЗК фильтрующего типа



КЗВУ
(костюм защитный водонепроницаемый универсальный)



ФЗО-МП, ФЗО-МП-А (комплект фильтрующей защитной одежды)



ВСО
(комплект вентилируемой специальной одежды)



ПЗО-1, ПЗО-2
(комплект одежды пылезащитной)

Коллективные средства защиты.

Средства коллективной защиты предназначены для защиты людей от поражающих факторов ЧС мирного и военного времени.

По степени подвижности делятся на:

1. стационарные (защитные сооружения);
2. подвижные (транспортная и инженерная техника)

По степени защиты подразделяются на:

- убежища;
- противорадиационные укрытия (ПРУ);
- простейшие укрытия (ПУ).

Защитные сооружения (ЗС) по месту распределения могут быть: встроенные (в подвальные и цокольные помещения) или отдельно стоящие (заглубленные в грунт) на расстоянии более высоты ближайших сооружений.

Наибольшими защитными свойствами обладают герметичные убежища, которые обеспечивают безопасность людей во всех ЧС (кроме наводнения).

Устройство типового убежища:

- помещение для размещения людей, оборудованные места для сидения и лежания (по ним определяется вместимость убежища);
- тамбуры и защитно-герметичные двери;
- санитарно-бытовые помещения (душевые, туалеты, умывальники и т. д.);
- дизельный отсек (с резервной электростанцией);
- фильтро-вентиляционная установка (ФВУ) с воздухозаборным устройством, размещаемом над поверхностью земляной обсыпи убежища;
- кладовые материальных средств, куда завозятся продукты питания, запас питьевой воды, средства защиты, приборы радиационного (химического) контроля и другие необходимые средства;

- медицинский пункт.

ФВУ предназначена для:

- очистки воздуха от различных загрязнений (газов и аэрозолей);
- вентиляции помещений;
- создания подпора атмосферного воздуха.

Герметичность убежища достигается подпором атмосферного воздуха, т. е. созданием внутри избыточного давления воздуха, превышающего атмосферное на несколько миллиметров водяного столба.

Тамбуры и защитно-герметичные двери обеспечивают сохранение герметичности убежища и исключают проникновение вредных примесей внутрь убежища при входе (выходе) людей.

Атмосферный воздух нагнетается в убежище в количестве 8-13м^3 в час на одного укрываемого человека.

Воздух, содержащие крупные частицы (пыль, капли), очищается на фильтре грубой очистки (находящемся в воздухозаборном устройстве). Для очистки воздуха о газов (паров) и аэрозолей служат фильтры — поглотители, через которые воздух прокачивается насосами с электроручным приводом.

4. Правила поведения в защитных убежищах.

Заполнение защитного сооружения производится при необходимости организованно и быстро. Каждый должен знать место расположения закреплѐнного сооружения и пути похода к нему.

В убежище люди размещаются **группами** – по цехам, бригадам, учреждениям, домам, улицам, соответствующие места обозначаются указками. В каждой группе назначают старшего.

Тех, кто прибыл с детьми, размещают в отдельных отсеках или в специально отведѐнных местах.

Что необходимо взять с собой?

Средства индивидуальной зашиты:

• противогаз, предварительно необходимо тщательно подобрать
• респиратор;
• противопыльная тканевая маска;
• ватно-марлевая повязка;
• домашняя аптечка.

Личные документы:

• паспорт, военный билет;
• свидетельство о браке, о рождении детей;
• документы об образовании;
• пенсионное удостоверение;
• деньги, особо ценные вещи.

Продукты питания на 1-2 дня и питьевую воду.

Из продуктов питания нужно брать такие, которые могут долго храниться без холодильника. Предпочтительнее продукты без острых запахов и по возможности в защитной упаковке (в пергаментной бумаге, целлофане, различного вида консервы).

Рекомендуется следующий набор:

- для взрослого человека: сухари, печенье, галеты в бумажной или целлофановой упаковке, мясные или рыбные консервы, готовые к употреблению, конфеты, сахар-рафинад.
- для детей: (учитывая их возраст и состояние здоровья) лучше брать сгущенное молоко, фрукты, фруктовые напитки и др.

Питьевую воду нужно налить во флягу, термос, бутылку с пробкой.

*Люди, находящиеся в защитном сооружении **обязаны:***

- выполнять правила внутреннего распорядка, оказывать помощь больным, инвалидам, детям;

- выполнять все распоряжения личного состава группы (звена) по обслуживанию защитного сооружения;

- соблюдать спокойствие, пресекать случаи паники и нарушений общественного порядка, оставаться на местах в случае отключения освещения;

- поддерживать чистоту и порядок в помещениях;

-содержать в готовности средства индивидуальной защиты;

- соблюдать установленный порядок приѐма пищи (2-3 раза в сутки при выключенной вентиляции)

- выполнять работы по подаче воздуха в защитное сооружение с помощью вентилятора с ручным приводом;

- соблюдать правила безопасности, в том числе не входить в фильтровентиляционное помещение, помещение ДЭС, не прикасаться к электрооборудованию и электрорубильникам, к баллонам с сжатым воздухом, запорной арматуре систем водоснабжения, канализации, теплоснабжения, к дверным затворам и другому оборудованию.

Укрываемым в защитном сооружении ***запрещено:***

- курить и употреблять спиртные напитки;

- приводить (приносить) домашних животных;

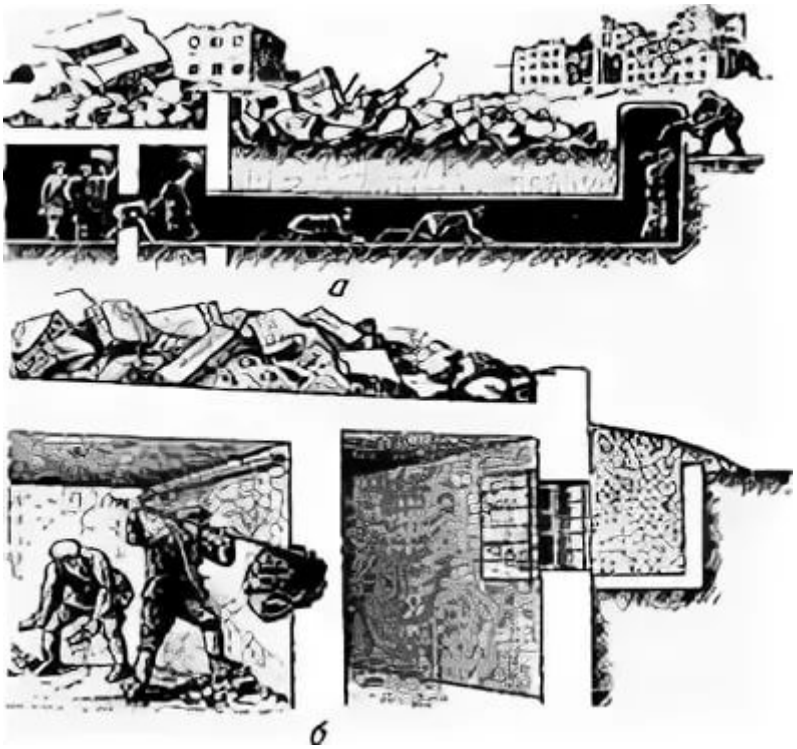
- приносить легковоспламеняющиеся или сильно пахнущие вещества, взрывоопасные вещества, а также громоздкие вещи;

- шуметь, громко разговаривать, ходить без особой надобности, открывать двери, выходить из сооружения;

- применять источники освещения с открытым пламенем;

- включать радиоприѐмники, магнитофоны и другие радиосредства.

Вывод из защитного сооружения производится по указанию командира звена обслуживания после соответствующего сигнала или в случае аварийного состояния сооружения, угрожающего жизни людей.



Выход (вывод) людей из убежища при завале основного входа:

а) через аварийный выход;

б) пробивка проема в стене убежища в соседнее подвальное помещение.

Перед выходом из убежища или ПРУ, оснащенного ФВУ, необходимо надеть все имеющиеся средства индивидуальной защиты. Оказавшись на территории с опасным для жизни уровнем радиации, необходимо по возможности быстрее покинуть очаг ядерного поражения в направлении наименьших разрушений зданий (сооружений), лесонасаждений и др.

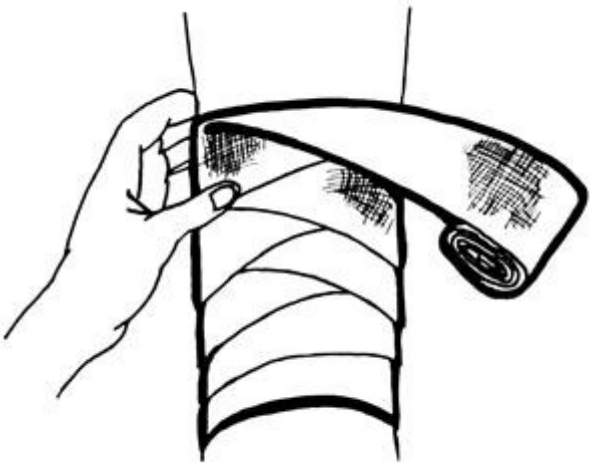
Во время движения в очаге поражения не прикасайтесь к попадающимся на пути предметам: они могут быть заражены или оказаться миной-сюрпризом противника.

Если же защитное сооружение не повреждено, то по истечении определенного времени можно (по разрешению местных органов ГО и ЧС) перейти в свое загерметизированное жилое помещение. Дальнейшее поведение населения в этой зоне и характер его жизнедеятельности должны соответствовать одному из трех режимов радиационной защиты, который будет объявлен органами гражданской обороны.

Задание 2. Отработайте алгоритмы наложения бинтовых повязок.

Основные типы бинтовых повязок

Круговая (циркуляторная)– состоит из нескольких туров, наложенных один на другой. Она служит составным элементом любой бинтовой повязки.



Спиральная - накладывается на конечности и туловище, каждый последующий ход прикрывает предыдущий на 1/2 или 1/3.

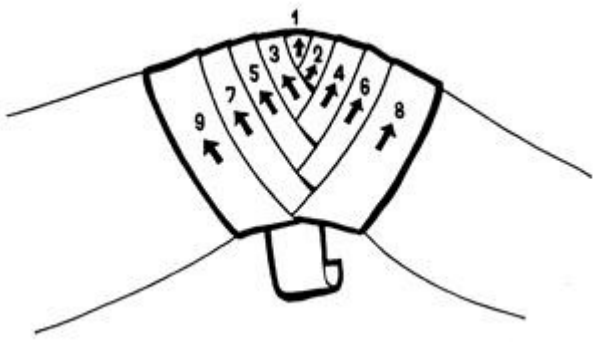
Ползучая — туры бинта ведут с промежутками. Применяют, если надо удержать перевязочный материал на обширной поверхности.



Крестообразная (восьмиобразна) - удобна при бинтовании в области затылка, кисти, лучезапястного сустава, голеностопного сустава. Бинт фиксируют круговыми турами, а затем перекрещивают в виде 8.



Колосовидная - при ее наложении перекресты располагаются по одной линии и смещаются при каждом туре на 1/2 или 1/3 ширины бинта. Ее накладывают на палец, плечевой сустав, тазобедренный сустав.



Черепашья - накладывается на область пятки, локтевого и коленного суставов. *Расходящаяся* - удобна при повреждении сустава, а *сходящаяся* - при поражении участков выше и ниже его.

Возвращающаяся - накладывают на голову, кисть, стопу, ампутационную культю. После закрепляющих туров бинт поворачивают под углом 90 градусов, придерживая его левой рукой, и обводя бинтуемый участок спереди назад в продольном направлении, а затем закрепляют вертикальные туры круговыми.

Повязка «уздечка»



Показание: повреждение щек, нижней челюсти.

Оснащение: бинт шириной 10 см.

Последовательность действий:

1.Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.

2. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта — в правую.

3. Сделать закрепляющий тур циркулярным типом через лобную и затылочную область головы.

4. Продолжать вести бинт через затылок на подбородок через затылочную область закрепляющий тур вокруг головы.



5. Опустить бинт на затылок, затем вести бинт вокруг подбородка, щек, лобной части головы и далее — через затылок закрепляющий тур вокруг головы.

6. Повторить туры бинта, идущие на подбородок и вокруг лица.
7. Закончить бинтование закрепляющими турами вокруг головы.
8. Зафиксировать конец бинта на лобной части головы вне раневой поверхности.

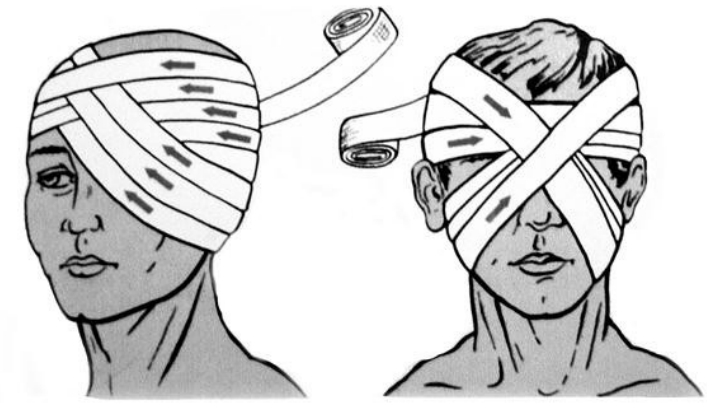
Повязка на оба глаза (бинокулярная)



Показание: повреждения глаз.

Оснащение: бинт шириной 10 см. Последовательность действий:

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта - в правую.
3. Приложить бинт к лобной части головы. Бинтовать слева направо.
4. Сделать закрепляющий тур бинта вокруг лобной и затылочной области головы.
5. Опустить бинт от затылка под мочку уха, далее через щеку вверх, закрывая этим ходом левый глаз.
6. Сделать закрепляющий тур бинта вокруг лобной и затылочной области головы.
7. Вести бинт с затылочной на лобную область головы, правый глаз, под мочку уха, на затылок.
8. Сделать закрепляющий тур бинта вокруг лобной и затылочной области головы.
9. Зафиксировать повязку, разрезав конец бинта и завязав на узел на лобной части головы.



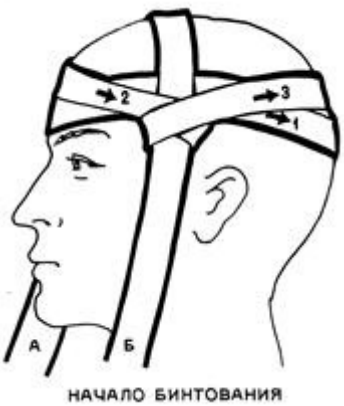
Повязка на один глаз (монокулярная)



Показания: послеоперационный период, травма глаза.
Оснащение: бинт шириной 10 см.
Последовательность действий:

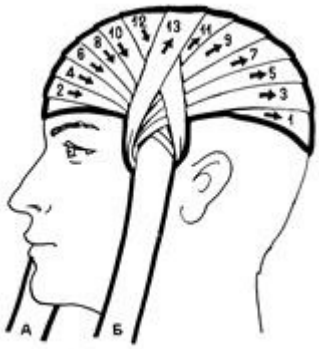
1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Бинтовать левый глаз слева направо, правый — справа налево.
3. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта в правую.
4. Приложить бинт к лобной части головы.
5. Сделать закрепляющий тур бинта вокруг лобной и затылочной области головы.
6. Опустить бинт от затылка под мочку уха, далее через щеку вверх, закрывая этим ходом больной глаз.
7. Сделать закрепляющий тур бинта вокруг лобной и затылочной области головы.
8. Чередовать ходы бинта на глаз и вокруг головы.
9. Зафиксировать повязку, разрезав конец бинта и завязав на узел (с другой стороны от поврежденного глаза).

Повязка «чепец»



Показание: при ранении мягких тканей волосистой части головы.
Оснащение: бинт шириной 10 см.
Последовательность действий:

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.



ГОТОВАЯ ПОВЯЗКА

2. Измерить и отрезать часть бинта длиной 80 см.

3. Расположить середину отрезка бинта на теменную область головы; концы бинта удерживают руки пациента или помощника.

4. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта в правую.

5. Сделать закрепляющий тур вокруг лба и затылка.

6. Дойдя до завязки, обернуть бинт вокруг завязки и вести по затылку до завязки с другой стороны.

7. Обернуть бинт снова вокруг завязки и вести по лобной части головы выше закрепляющего тура.

8. Закрыть полностью повторными ходами бинта волосистую часть головы.

9. Закончить бинтование двумя закрепляющими турами, и зафиксировать конец бинта у одной из завязок.

10.Завязать под подбородком отрезок бинта, концы которого удерживал пациент.

Повязка крестообразная на затылок



Показания: повреждения и воспалительные заболевания в области затылка.

Оснащение: бинт шириной 10 см.

Последовательность действий:

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.

2. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта - в правую.

3. Приложить бинт к лобной части головы, сделать два закрепляющих тура вокруг лобной и затылочной области головы (слева направо).

4. Опустить бинт на затылок, затем на шею под ухо, снова на затылок и вокруг головы — закрепляющий тур.

5. Сделать несколько восьмиобразных оборотов, перекрывая каждый предыдущий тур на 2/3 ширины.

6. Закончить повязку закрепляющим туром вокруг головы.

7. Зафиксировать повязку, разрезав конец бинта и завязав на узел на лобной части головы.

Колосовидная повязка на плечевой сустав

Показание: раневая поверхность в области плечевого сустава.

Оснащение: бинт шириной 20 см.

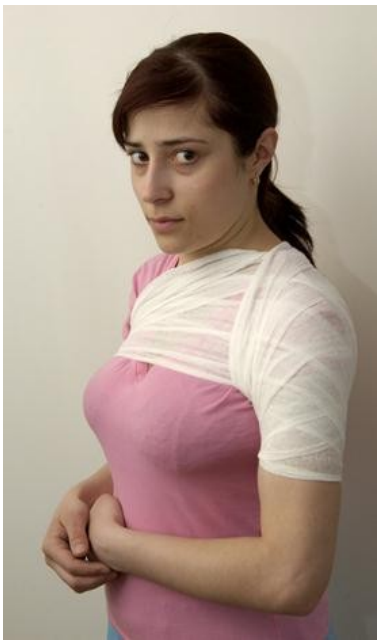
Последовательность действий:

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.

2. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта — в правую.

3. Опустить конечность вдоль туловища.

4. Приложить бинт к верхней трети плеча (правая рука бинтуется слева направо, левая — справа налево).



5. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг верхней трети плеча.

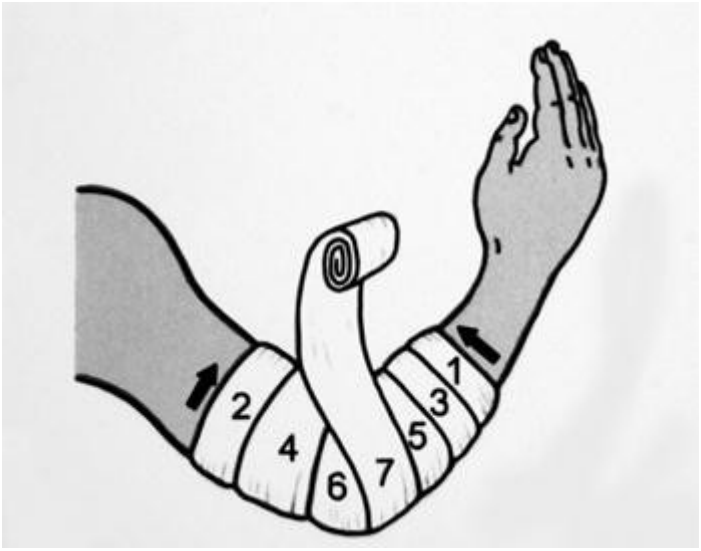
6. Вести бинт с плеча на спину, в здоровую подмышечную впадину, на грудь и снова — на плечо.

7. Обвести бинт вокруг плеча, закрывая каждый предыдущий тур на 2/3 ширины бинта.

8. Повторять ходы бинта, поднимаясь с плеча к плечевому суставу, пока не закроется вся раневая поверхность.

9. Зафиксировать повязку.

«Черепашья» повязка (сходящаяся) на локтевой сустав.



Показание: повреждения выше или ниже локтевого сустава.

Оснащение: бинт шириной 20 см.

Последовательность действий:

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Согнуть конечности в локтевом суставе под углом 20°.
3. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта - в правую. Бинтовать слева направо.
4. Приложить бинт к верхней трети предплечья.
5. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг предплечья.
6. Пересечь сгибательную поверхность локтевого сгиба и перейти на нижнюю треть плеча.
7. Наложить ходы бинта на плечо и предплечье друг на друга, постепенно сближаясь после восьмиобразных перекрестков над сгибательной поверхностью локтевого сустава.
8. Закрыть локтевой сустав, опустившись в область предплечья, в место начала повязки.
9. Зафиксировать повязку, разрезать конец бинта и завязывать концы на узел.

«Возвращающаяся» повязка на один палец

Показание: повреждение пальца.

Оснащение: бинт шириной 3 – 5 см.

Последовательность действий:

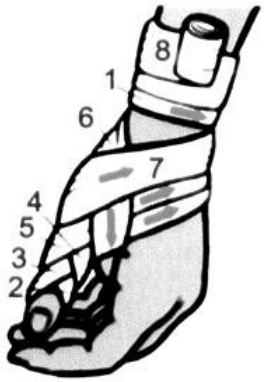
1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.
2. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг лучезапястного сустава.
3. Вести бинт с лучезапястного сустава по тылу кисти вдоль травмированного пальца.
4. Обогнуть кончик пальца, бинт вести с ладонной поверхности до основания пальца, затем — от ладонной поверхности через кончик пальца к основанию на тыльной поверхности кисти (т. е. вернуться в исходное положение). Рукой, свободной от бинта, придерживать повязку на ладонной поверхности кисти пациента.
5. Бинтовать ползучим типом от основания к кончику пальца, затем спиралевидными ходами — от кончика пальца к основанию.

6. Перевести бинт через тыл кисти к лучезапястному суставу (у основания пальца — переход на кисть крестообразным ходом).

7. Закрепить повязку на лучезапястном суставе двумя закрепляющими турами.

8. Разрезать конец бинта и завязать на узел.

Колосовидная повязка на один палец



Показания: ранение, ожог пальца.

Оснащение: бинт шириной 3 - 5 см.

Последовательность действий:

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.

2. Сделать два закрепляющих тура бинта на лучезапястном суставе.

3. Вести бинт через тыльную поверхность кисти и большого пальца к ногтевой фаланге,

4. Обогнуть палец по ладонной и тыльной поверхности и снова вести бинт к лучезапястному суставу (при переходе с ладонной на тыльную поверхность бинтуют крестообразным ходом).

5. Сделать закрепляющий тур бинта вокруг лучезапястного сустава.

6. Повторять туры бинта с переходом на тыльную поверхность кисти и с закреплением на лучезапястном суставе.

7. Прикрыть предыдущий тур на 1/2ширины повязки пока весь палец не будет забинтован.

8. Закрепить повязку на лучезапястном суставе.

9. Разрезать конец бинта и завязать на узел.



Повязка «рыцарская перчатка»



Показания: отморожения, ранения пальцев.

Оснащение: бинт шириной 3 – 5 см.

Последовательность действий:

1. Усадить пациента лицом к себе, предплечье со стороны травмированной конечности уложить на столик, кисть свободно свисает.

2. Успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.

3. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта - в правую.

4. Приложить бинт к лучезапястному суставу.

5. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг лучезапястного сустава.

Примечание: правая рука бинтуется с I (большого) пальца, левая — V (пальца).

6. Вести бинт с лучезапястного сустава по тылу кисти к основанию бинтуемого пальца.

7. Завести бинт под палец, спиральными ходами опуститься к кончику пальца и от кончика возвратиться к основанию пальца.

8. Вести бинт от основания пальца (у основания пальца сделать крестообразный тур) через тыл кисти к лучезапястному суставу.

9. Вести бинт с лучезапястного сустава по тылу кисти на следующий палец. Повторить пункты 6,

10.Закрепить повязку на лучезапястном суставе, разрезать конец бинта и завязать концы на узел.

Примечание: таким способом забинтовать все пальцы. При правильном наложении повязки ладонь остается свободной .

Повязка «Варежка»



Показания: ранения, ожоги кисти.
Оснащение: бинт шириной 7 – 10 см.
Последовательность действий:

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.

2. Уложить предплечье со стороны травмированной конечности на стол, кисть свободно свисает.

3. Взять начало бинта в левую руку, головку бинта - в правую.

4. Приложить бинт к лучезапястному суставу.

5. Сделать два закрепляющих тура бинта вокруг лучезапястного сустава.

6. Опустить бинт с лучезапястного сустава по тылу кисти и, огибая пальцы, перейти на ладонную поверхность к лучезапястному суставу.

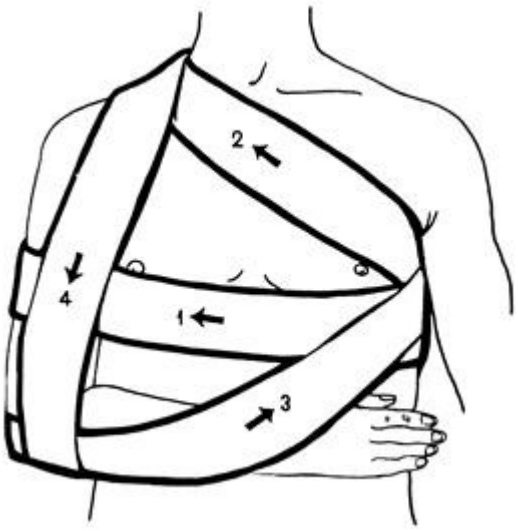
7. Сделать возвращающийся тур через ладонь, пальцы на тыл кисти и далее к лучезапястному суставу (одной рукой бинтовать, другой придерживать повязку со стороны ладони).

8. Вести бинт спиральными ходами от лучезапястного сустава к концам пальцев и от концов пальцев к основанию кисти.

9. Зафиксировать повязку двумя закрепляющими турами бинта вокруг лучезапястного сустава, разрезать конец бинта и завязать на узел.

Примечание: при наложении повязки уложить стерильные салфетки между пальцами для предупреждения опрелостей.

Повязка «Дезо»



Показание: фиксация верхней конечности при переломе и вывихе плеча.

Оснащение: бинт шириной 20 см.

Последовательность действий:

1. Усадить пациента лицом к себе, успокоить, объяснить ход предстоящей манипуляции.

2. Вложить в подмышечную впадину валик из ваты, обернутый марлей.

3. Согнуть предплечье в локтевом суставе под прямым углом.

4. Прижать предплечье к груди.

5. Сделать два закрепляющих тура бинта по груди, больной руке в области плеча, спине и подмышечной впадине со стороны здоровой конечности.

6. Вести бинт через подмышечную впадину здоровой стороны по передней поверхности груди косо на надплечье больной стороны.

7. Опуститься вниз по задней поверхности больного плеча под локоть.

8. Обогнуть локтевой сустав и, поддерживая предплечье, направить бинт косо в подмышечную впадину здоровой стороны.

9. Вести бинт из подмышечной впадины по спине на больное надплечье.

10.Вести бинт с надплечья по передней поверхности больного плеча под локоть и обогнуть предплечье.

11.Направить бинт по спине в подмышечную впадину здоровой стороны.

12.Повторять туры бинта до полной фиксации плеча.

13.Закончить повязку двумя закрепляющими турами по груди, больной рук в области плеча, спины.

14.Зафиксировать повязку.

Домашнее задание:

1. Ознакомиться с текстом, составить краткий конспект;

2. Продемонстрировать выполнение двух повязок на выбор.