

ТЕМА: ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИЯХ.

Литература

Учебник Д.В. Марченко «Первая медицинская помощь при травмах и несчастных случаях», страницы 145-166.

Учебные вопросы

1. Понятие о ранении. Классификация и виды ранений.
2. Виды кровотечений.
3. Общие принципы оказания первой помощи при ранениях (остановка кровотечения, дезинфекция раны, фиксирование конечности, обезболивание, безопасная транспортировка).
4. Основные правила наложения бинтовых повязок. Пакет перевязочный индивидуальный (ППИ).
5. Порядок использования шприц-тюбика.
6. Выполнение норматива № 11.
7. Наложение спиральной повязки.

ТЕКСТ УЧЕБНИКА:

1. Понятие о ранении. Классификация и виды ранений.

Кровь — универсальная жидкость, обеспечивающая насыщение каждого органа и ткани нашего организма кислородом. Помимо этой основной транспортной функции (вместе с кислородом кровью доставляются питательные вещества, ферменты, гормоны, витамины и др.) кровь выполняет еще и другие: это и терморегулирующая (поддержание постоянной температуры тела за счет циркуляции крови по всему организму), и защитная (выработка антител и защита от инфекции).

Именно поэтому любое нарушение целостности сосуда и сосудистой системы вообще в результате преимущественно внешнего воздействия может привести к серьезным «поломкам» внутри нашего организма и даже угрожать жизни.

Такая ситуация возникает в результате ранения.

Понятие о ранении.

Итак, ранение (или рана) - это любое нарушение целостности кожных покровов и подлежащих тканей (в том числе и сосудов) в результате внешнего, преимущественно механического, воздействия.

Соответственно, признаками ранений будут являться следующие:

- кровотечение (как следствие нарушения целостности сосуда);
- зияние (или расхождение краев раны, примерно повторяющее контур ранящего предмета);
- нарушение функции травмированной (раненой) части тела.

Кроме того, пострадавший будет испытывать болевые ощущения, так как дополнительно травмируются и нервные стволы. Боль при серьезных (обширных) ранениях бывает настолько интенсивна, что может привести к развитию болевого шока.

Характерным для ранений, помимо вышеперечисленных признаков, является наличие раневого канала — полости, образованной в результате прохождения ранящего предмета в глубину тела. Именно по расположению раненого канала, его направлению, длине и т. д. можно судить о каких-либо свойствах ранящего предмета.

Таким образом, для ранений характерно наличие кровотечения, зияния и раневого канала.

Классификация и виды ранений.

Все ранения подразделяются на две большие группы:

- проникающие (когда нарушается целостность внутренних оболочек и ранящий предмет попадает в одну из полостей тела человека — черепа, грудной клетки, живота или суставов);
- непроникающие (все остальные ранения).

По механизму получения травмы все ранения можно разделить на следующие виды:

- колотые (при малом диаметре наружного отверстия характерна достаточно большая глубина раненого канала);
- резанные (достаточно обширные внешние повреждения при малой глубине раненого канала);
- рубленые (характерно широкое разможнение краев и обширные внутренние повреждения);
- укушенные (характерно наличие контура/рисунка зубов) — могут сочетаться со следующим видом
- рваные (обширные внешние повреждения звездчатой формы);
- скальпированные (при этом виде ранений кожа с подкожной основой полностью отделяется от подлежащих тканей);

— огнестрельные (в результате воздействия огнестрельного снаряда — пули, дроби, картечи и т.п.) (рис. 2).

В свою очередь, огнестрельные ранения подразделяются на:

- слепые (когда имеется только входное отверстие и ранящий снаряд находится в глубине тела);
- сквозные (имеются входное и выходное отверстия; как правило, выходное отверстие несколько больше входного);
- касательные (поверхностные повреждения кожного покрова).

2. Виды кровотечений.

Виды кровотечений

Само истечение крови из раны (кровотечение) может быть представлено следующими видами или их сочетаниями (рис. 1):

- артериальное (кровь алого цвета, фонтанирует согласно сердечным сокращениям — пульсу);
- венозное (кровь вишневого цвета равномерно истекает из раны);
- капиллярное (кровь как бы пропитывает поврежденные ткани).

Кровотечение, кроме того, может быть наружным (вызывается повреждением кровеносных сосудов с выходом крови на поверхность кожи) и внутренним (когда кровь из поврежденного сосуда изливается внутрь организма).

Наружное кровотечение легче диагностировать, однако очень сложно точно определить объем потерянной крови: так примерное количество вытекшей крови хорошо видно на полу, выложенном плиткой, в то время как большее количество может быть совершенно незаметно, если кровь льется на землю и впитывается в нее. Поэтому для примерного определения объема потерянной крови в этих случаях можно воспользоваться следующим правилом: если пульс у пострадавшего составляют 100 ударов в минуту и более, с высокой долей вероятности можно утверждать, что пострадавший потерял как минимум 1000 мл, что, в свою очередь, может быть самостоятельной причиной развития шока.

Важно! При потере одного-двух литров крови (25% и более от общего объема) вероятность развития шока и, соответственно, гибели пострадавшего повышается в несколько раз!

Серьезное внутреннее кровотечение может произойти при переломе крупных костей (когда острыми краями кости повреждаются артерии или внутренние органы), направленной тупой травме (при транспортных авариях), язвенной болезни желудка; поэтому при оказании первой помощи *необходимо следить за появлением внешних признаков шока:*

1. бледная, прохладная и липкая кожа,
2. частый пульс,
3. общая слабость,
4. частое поверхностное дыхание,
5. тошнота,
6. головокружение,
7. сужение сознания -

чтобы своевременно принять экстренные меры.

Безусловно, наиболее опасным для жизни является наружное артериальное кровотечение, возникающее при ранениях крупных сосудов, когда кровь, истекая под давлением, не успевает свертываться. При этом происходит быстрое уменьшение объема циркулирующей крови, что приводит к кислородному голоданию жизненно важных органов нашего организма. Гипоксия стремительно нарастает и, без оказания своевременной и грамотной медицинской помощи, неизбежно приведет к смерти.



Рис. 1. Виды кровотечений: а — артериальное (кровь фонтанирует); б — венозное (кровь обильно истекает); в — капиллярное (кровь сочится)

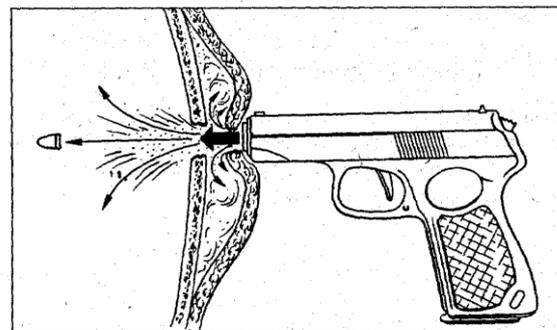


Рис. 2. Частный случай огнестрельного повреждения: выстрел в упор и образование «штанц-марки» — рисунка, повторяющего контур дульного конца ствола огнестрельного оружия (в результате ожога пороховыми газами)

3. Общие принципы оказания первой помощи при ранениях (остановка кровотечения, дезинфекция раны, фиксирование конечности, обезболивание, безопасная транспортировка).

Вначале рассмотрим общие принципы оказания первой медицинской помощи (ПМП) при ранениях, чтобы ориентироваться на них, разбирая частные случаи.

Прежде всего, необходимо помнить о мерах собственной безопасности при общении с пострадавшим. Кровь пострадавшего может таить в себе определенную опасность.

Большую опасность для пострадавшего в результате ранения имеет не объем потерянной крови, а скорость ее истечения.

Так, при артериальных кровотечениях, как было отмечено выше, возможность развития шока и скорой смерти при несвоевременно оказанной помощи повышается в несколько раз.

I. Поэтому первым (и главным) принципом оказания первой помощи при ранениях является остановка кровотечения любым доступным на данный момент способом.

Способов временной остановки кровотечения достаточно много, и в реальной ситуации нужно применить наиболее адекватный обстановке:

- *прямое давление на рану* — по возможности, пострадавшего необходимо уложить на спину и приподнять раненую конечность выше уровня сердца, затем осуществить прижатие салфетки к ране пальцами своей руки (рис. 3);

- *пальцевое прижатие артерий* (одновременно с вышеизложенным способом, постараться осуществить прижатие магистральной артерии (височной, сонной, плечевой, бедренной) к кости) — этот способ дает возможность если не

остановить кровотечение, то хотя бы максимально уменьшить его интенсивность и спокойно, без суеты, разобраться в сложившейся ситуации, чтобы перейти на более надежный способ временной остановки кровотечения (рис. 4);

- при большом зиянии можно попытаться *свести вместе края раны*, сжав их с обеих сторон (рис. 5);

- тампонада (этот способ остановки кровотечения может быть использован при достаточно большой глубине раневого канала, когда рана тампонируется чистым, а лучше стерильным материалом, но только не ватой; при этом происходит сдавливание поврежденных сосудов, уменьшение

интенсивности кровотечения и скорейшее образование в них тромбов);

- *максимальное сгибание конечности в*



Рис. 5. Вариант уменьшения интенсивности кровотечения — сведение вместе краев раны

суставе (локтевом, тазобедренном, коленном), при этом для достижения результата необходимо подложить валик в суставную ямку — этот способ хотя и причиняет определенные неудобства пострадавшему, но дает неплохой эффект временной остановки

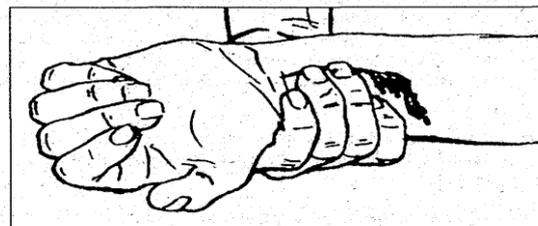


Рис. 3. Вариант прямого давления на рану



Рис. 4. Способ временной остановки кровотечения — пальцевое прижатие артерий: а — основные точки прижатия; б — прижатие магистральной артерии

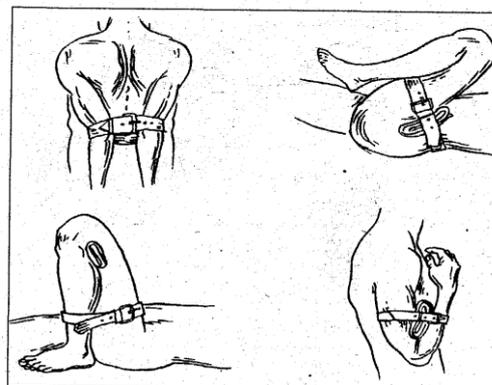


Рис. 6. Максимальное сгибание конечности в суставе как один из способов временной остановки кровотечения

кровотечения только при условии отсутствия переломов костей (рис. 6);

- *давящая повязка* (тоже преследует цель сдавливания поврежденных сосудов и уменьшения интенсивности кровопотери), при этом перед наложением повязки нужно убедиться в том, что в ране нет осколков стекла, металла и т. п., чтобы не спровоцировать дополнительное кровотечение; если повязка пропитывается кровью ни в коем случае не следует удалять ее, а добавить еще одну, поверх первой (рис. 7; 8);

- *наложение жгута* (в качестве такового, помимо специального, могут выступать ремень, галстук кашне, подтяжка и т. п.) — сразу следует оговориться, что эта манипуляция весьма травматична и поэтому используется только в двух случаях: при сильных артериальных кровотечениях, когда другие способы временной остановки кровотечения оказались неэффективны, и при травматической ампутации конечности (рис. 9).

Необходимо помнить следующие правила наложения жгута:

1. Перед наложением жгута конечность, по возможности, постараться приподнять (для венозного оттока) на 5 — 7 секунд.

2. Кожные покровы, на которые будет наложен жгут, обязательно должны быть защищены материалом (бинтовая повязка, одежда и т. д.).

3. При кровотечении из артерий верхней конечности жгут накладывается на верхнюю треть плеча, при кровотечении из артерий нижней конечности — на среднюю треть бедра (именно в этих местах находится, как известно, одна кость — плечевая или бедренная, в других местах накладывать жгут просто бесполезно).

4. Первые два витка делают с максимальным усилием, и именно они являются кровоостанавливающими (рис. 10).

5. Обязательно накладывают жгут при отрыве части конечности, даже при отсутствии кровотечения.

6. Максимальные сроки, на которые может быть наложен жгут, следующие:

- в теплое время года — не более 90 минут;
- в холодный период — не более 60 минут.

По истечении этого срока (если госпитализация пострадавшего по каким-то причинам затягивается по времени) жгут слегка ослабляют и на 10—15 минут переходят на пальцевое прижатие магистральной артерии, после чего жгут вновь накладывают, но несколько выше или ниже предыдущего места.

Детям, при прочих равных условиях жгут накладывается не более чем на 60 минут.

7. Информация о времени наложения жгута фиксируется пострадавшему на лоб или любое другое видное место (рис. 11).

ВАЖНО! Если жгут наложен правильно, то:

- кровотечение прекращается;
- конечность белеет и холодеет на ощупь,
- периферический пульс не прощупывается.



Рис. 7. Варианты наложения давящей повязки на голову:
а — прямое давление на рану;
б — наложение давящей повязки (бинтование)

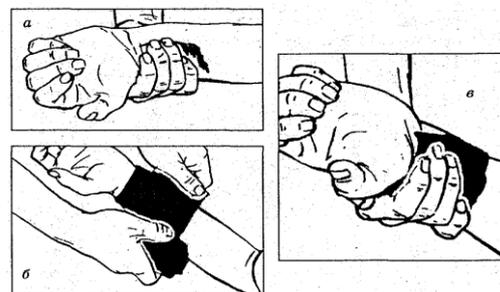


Рис. 8. Этапы наложения давящей повязки:
а — прямое давление на рану при помощи пальцев;
б — прямое давление на рану через салфетку;
в — начальный этап бинтования

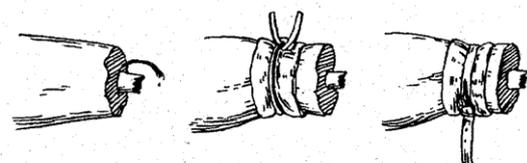


Рис. 9. Один из вариантов наложения жгута при травматической ампутации конечности

II. Вторым принципом оказания ПМП при ранениях является так называемая дезинфекция раны, т. е. защита области ранения от инфицирования. Дезинфекция раны достигается следующим:

- обработка краев раны любым доступным в данной ситуации дезинфекционным средством (спирт, водка, спиртовой раствор йода, одеколон, лосьон и др.);
- работать по возможности чистыми руками (или в перчатках), предварительно обработав их вышеперечисленными средствами;
- наложение чистого (лучше стерильного) материала поверх раненой поверхности (перед бинтованием);
- бинтование поврежденной области, которое производят таким образом, чтобы повязка надежно прикрывала место ранения, была надежной и одновременно не слишком тугой, чтобы не причинять дополнительные страдания пострадавшему (фиксирующий узел в конце бинтования должен располагаться на противоположной ране стороне).

III. После этого раненую конечность лучше всего зафиксировать, например, подвесив на косынке или при помощи шин, что является третьим принципом оказания помощи при ранениях.

IV. Четвертый принцип обезболивания — необходимое условие профилактики болевого шока. В качестве обезболивающих могут быть использованы следующие средства:

1. таблетки анальгина (и его аналоги);
2. капсулы трамадола (трамала);
3. также обезболивающим эффектом обладает холод (пакеты или пузыри со льдом, снегом, холодной водой), который или непосредственно прикладывается к месту ранения, или накладывается через уже наложенную повязку.

IV. Пятый и последний принципы оказания ПМП при ранениях — безопасная транспортировка тоже имеет немаловажное значение для профилактики возможных осложнений, ведь при транспортировке в медицинское учреждение или во время ожидания приезда СМП пострадавший должен находиться в таком положении, которое устранил возможную угрозу для жизни пострадавшего и максимально уменьшит его страдания.

Так, при ранениях нижних конечностей, а также при ранениях живота пострадавший должен находиться в положении лёжа на спине (рис. 12) или на боку; при ранениях грудной клетки — сидя или полусидя (слегка наклонившись вперед); при ранениях головы, в зависимости от тяжести состояния пострадавшего, — полулежа или лежа на спине, на боку.

Таким образом, представляется возможным сформулировать общие принципы оказания первой

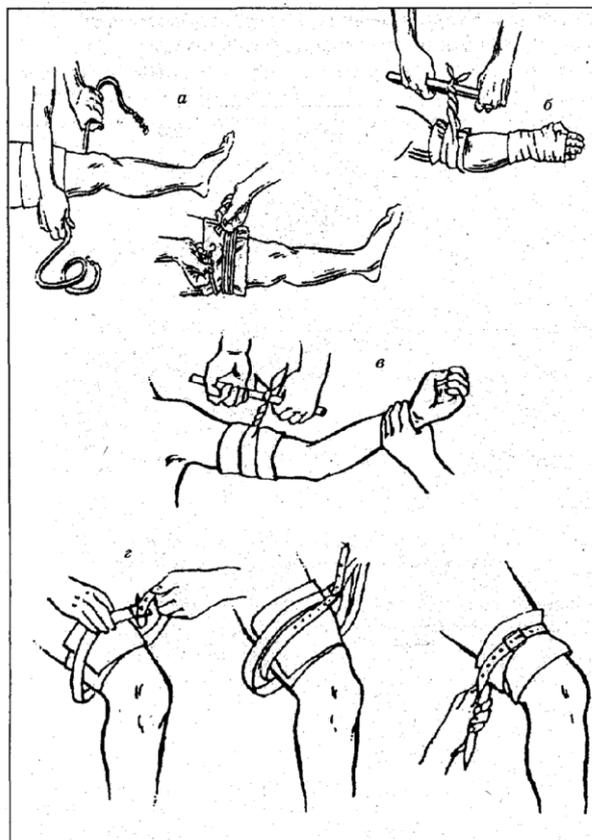


Рис. 10. Варианты наложения жгута:
а — с использованием стандартного медицинского резинового жгута; б, в — способы закрутки;
г — с использованием поясного ремня

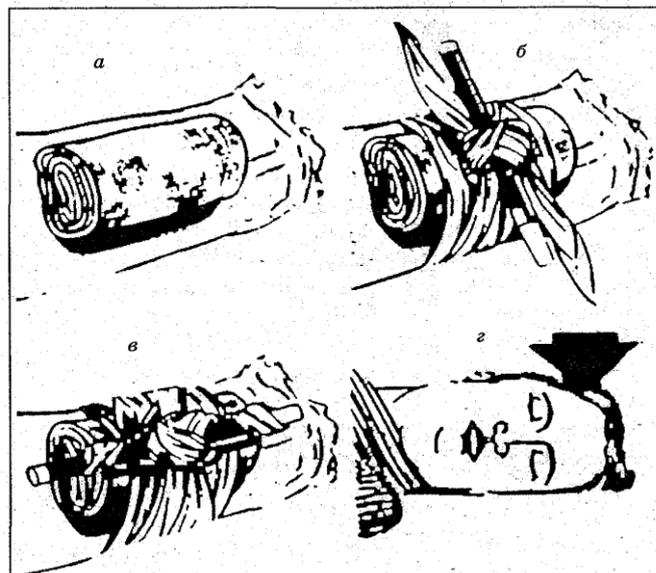


Рис. 11. Вариант наложения жгута-закрутки:
а, б, в — последовательные этапы наложения жгута-закрутки;
г — указание времени (даты) наложения жгута на лбу пострадавшего

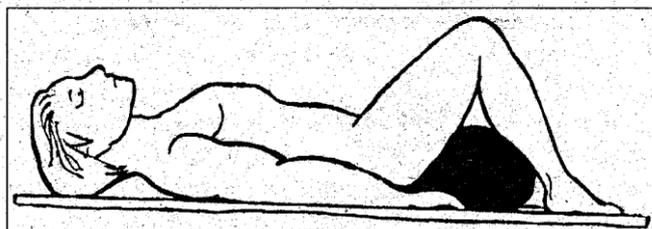


Рис. 12. Положение для пострадавшего «лежа на спине» при ранениях и (или) повреждениях области таза, живота или нижних конечностей

медицинской (доврачебной) помощи пострадавшему при ранениях:

1. Остановка кровотечения.
2. Дезинфекция раны.
3. Фиксация поврежденной части тела.
4. Обезболивание.
5. Безопасная транспортировка пострадавшего.

Именно соблюдение последовательности оказания первой медицинской помощи при ранениях (в рамках вышеизложенных общих принципов) позволит избежать ошибок и надеяться на дальнейший успех лечения.

Кроме этого, при рассмотрении этой темы следует остановиться на некоторых важных моментах:

1. Если кровотечение сильное, не теряйте времени на обработку ваших рук, действуйте быстро и грамотно во избежание шока.

2. Не поднимайте конечность, если есть подозрение на перелом кости.

3. Если пострадавший потерял много крови (пульс 100 ударов в минуту и более, кожные покровы бледные и (или) с синюшным оттенком, может быть спутанное сознание, частое поверхностное дыхание, жажда), после остановки кровотечения необходимо уложить его, приподняв по возможности нижние конечности (для притока крови к головному мозгу), напоить его водой или сладким чаем (если он в сознании) и принять меры к срочной госпитализации.

4. Если повязка пропитывается кровью, необходимо наложить еще одну поверх первой, но, ни в коем случае не снимая ее.

5. При кровотечении из сонной артерии (рис. 13) следует немедленно сдавить рану пальцами или кулаком и после этого произвести тампонирование (попросту говоря — набить рану большим количеством чистой марли или салфеток) или наложить давящую повязку.

6. При наличии в ране инородных предметов — ни в коем случае не извлекайте их (рис. 14); используя стерильные марлевые тампоны, необходимо делать кольцо вокруг основания инородного тела до тех пор, пока кольцо не станет выше, чем само инородное тело (рис. 15). Затем, начиная со стороны предмета, наиболее удаленной от сердца, крепко прибинтовать защитное кольцо, оставляя свободным сам инородный предмет. Закрепить повязку нужно на противоположной от инородного предмета стороне. Сверху наложите стерильную марлю или другой чистый материал и закрепите его булавками или пластырем. Однако если инородное тело находится неглубоко и свободно сидит в ране, вы можете попытаться избавиться от него, промыв рану проточной водой.

7. Постарайтесь как можно быстрее вызвать СМП, попросив кого-нибудь либо самостоятельно после оказания первой помощи.

8. Постоянно разговаривайте с пострадавшим, объясняйте все свои действия, всячески ободряйте его и успокаивайте, следите за его состоянием.



Рис. 13. Этапы оказания первой помощи при ранении шеи (сонной артерии): а — прямое давление на рану пальцами (кулаком); б — прямое давление на рану при помощи салфеток (валика); в — фиксация (бинтование) валика к месту ранения

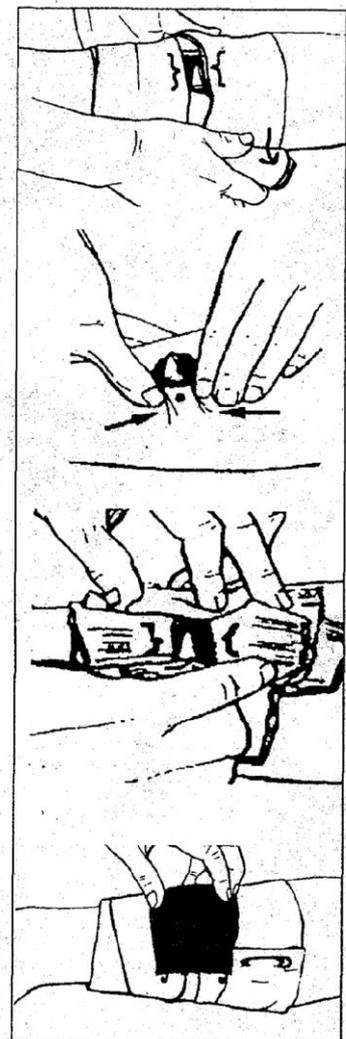


Рис. 14. Этапы бинтования при наличии инородного тела в ране

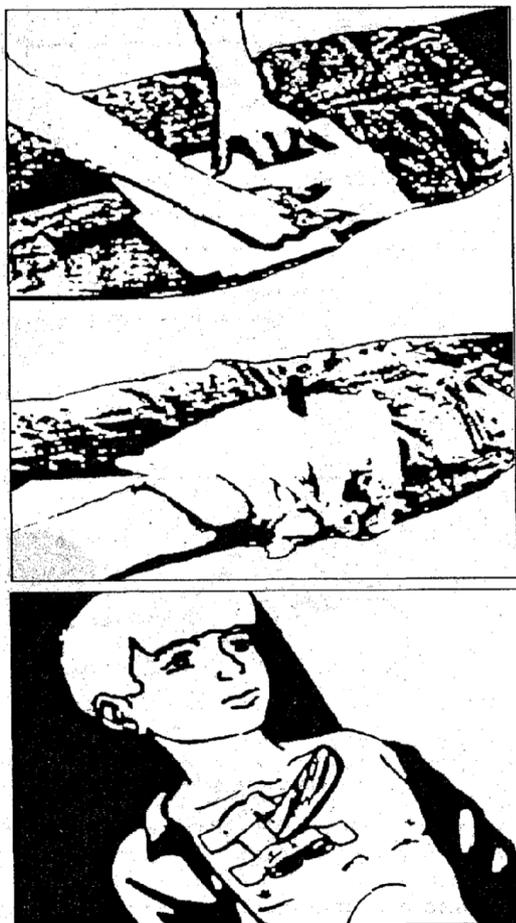


Рис. 15. Тактика действий при нахождении инородного предмета в области раны

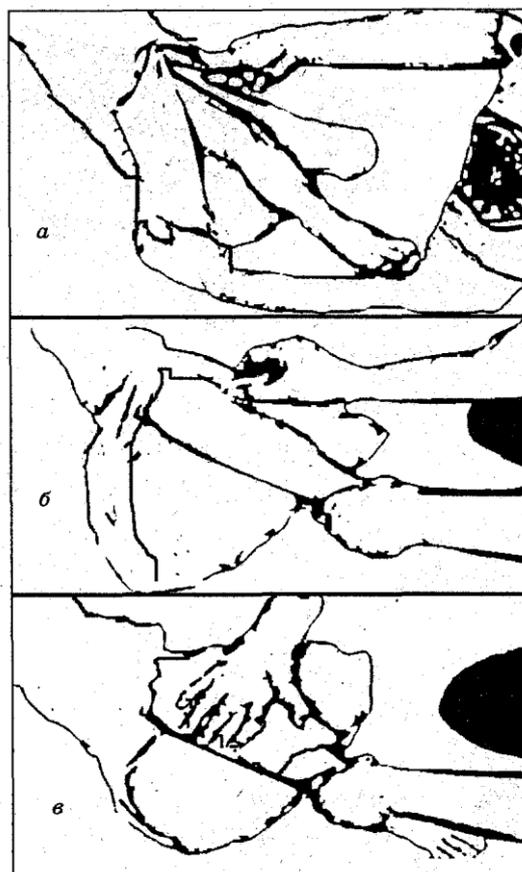


Рис. 16. Разрезание одежды (а, б, в — этапы) непосредственно перед оказанием помощи

9. Если есть возможность, одежду в области ранения перед оказанием помощи разрезают (рис. 16). Кстати говоря, начинать снимать одежду целесообразнее со здоровой конечности, а надевать — в обратной последовательности.

Рассмотренные выше общие принципы оказания первой медицинской помощи при ранениях могут быть применимы практически во всех случаях ранений и повреждений различных участков тела человека: головы, грудной клетки, живота, конечностей.

Разберем подробнее основные моменты оказания ПМП при этих видах повреждений.

4. Основные правила наложения бинтовых повязок. Пакет перевязочный индивидуальный (ППИ).

Основные правила наложения бинтовых повязок.

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

1. Больного следует уложить или усадить в удобное положение, чтобы бинтуемая область тела была неподвижна и доступна.
2. В случаях ранения головы, шеи, груди, верхних конечностей, если позволяет состояние раненого, повязку удобнее накладывать, усадив пострадавшего. При ранении в живот, область таза и верхних отделов бедра, повязка накладывается в положении лежа на спине, а таз пострадавшего следует приподнять, подложив под крестец сверток из одежды.
3. Бинтуемая часть конечности должна находиться в таком положении, в котором она будет находиться после наложения повязки. Для плечевого сустава — это слегка отведенное положение плеча, для локтевого сустава — согнутое под прямым углом предплечье. Область тазобедренного сустава бинтуют при выпрямленном положении конечности, коленного сустава — конечность слегка согнута в суставе, голеностопного сустава — стопа устанавливается под углом 90° к голени.
4. Бинтующий должен стоять лицом к пострадавшему, чтобы иметь возможность вести наблюдение за его состоянием и избегать дополнительного травмирования при наложении повязки.
5. Ширина бинта выбирается соответственно размерам раны и бинтуемого сегмента тела.
6. Бинт раскатывают слева направо, против часовой стрелки. Голову бинта, как правило, держат в правой руке, а свободный конец — в левой. Исключение составляют: повязка на левый глаз, повязка

Дезо на правую руку, колосовидные повязки на правый плечевой и тазобедренный суставы и первый палец правой стопы. При наложении этих повязок бинт раскатывают справа налево.

7. Бинтование всегда проводят от периферии к центру (снизу вверх).
8. Бинтование начинают с 2-3 закрепляющих туров (круговых витков) бинта. Закрепляющие туры накладываются на наиболее узкую неповрежденную область тела около раны.
9. Каждый последующий оборот бинта должен перекрывать предыдущий на 1/2 или на 2/3 его ширины.
10. Бинт раскатывают, не отрывая его головы от поверхности тела, что обеспечивает равномерное натяжение бинта на всем протяжении повязки.
11. Если бинт израсходован, а бинтование необходимо продолжить, тогда под конец бинта подкладывают начало нового и укрепляют круговым туром; затем бинтование продолжают.
12. Бинтование рекомендуется завершать 2-3 круговыми турами, наложенными в проекции закрепляющих туров, с которых начиналось бинтование.
13. Повязка завершается надежным закреплением конца бинта. Конец бинта разрезают (разрывают) продольно, полученные полосы перекрещивают между собой, затем обводят вокруг бинтуемого сегмента и завязывают узлом. Закрепить конец бинта можно также английской булавкой, полосками лейкопластыря, прошить нитками, либо продернуть кровоостанавливающим зажимом сквозь туры бинта и завязать узлом.
14. Узел, которым закреплен конец бинта, не должен находиться в проекции раны (другого повреждения), на затылочной и височной области, на спине, на подошвенной поверхности стопы.

Ошибки при наложении бинтовых повязок.

1. Если повязка наложена туго, либо давление туров бинта неравномерно в разных частях повязки, то возникает нарушение кровообращения в периферических отделах конечности.

Сдавление повязкой проявляется синюшностью кожных покровов и отечностью конечности ниже повязки, болезненными ощущениями, пульсирующей болью в ране, онемением, покалыванием, усилением кровотечения из раны (феномен венозного жгута).

При транспортировке в зимнее время это может привести к отморожению периферических отделов конечности.

В случае появления перечисленных признаков повязку рассекают ножницами на 1-2 см по краю или меняют.

2. Целостность повязки легко нарушается, либо повязка сползает, если не сделаны или сделаны неправильно первые закрепляющие туры. Повязку необходимо подбинтовать, либо сменить.

3. При неправильном положении пострадавшего во время бинтования, мышцы поврежденной части тела находятся в напряженном состоянии, что увеличивает ее объем и повязка быстро сползает. В этом случае повязку рекомендуется сменить.

Основными видами бинтовых повязок по технике бинтования являются:

1. Круговая (циркулярная) повязка.
2. Спиральная повязка.
3. Ползучая повязка.
4. Крестообразная (восьмиобразная) повязка.
5. Черепашья повязка.
6. Колосовидная повязка.
7. Возвращающаяся повязка.

ППИ состоит из бинта (10 см х 7 м) и двух прошитых ватно-марлевых подушечек (16 х 18 см), сложенных в два раза. Одна из подушечек укреплена на бинте неподвижно, другую можно легко перемещать.

Пакет упакован в две оболочки: наружную прорезиненную, и внутреннюю бумажную (пергамент в три слоя). В складках бумажной оболочки находится английская булавка. Содержимое пакета стерильно. Предназначен ППИ для оказания само- и взаимопомощи на месте ранения.

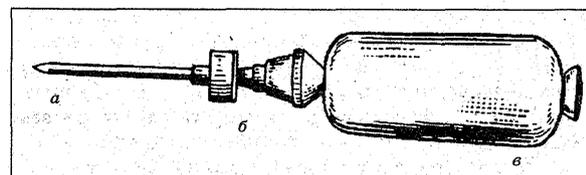


Рис. 1. Шприц-тюбик:
а — игла; б — крышка; в — ампула

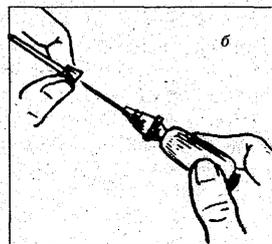
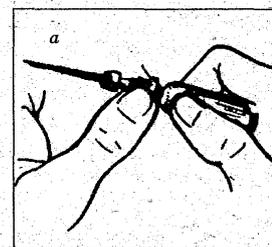


Рис. 2. Подготовка шприц-тюбика к использованию:
а — доворачивание крышки; б — снятие защитного колпачка

5. Порядок использования шприц-тюбика.

Устранение боли, страха, возбуждения при тяжелой травме обычно является одной из основных задач. Некупируемый болевой синдром ведет к утяжелению состояния, развитию травматического шока и терминального состояния. Главными факторами, приводящими к возникновению, углублению шока и развитию нарушения кровообращения являются кровопотеря и болевой синдром. Поэтому адекватное обезболивание имеют большое значение.

Обезболивание в очаге поражения проводят всем раненым, травмированным и обожженным при наличии у них сознания с помощью противоболевого средства в шприц - тюбике.

Методика введения противоболевого средства из шприца тюбика:

- шприц-тюбик с противоболевым средством;
- 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 ее вверх;
- вести иглу резким колющим движением на всю длину в мягкие ткани ягодицы, наружной стороны бедра или плеча и выдавить все содержимое шприца; извлечь иглу не разжимая пальцев;

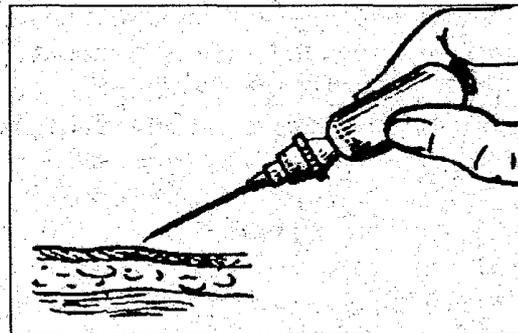


Рис. 3. Извлечение шприц-тюбика после выполненной инъекции

В срочных случаях противоболевое средство можно вводить через одежду. Для контроля за количеством введенного промедола пустой шприц – тюбик прикалывают к нагрудному карману пострадавшего.

6. Выполнение норматива № 11.

НОРМАТИВ № 11 – ПОДГОТОВКА ШПРИЦ-ТЮБИКА ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ.

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: Обучаемый сидит рядом с «пострадавшим» со стороны головы и применяет его шприц тюбик. По команде: «ПОДГОТОВИТЬ ШПРИЦ ТЮБИК И ВВЕСТИ АНТИДОТ!» обучаемый готовит шприц тюбик и делает прокол на муляже бедра одетого на «пострадавшего» иглой.

Название норматива	Содержание норматива	Порядок и последовательность выполнения норматива	Категория	Время выполнения норматива на оценку (мин. с.)		
				отл.	хор.	уд.
ПОДГОТОВКА ШПРИЦ-ТЮБИКА ДЛЯ ВВЕДЕНИЯ АНТИДОТА	Подготовить шприц тюбик и сделать прокол обмундирования «пораженного».	<ol style="list-style-type: none"> Снять защитный колпачок с горловины шприц-тюбика. Пальцами левой руки взять за ребристое кольцо у основания иглы, а правой рукой тюбик и наверх колпачок на горловину тюбика по часовой стрелке (при этом основанием иглы прокалывается мембрана). Нажать пальцами на тюбик до появления капельки жидкости и проколоть одежду. 	Студент	0.15	0.20	0.25
Ошибки снижающие оценку	На один балл	<ol style="list-style-type: none"> После прокалывания мембраны допущено вытекание части антидота через иглу из-за преждевременного или неосторожного нажатия на тюбик. Использованный шприц-тюбик не вложен в карман одежды или под верхний оборот бинта. 				
	До «неудовлетворительно»	Не проколота внутренняя оболочка шприц-тюбика.				

7. Наложение спиральной повязки.

Спиральная повязка на предплечье. Используют бинт шириной 10 см. Бинтование начинают с круговых закрепляющих туров в нижней трети предплечья и нескольких восходящих спиральных туров. Плотное прилегание бинта к поверхности тела обеспечивается бинтованием в виде спиральных туров с перегибами до уровня верхней трети предплечья. Для выполнения перегиба нижний край бинта придерживают первым пальцем левой руки, а правой рукой делают перегиб по направлению к себе на 180 градусов. Верхний край бинта становится нижним, нижний – верхним. При следующем туре перегиб бинта повторяют. Повязку фиксируют циркулярными турами бинта в верхней трети предплечья.

