

**Министерство спорта Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Воронежская государственная академия спорта»**

Первая помощь при спортивных травмах с основами десмургии

**Учебно-методическое пособие для самостоятельной работы
студентов**

**Кафедра медико-биологических, естественнонаучных и
математических дисциплин**

Воронеж 2022

УДК

ББК

Лихачева В.М.-старший преподаватель кафедры медико-биологических, естественно-научных и математических дисциплин ФГБОУ ВО «ВГАС».

Лихачева В.М. Первая помощь при спортивных травмах с основами десмургии: учебно-методическое пособие для самостоятельной работы студентов/ В.М. Лихачева- Воронеж: ВГАС,2022-

Учебно-методическое пособие содержит информацию о правилах первой помощи при травмах в спорте и об основах десмургии и предназначено для самостоятельной работы студентов при контроле подготовленности к практическим занятиям и экзамену

Рекомендовано для студентов 3 курса факультетов дневного и заочного обучения по направлениям подготовки 49.03.01 «Физическая культура», 49.03.02. «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)», 49.03.03 «Спорт».

Содержание	
1.Введение.....	4
2.Первая помощь при артериальном кровотечении.....	4
3.Первая помощь при венозных кровотечениях.....	5
4.Первая помощь при капиллярных кровотечениях.....	6
5.Первая помощь при паренхиматозных кровотечениях.....	7
6.Первая помощь при желудочно-кишечном кровотечении.....	7
7.Доврачебная помощь при кровотечениях(правила наложения жгута и сухой повязки	8
8.Основы десмургии.....	14
9.Первая помощь при ушибах и переломах.....	25
10.Контрольные вопросы.....	28
11.Рекомендуемая литература.....	29

1.Введение

Спортивная травматизация является неотъемлющей частью тренировочного и соревновательного процесса. Поэтому умение и знание правильности оказания первой помощи должно формироваться уже на стадии обучения студентов. Данное учебно-методическое пособие поможет самостоятельно освоить различия между видами кровотоков и правильность оказания первой помощи. Также познакомит с понятием «десмургия» и освоить различные техники наложения повязок. Поможет в самостоятельном изучении видов переломов и первой помощи при них.

2.Алгоритм оказания первой помощи при артериальном кровотечении

Правила оказания первой помощи будут варьироваться, в зависимости от того, где локализовано ранение и какая артерия была повреждена:

1. В первую очередь, необходимо наложить жгут, который будет препятствовать потере крови. Перед его фиксацией, важно прижать травмированную артерию к кости, выше того места, откуда происходит излияние крови. Если ранено плечо – кулак вкладывается в подмышечную впадину, а рука прижимается к телу, если ранено предплечье – заложить любой подходящий по размеру предмет в локтевой сгиб и максимально сильно согнуть руку в этом суставе. Если ранено бедро – артерия зажимается кулаком в паховой области, если ранена голень – в подколенную зону укладывается соответствующий предмет, и нога сгибается в суставе.
2. Конечность следует поднять, под жгут необходимо положить ткань. Когда под рукой отсутствует резиновый жгут, его можно

заменить на обыкновенный бинт или полоску ткани. Для более плотной фиксации можно воспользоваться обычной палкой.

3. Важно не передержать жгут на конечности, снять его необходимо через 1 – 1,5 часа, в зависимости от времени года. Лучше всего зафиксировать время его наложения на бумаге и подложить под повязку. Это необходимо сделать, чтобы не произошло отмирание тканей, и не потребовалась ампутация конечности.
4. Когда время ношения жгута истекло, а пострадавший не госпитализирован, необходимо ослабить его на несколько минут. При этом рану стоит зажать руками, с использованием чистой ткани.
5. Максимально оперативно доставить пострадавшего в медицинское учреждение, где ему будет оказана квалифицированная помощь.

Отличаются правила помощи при возникновении артериального кровотечения из стоп, а также кистей. В данном случае жгут накладывать нет необходимости. Достаточно перебинтовать травмированное место и приподнять его повыше.

Когда травмированы такие артерии как подключичная, подвздошная, сонная или височная, кровь останавливают с помощью тугой тампонады раны. Для этого в поврежденное место вкладывают либо стерильную вату, либо стерильные салфетки, затем сверху накладывают слой бинта и плотно его обматывают.

3.Алгоритм оказания первой помощи при венозном кровотечении

В данном случае нет необходимости в наложении жгута и правила первой помощи сводятся к следующему:

1. Если травмирована вена конечности, то её необходимо поднять вверх. Это делается с той целью, чтобы уменьшить приток крови к поврежденному месту.
2. Затем следует приступить к наложению давящей повязки. Для этой цели существует индивидуальный перевязочный пакет. Если такого нет под рукой, то на рану накладывается чистая салфетка или ткань, сложенная в несколько раз, после чего она обматывается сверху бинтом. Поверх бинта нужно положить платок.
3. Место наложения такой повязки – ниже места повреждения. Важно бинт накладывать туго и по кругу, в противном случае это лишь спровоцирует усиление выхода крови.
4. Критерием оценки правильности выполненных действий служит отсутствие кровотечения и наличие пульсации ниже места ранения.
5. Когда под рукой не оказывается чистой ткани, следует максимально сильно зажать поврежденную конечность в суставе, либо пережать место чуть ниже выхода крови пальцами.
6. Пострадавшего в любом случае следует госпитализировать.

Иногда, при сильном кровотечении, остановить его не удастся с помощью одной только повязки. В данном случае целесообразно воспользоваться жгутом. Он накладывается ниже раны, что обусловлено способом доставки крови до сердечной мышцы по венам.

4.Алгоритм оказания первой помощи при капиллярном кровотечении

Правило оказания первой помощи при капиллярном кровотечении просты.

В данном случае не требуется наложения жгута, достаточно ограничиться следующими действиями:

1. Промыть и провести дезинфекцию раны.
2. Травмированное место следует плотно перетянуть, но таким образом, чтобы не нарушить ток артериальной и венозной крови, то есть не слишком сильно.
3. К месту ранения приложить холод, который будет способствовать сужению сосудов.

Если у человека поверхностная рана и нет иных повреждений, то госпитализация ему не требуется.

5.Алгоритм оказания первой помощи при паренхиматозном кровотечении

Так как этот вид кровопотери является опасным для жизни человека, действовать необходимо быстро:

1. Пострадавшего нужно как можно скорее отправить в медицинское учреждение. Если нет возможности вызвать бригаду скорой помощи, то отправляться нужно своим ходом.
2. Ни давящие повязки, ни наложение жгутов в данном случае не окажут влияния на количество потерянной крови.
3. До приезда бригады медиков человеку необходим покой. Для этого нужно уложить его в горизонтальное положение, а ноги слегка приподнять.
4. На ту область, где предположительно возникло кровотечение нужно приложить холод.

В состоянии остановить паренхиматозное кровотечение лишь врач-хирург. В зависимости от характера повреждения будут наложены сложные швы, проведена иммобилизация и электрокоагуляция сосудов, подшивание сальника и прочие хирургические способы воздействия. В некоторых случаях

требует параллельное переливание крови и использование солевых растворов.

6.Алгоритм оказания первой помощи при желудочно-кишечном кровотечении

Для того, чтобы остановить желудочно-кишечное кровотечение, человека необходимо доставить в стационар.

Однако доврачебная помощь будет заключаться в следующем:

1. Человеку нужен полный покой. Для этого его лучше всего уложить в кровать.
2. На область живота следует положить холодную грелку или пузырь со льдом.
3. Можно наколоть немного льда и давать человеку небольшими порциями, чтобы он его глотал.
4. Доставить пострадавшего в больницу.

7.Доврачебная помощь при кровотечениях (правила наложения сухой повязки и жгута)

Оказание доврачебной помощи при любом виде кровотечения – это его либо полная остановка, либо замедление кровопотери до того момента, пока пострадавший не окажется в руках у специалиста. Важно уметь различать виды кровотечений и уметь правильно пользоваться подручными средствами для их остановки. Хотя лучше, чтобы в домашней аптечке и в личном автотранспорте всегда были бинты, вата, жгут, индивидуальный перевязочный пакет и обеззараживающие средства. Два важных правила оказания доврачебной помощи - не навредить человеку и действовать оперативно, ведь в некоторых случаях важна каждая минута.

Для того, чтобы правильно оказать доврачебную помощь при кровотечении, нужно:

1. Наложить жгут выше раны, если кровотечение артериальное.
2. Наложить тампоны и повязки ниже раны, если кровотечение венозное.
3. Обеззаразить и перебинтовать рану, если кровотечение капиллярное.
4. Уложить человека в горизонтальное положение, приложить к травмированному месту холод и как можно быстрее доставить его в стационар, если кровотечение паренхиматозное или желудочно-кишечное.

Важно правильно пережать вену или сосуд, чтобы выиграть время и успеть доставить человека до стационара, либо передать бригаде скорой помощи. Приехавшие на вызов медики, если все сделано правильно, не будут перевязывать жгут или повязку. Затем человека передадут в руки хирурга

Основы ПМП при артериальном кровотечении изучают еще в школе на ОБЖ, однако в критической ситуации мало кто из людей может действительно безошибочно провести остановку артериального кровотечения.

ПМП при артериальном кровотечении во многом зависит от конкретного места расположения раны.

Из-за того, что данный вид кровопотери требует немедленной помощи, человеку, оказывающему ее, следует знать такие правила:

1. Медлить в таком случае нельзя, поэтому оценивание состояния больного проводится за считанные секунды.
2. При необходимости можно разрывать или разрезать одежду, поскольку это все равно нужно будет сделать, чтобы иметь возможность провести нормальный осмотр повреждения.
3. В критической ситуации перевязку и зажим раны можно делать подручными средствами — ремнем, шарфом и чем-то подобным.

4. При неопределенности первоисточника кровотечения можно давить руками на саму рану до момента выяснения точного места повреждения. Обычно такое делают при ранах живота

Остановка артериального кровотечения на предплечье

предусматривает подъем руки больного и заложение ее за голову. Далее человеку, оказывающему помощь, нужно расположиться сзади пострадавшего, зажать сосуд пальцами, нащупать углубление между мышцами и сильно придавить эту область к костной ткани.

В зависимости от вида кровотечения (артериальное, венозное, капиллярное) и имеющихся при оказании первой медицинской помощи средств осуществляют временную или окончательную его остановку.

Временная остановка наиболее опасного для жизни наружного артериального кровотечения достигается наложением жгута или закрутки, фиксированием конечности в положении максимального сгибания, прижатием артерии выше места ее повреждения пальцами. Сонная артерия прижимается ниже раны. Пальцевое прижатие артерий - самый доступный и быстрый способ временной остановки артериального кровотечения. Артерии прижимаются в местах, где они проходят вблизи кости или над ней цветной

Височную артерию прижимают большим пальцем к височной кости впереди ушной раковины при кровотечении из ран головы.

Нижнечелюстную артерию прижимают большим пальцем к углу нижней челюсти при кровотечении из ран, расположенных на лице.

Общую сонную артерию прижимают к позвонкам на передней поверхности шеи сбоку от гортани. Затем накладывают давящую повязку, под которую на поврежденную артерию подкладывают плотный валик из бинта, салфеток или ваты.

Подключичную артерию прижимают к 1-му ребру в ямке над ключицей при кровоточащей ране в области плечевого сустава, верхней трети плеча или в подмышечной впадине.

При расположении раны в области средней или нижней трети плеча прижимают плечевую артерию к головке плечевой кости, для чего, опираясь большим пальцем на верхнюю поверхность плечевого сустава, остальными сдавливают артерию.

Плечевую артерию прижимают к плечевой кости с внутренней стороны плеча сбоку от двуглавой мышцы.

Лучевую артерию прижимают к подлежащей кости в области запястья у большого пальца при повреждении артерий кисти.

Бедренную артерию прижимают в паховой области к лобковой кости путем надавливания сжатым кулаком (это делают при повреждении бедренной артерии в средней и нижней трети). При артериальном кровотечении из раны, расположенной в области голени или стопы, прижимают подколенную артерию в области подколенной ямки, для чего большие пальцы кладут на переднюю поверхность коленного сустава, а остальными прижимают артерию к кости.

На стопе можно прижать к подлежащим костям артерии тыла стопы. затем наложить давящую повязку на стопу, а при сильных артериальных кровотечениях - жгут на область голени.

Наложение жгута (закрутки) - основной способ временной остановки кровотечения при повреждении крупных артериальных сосудов конечностей. Жгут накладывают на бедро, голень, плечо и предплечье выше места кровотечения, ближе к ране, на одежду или мягкую подкладку из бинта, чтобы не прищемить кожу. Жгут накладывают с такой силой, чтобы остановить кровотечение. При слишком сильном сдавливании тканей в большей степени травмируются нервные стволы конечности. Если жгут наложен недостаточно туго, артериальное кровотечение усиливается, так как сдавливаются только вены, по которым осуществляется отток крови из конечности. Правильность наложения жгута контролируется отсутствием пульса на периферическом сосуде.

Время наложения жгута с указанием даты, часа и минуты отмечают в записке, которую подкладывают под ход жгута так, чтобы она была хорошо видна. Конечность, перетянутую жгутом, тепло укрывают, особенно в зимнее время, но не обкладывают грелками.

Жгут на конечности следует держать не более 1,5-2 ч во избежание омертвления конечности ниже места наложения жгута. В тех случаях, когда с момента его наложения прошло 2 ч, надо выполнить пальцевое прижатие артерии, медленно под контролем пульса ослабить жгут на 5-10 мин и затем снова наложить его немного выше предыдущего места. Такое временное снятие жгута повторяют через каждый час, пока пораженному не будет оказана хирургическая помощь, при этом каждый раз делают отметку в записке. Если жгут трубчатый, без цепочки и крючка на концах, его концы завязывают в узел.

Для остановки кровотечения с помощью закрутки используют веревку, скрученный платок, полоски ткани. Импровизированным жгутом может служить брючный ремень, который складывают в виде двойной петли, надевают на конечность и затягивают.

Временная остановка наружного венозного и капиллярного кровотечений проводится путем наложения давящей стерильной повязки на рану (закрывают ее стерильными салфетками или бинтом в 3-4 слоя, сверху кладут вату гигроскопическую и туго закрепляют бинтом) и придания поврежденной части тела приподнятого положения по отношению к туловищу. В некоторых случаях временная остановка венозного и капиллярного кровотечений может стать и окончательной. Окончательная остановка артериального, а в ряде случаев и венозного кровотечений проводится при хирургической обработке ран.

При внутренних кровотечениях на предполагаемую область кровотечения кладут пузырь со льдом, пораженного немедленно доставляют в лечебное учреждение.

Выделяют такие особенности наложения жгута:

1. В случае повреждения верхних конечностей жгут накладывается на верхней части плеча.
2. В случае локального повреждении артерии на нижней конечности, можно применять два жгута. Второй будет накладываться немного выше первого.
3. При повреждении сонной артерии под жгут нужно подложить повязку, чтобы не нанести человеку еще большую травму и не допустить передавливание потока воздуха.
4. Зимой жгут нужно накладывать на полчаса. Летом его можно удерживать не более часа, после чего ослаблять, чтобы кровь снова потушила в ногу.
5. Жгут накладывается исключительно при условии поражения больших сосудов организма. При незначительном венозном повреждении рану нужно только туго перебинтовать.
6. После того, как жгут был наложен, поврежденная часть тела не должна покрываться одеждой, чтобы врач мог контролировать состояние раны больного.

Сама техника наложения жгута несложная. Сначала поврежденную область нужно обернуть марлей. Далее поднять конечность и растянуть жгут. Обернуть его вокруг конечности два раза. При этом жгут не должен туго накладываться, чтобы слишком сильно не пережимать конечность. В конце жгут закрепляется и больной доставляется в госпиталь.

В том случае, если жгут быть правильно наложен, поступление крови должно полностью прекратиться. Под него нужно обязательно подложить записку с указанием последнего времени наложения повязки.

К сожалению, при наложении жгута люди часто делают ошибки. Это может быть наложение жгута без достаточных показаний к процедуре или наложение его на голую кожу, что приведет к омертвлению мягких тканей.

Также ошибкой считается неправильная локализация наложения жгута и слабое его затягивание, что только усилит кровотечение.

Еще одной ошибкой считается длительное пребывание жгута в затянутом состоянии, что создает условия для гангрены, инфекции и некроза.

Существует следующая техника наложения сдавливающей сухой повязки:

1. Надеть перчатки и внимательно осмотреть рану.
2. Обработать рану антисептиком.
3. Наложить на рану стерильные салфетки и сверху туго перемотать бинтом.
4. Закрепить бинтовой повязкой.
5. Доставить пациента врачу.

8. Основы десмургии

Десмургия (от греч. desmos – связь, повязка; ergos – действие) – учение о повязках и методах их наложения.

Повязка – способ закрепления перевязочного материала.

Назначение повязок:

- для защиты раны от загрязнений – защитная (асептическая) повязка;
- для обеспечения постоянного доступа лекарственного вещества к ране – лекарственная повязка;
- для остановки кровотечений – давящая повязка;
- для придания неподвижности поврежденной конечности или ее сегменту – иммобилизирующая повязка;
- для вытяжения костных отломков – повязка с вытяжением;
- для исправления различных деформаций – корригирующая повязка;
- для герметизации раны – окклюзионная повязка.

В зависимости от используемого материала повязки подразделяют на мягкие (матерчатые, марлевые, сетчатые), отвердевающие (гипсовые,

крахмальные, синтетические) и шинные (используются шины из различных материалов). Мягкие повязки в зависимости от способа фиксации бывают бинтовыми и безбинтовыми. Чаще всего используются мягкие (особенно бинтовые) повязки.

Бинтовые повязки

Виды бинтов:

- узкие бинты (до 5 см) применяются при бинтовании пальцев;
- средние бинты (7–10 см) применяются при бинтовании предплечья, голени, шеи, головы;
- широкие бинты (до 20 см) применяются при бинтовании груди, живота, бедра.

Правила бинтования:

1. Бинтующий должен находиться лицом к больному, чтобы видеть проявление его эмоций.
2. Больной должен находиться в удобном положении.
3. Бинтование проводится 2-я руками.
4. Исходное положение при бинтовании – свободный конец полотна бинта держать в левой руке, а головку бинта (рулон) держать в правой руке.
5. При наложении любой повязки в начале бинтования производится фиксирующий тур (2–3 оборота бинта), чтобы повязка не сползала.
6. Бинт разворачивается слева направо.
7. При бинтовании каждый последующий тур должен прикрывать $\frac{1}{2}$ – $\frac{2}{3}$ ширины предыдущего тура.
8. При наложении повязки на конические участки конечности следует делать перегибы бинта.
9. Наложённая повязка не должна вызывать нарушения кровообращения в конечности (побледнение, посинение, пульсирующая боль).

10. Закрепление бинта производится над здоровой частью тела, не на сгибаемых и опорных поверхностях.

11. При наложении повязки на конечность ей придают наиболее выгодное физиологическое положение:

- пальцы кисти фиксируют в несколько согнутом положении, когда первый палец противопоставлен всем остальным;
- повязки на верхнюю конечность накладываются при согнутом под прямым углом локтевом суставе и несколько разогнутом лучезапястном суставе;
- повязки на нижнюю конечность накладываются в несколько согнутом положении коленного сустава и согнутом под прямым углом положении стопы.

Требования к готовым бинтовым повязкам:

- повязка должна надежно выполнять свою функцию (назначение);
- повязка должна быть удобной для больного;
- повязка должна быть красивой, эстетичной.

Основные типы бинтовых повязок

1. Круговая (циркулярная) повязка – повязка, при которой все туры бинта ложатся на одно и то же место, полностью прикрывая друг друга. Применяется там, где конечность имеют одинаковую толщину (область лучезапястного сустава, нижняя треть голени, живот, шея, лоб).

2. Ползучая повязка – применяется для фиксации большого по протяженности перевязочного материала на конечностях, например при ожогах или скальпированных ранах. Ползучая повязка не является окончательным вариантом, а только предварительным этапом перед наложением спиральной или какой-либо другой повязки. Она начинается с циркулярной повязки и накладывается в проксимальном направлении. Между отдельными турами остается свободное пространство, примерно равное ширине бинта (рис. 1).

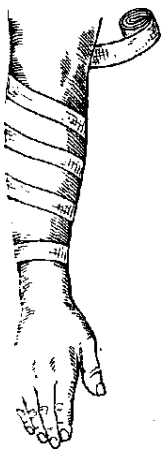


Рис. 1. Наложение ползучей повязки на предплечье

3. Спиральная повязка – туры бинта идут несколько косо снизу вверх, причем каждый следующий тур закрывает $\frac{2}{3}$ ширины предыдущего тура. Применяется при необходимости бинтования значительной части тела (например, грудная клетка) (рис.2), а также там, где конечность имеет неодинаковую толщину (голень, предплечье).

При бинтовании конечности неодинаковой толщины плотное прилегание туров невозможно, бинт будет пузыриться. В таких случаях применяют спиральную повязку с перегибом. Перегиб производят следующим образом: в месте, где начинается более широкая часть органа, большим пальцем свободной руки прижимают край последнего тура и бинт перегибают, при этом верхний край бинта станет нижним. Перегиб производят в несколько туров и тем круче, чем резче выражено различие в диаметрах бинтуемой области (рис.3). Спиральная повязка с перегибом применяется при бинтовании голени, предплечья.

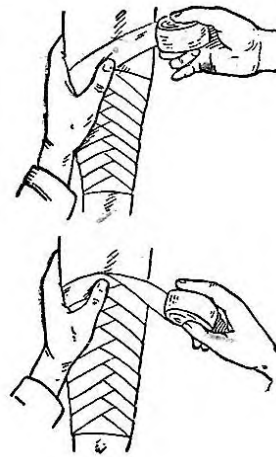
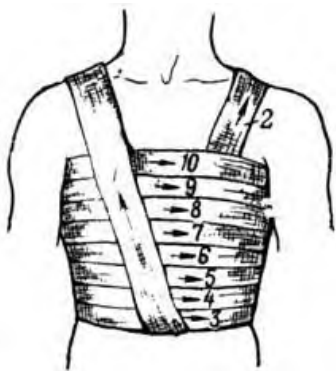


Рис. 2.. Спиральная повязка на грудной клетке

Рис.3.. Спиральная повязка с перегибом

4. Восьмиобразная (крестовидная) повязка – туры бинта накладываются в виде восьмерки. Применяется в основном при наложении повязки на суставы: голеностопный (рис.4), плечевой (рис.5), кисть, промежность, затылочную область (рис.6).

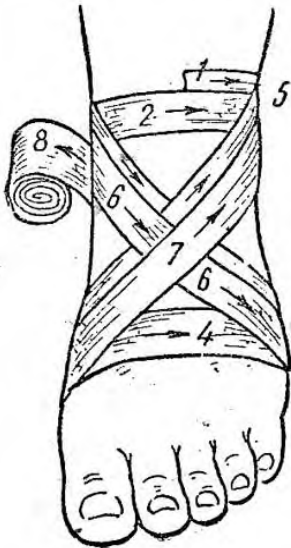


Рис. 4. Восьмиобразная повязка повязка на голеностопный сустав

Рис. 5. Восьмиобразная на плечевой сустав



Рис. 6.. Восьмиобразная повязка на затылочную область

5. Колосовидная повязка – постепенно смещают перекресты бинта (рис.7).

Например, бинтование при наложении колосовидной повязки на левый плечевой сустав начинают несколькими круговыми ходами в верхней трети левого плеча (1–3 туры). Следующий 4-й тур бинта ведется из подмышечной впадины вверх и вперед на левое надплечье, затем по спине косо вниз к правой подмышечной впадине, из нее по передней

поверхности груди косо вверх на левое надплечье, где бинт пересекает первый свой ход. 5-й тур бинта с левого надплечья спускается со стороны спины в левую подмышечную впадину, проходит ее кпереди и направляется снова на надплечье, откуда идет по спине к правой подмышечной впадине и т. д. Повторяемые ходы бинта должны покрывать не менее $\frac{1}{2}$ ширины предыдущего хода.

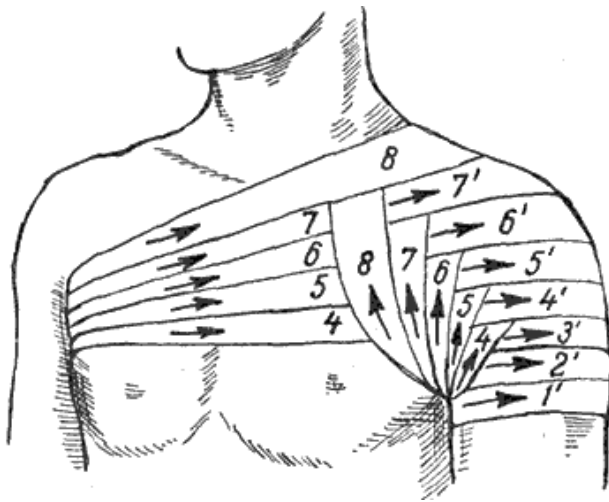


Рис. 7. Колосовидная повязка плечевой сустав

6. Сходящаяся повязка – туры бинта, образуя восьмерку, сходятся от периферии к центру. Сходящаяся и расходящаяся восьмиобразные повязки применяются при бинтовании коленного (рис. 8 а, б) и локтевого суставов.

7. Расходящаяся повязка – туры бинта, образуя восьмерку, расходятся от центра к периферии (рис. 8 в).

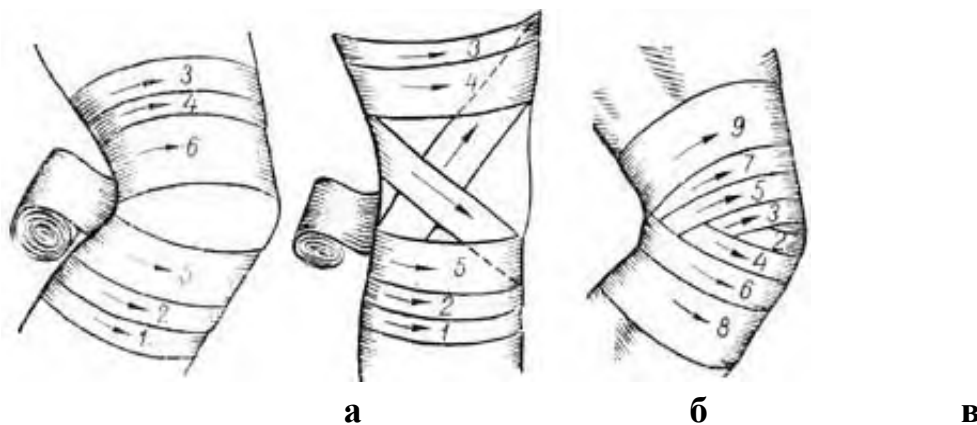


Рис. 8.. Сходящаяся и расходящаяся повязка на коленный сустав

Повязки на голову

8. Повязка «чепец».

Взять кусок узкого бинта (длиной 1 м) и наложить на теменную область средней его частью. Концы бинта должны находиться в вертикальном положении впереди ушных раковин (их удерживают в

натянутом положении больной или помощник врача). Этот бинт после наложения повязки используют как укрепляющую завязку (бинт-завязка).

Наложить 2 круговых тура через лобную и затылочную области. Доведя 3-й тур до бинта-завязки, основной бинт обвести вокруг завязки, далее бинт ведут через затылочную область к противоположному концу завязки. Вновь обвести бинт вокруг завязки и наложить на лобно-теменную область таким образом, чтобы на 2/3 закрыть круговой тур (рис.9а). Перекидывая каждый раз бинт через завязку постепенно по направлению к темени, закрывают свод черепа. Повязка как бы сходится из 2-х половин. Конец бинта привязывают к одной из завязок, затем под подбородком с некоторым натяжением связывают концы бинта-завязки (рис. 9б).

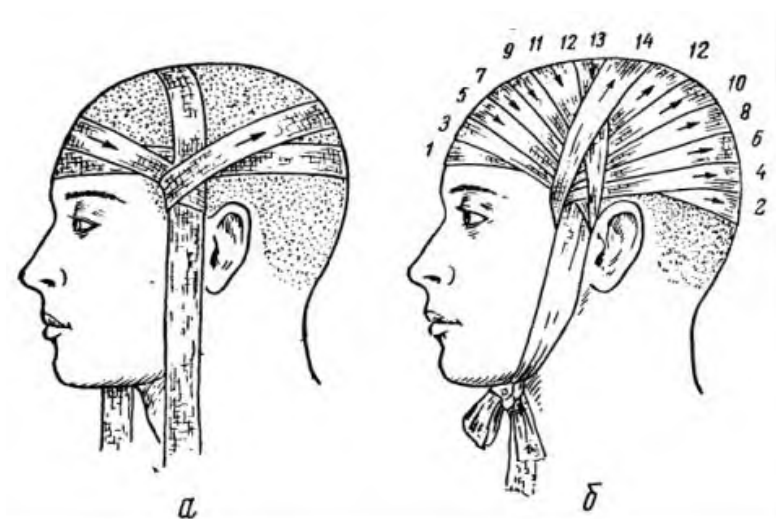


Рис. 9. Повязка на голову «чепец»

Повязка на глаза

9. Монокулярная повязка. 1-й тур бинта – круговой, наложить через лобно-затылочную область. 2-й тур – в области затылка опустить ближе к шее и вывести под ухом на лице через область глаза на лоб. 3-й тур – круговой (закрепляющий). Следующий тур – косой, с затылочной области провести над ухом, глазом, на лоб и т.д. Каждый косой тур постепенно смещают вверх, таким образом полностью закрывают область глаза. Повязку заканчивают круговым туром (рис. 10 а).

10. Биноккулярная повязка. Делают 1-й циркулярный закрепляющий тур бинта. Следующий спускают по темени и лбу вниз и делают сверху вниз косой тур, закрывающий

левый глаз, а затем ведут бинт вокруг затылка и опять делают снизу вверх косой ход, закрывающий правый глаз. В результате все последующие туры бинта перекрещиваются в области переносицы, постепенно прикрывая оба глаза и опускаясь все ниже. Повязку укрепляют в конце бинтования круговым горизонтальным туром (рис. 10 б).

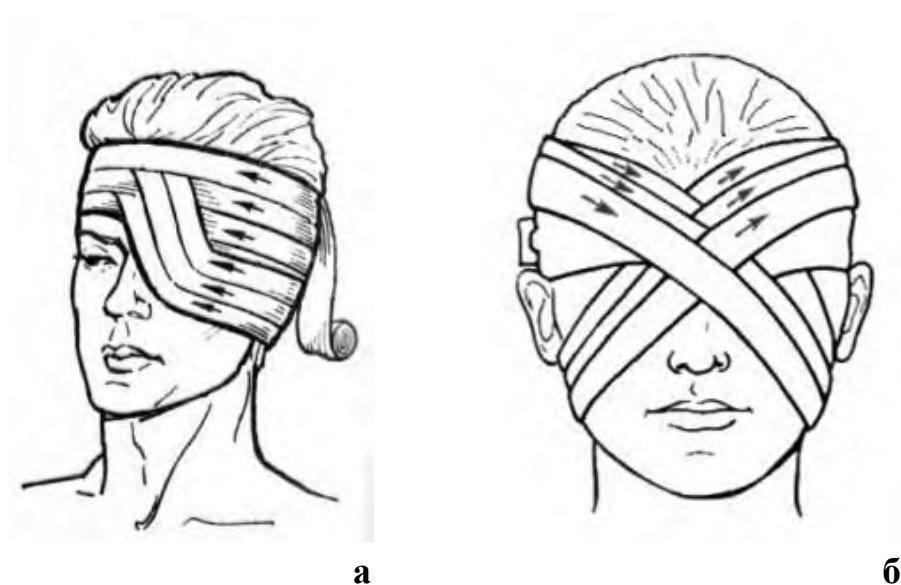


Рис. 10. Повязка на глаза

Повязка на ухо

11. «Неаполитанская шапочка».

1-й тур (круговой) наложить через лобно-затылочную область. Последующие туры постепенно смещают все ниже на больной стороне. Закрыв ухо и область сосцевидного отростка, повязку закрепляют несколькими круговыми турами (рис. 11).



Рис. 11. Повязка на ухо

12. Працевидная повязка.

Накладывается на нос, верхнюю губу, подбородок, свод черепа (рис. 12 а, б, в). Необходимо взять кусок широкого бинта или кусок ткани длиной 75–80 см с обоих концов бинт разрезать продольно таким образом, чтобы средняя его часть размером 15–20 см оставалась целой. Неразрезанную часть бинта накладывают на поврежденную область (в поперечном направлении). Надрезанные концы бинта каждой стороны перекрещивают между собой так, чтобы нижняя полоска стала верхней, а верхняя – нижней и связывают с аналогичной полоской противоположной стороны.

При наложении повязки на нос и верхнюю губу 2 конца проводят выше ушных раковин и связывают в области затылка, 2 других – ниже ушных раковин и связывают на шее.

При наложении повязки на подбородок нижние концы проводят впереди ушных раковин и связывают в теменной области, верхние – проводят ниже ушных раковин, над затылком, перекрещивают и через височные области выводят на лоб, где и завязывают.

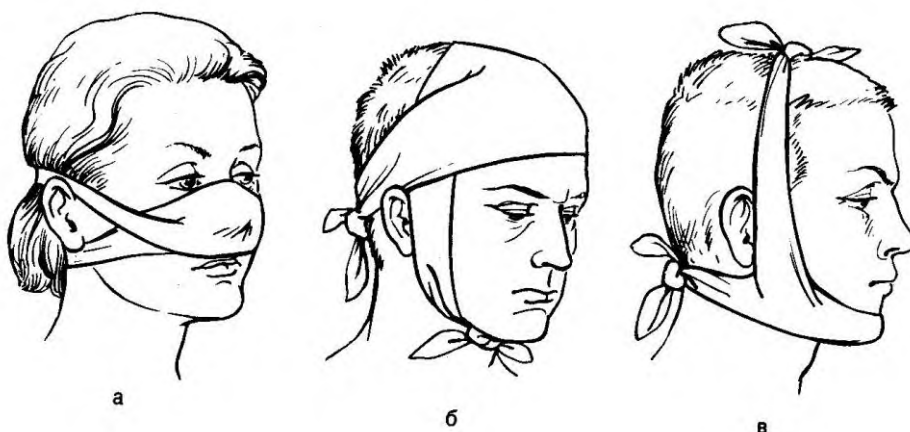


Рис. 12. Пращевидная повязка
а – на нос, б – на лоб, в – на подбородок

Повязки на грудную клетку – применяются при переломах плеча, ключицы, после выправления вывиха плечевого сустава.

13. Повязка Дезо.

Предварительно в подмышечную впадину помещают валик из ваты. Поврежденную конечность сгибают под прямым углом в локтевом суставе и несколькими круговыми турами бинта плечо фиксируют к грудной клетке. Направление туров – от здоровой половины к бинтуемому плечу. Следующий тур бинта ведут через подмышечную впадину здоровой стороны по передней поверхности грудной клетки через надплечье больной стороны. Сзади бинт проводят поперек больного надплечья, перекидывают через него и опускают бинт круто

вниз впереди плеча под локоть и далее поперек спины косо вверх и через подмышечную впадину выводят на переднюю поверхность грудной клетки (рис. 13).

В дальнейшем косые туры повторяют несколько раз до полной фиксации плечевого пояса.



Рис. 13. Повязка Дезо

Примечание: при повязке Дезо туры бинта никогда не перекидываются через здоровое надплечье, а косые туры бинта на передней и задней поверхности грудной клетки образуют правильные треугольники.

9. Первая доврачебная помощь при переломах

Обездвиживание достигается при помощи наложения медицинских шин или тех, которые сделаны из материалов, имеющихся под рукой. В качестве подобных средств допустимо использовать что-либо прямое и прочное, как, например, палка, трость или лыжи. Также для этого подойдут небольшие доски или фанера.

Шины следует накладывать не только на наружную, но и на внутреннюю плоскость поврежденной конечности. Важно, чтобы они обеспечивали полную иммобилизацию двух суставов, которые прилегают к области перелома.

В случае наложения шин на голую поверхность их следует:

- обложить при помощи ваты или других мягких материалов;
- закрепить, используя бинт, полотенце, тонкий шарф или ремень.

Они не должны болтаться, важно прикрепить их очень крепко и надежно.

- Тем, кто столкнулся с открытым переломом в первую очередь при помощи жгута необходимо остановить кровотечение, после чего к ране прикладывают повязку. Обязательной является не только дезинфекция раны при помощи йода, зеленки и даже спирта, но также и наложение давящей повязки или жгута. Это даст возможность избежать потери крови, последствия которой могут быть не менее серьезными, чем в результате открытого перелома.

- Затем пострадавшему необходимо принять обезболивающий препарат (анальгин, темпалгин) и обеспечить обездвиженность конечности или участка тела. Если же при беглом осмотре невозможно отличить вывихи или ушибы от переломов костей, тогда помощь следует оказывать так же, как и при переломе.

- Неправильно будет предпринимать самостоятельные попытки по исправлению положения кости, которая подверглась повреждению. Тем

более запрещается вправлять в само ранение торчащие обломки костей. Только профессионалы знают, как сделать это правильно и с минимальным вредом для пострадавшего.

- Оказание первой доврачебной помощи при ушибах .

Ушибы являются самой распространенной травмой у взрослых и детей – в быту и на производстве, на дороге, в спорте. Они отличаются тем, что без нарушения целостности кожи повреждаются более глубокие ткани. Принято относить ушибы к легким травмам, но это не всегда соответствует истине. Иногда они могут угрожать здоровью, требуют стационарного лечения, а исход во многом зависит от качества оказания первой помощи.

Признаки повреждения

Ушибы возникают при ударе о твердый тупой предмет, во время падения. Особенностью травмы является то, что она закрытая, то есть кожный покров остается неповрежденным, а под кожей и в глубжележащих тканях возникают разрывы сосудов, образуется кровоизлияние или гематома – ограниченное скопление крови. | В этот же момент происходит и кровоизлияние в ткани, его первый признак — красное пятно на коже, которое через несколько часов начинает багроветь, а после 3-х суток приобретает синюю окраску. Эти признаки касаются мягких тканей, расположенных под кожей, однако ушибам могут подвергаться и более глубокие ткани – кости, суставы, внутренние органы. Такие повреждения опасны, а распознать их внешне трудно.

Первая помощь при ушибах

При всех видах и локализациях ушибов существуют общие правила оказания первой доврачебной помощи.

При оказании первой помощи при ушибе необходимо:

Создать покой пострадавшему, обездвижить травмированную часть тела; Приложить холод на поврежденный участок, это может быть пузырь

или пакет со льдом, грелка с холодной водой, охлаждающий компресс обработка хлорэтилом; Наложить давящую повязку, если повреждена конечность;

Придать пострадавшей части тела такое положение, чтобы она была выше уровня сердца для уменьшения притока крови – приподнять вверх руку, ногу, а при ушибе головы придать больному положение полусидя; Уменьшить болевой синдром с помощью медицинских препаратов, на место ушиба нанести охлаждающую или обезболивающую мазь; Не оставлять больного одного, контролировать его состояние – измерять пульс, давление при ушибах головы, живота, грудной клетки; В ближайшее время доставить пострадавшего в травмпункт, на прием к травматологу, хирургу, а если нарушено общее состояние – вызвать скорую помощь.

Первая помощь имеет особенности в зависимости от тяжести ушиба и его локализации. Оказание первой медицинской помощи при сильных ушибах заключается в проведении реанимационных, медикаментозных и транспортных мероприятий.

Что нельзя делать при травме Нельзя допускать при ушибах ряд действий, которые могут усугубить состояние пострадавшего. Недопустимо растирать, массировать место ушиба или прикладывать тепло, согревающий компресс в первые 2 суток. Это усилит кровоизлияние и отек.

Нельзя самостоятельно вскрывать гематомы, в том числе и под ногтевыми пластинками, можно занести инфекцию. При ушибах в области живота нельзя давать обезболивающие средства, они могут «стереть» симптомы повреждения внутренних органов.

Ушибы головы, независимо от того, где расположено место повреждения – на лице или волосистой части головы, требуют особого внимания. В случаях, если у пострадавшего не было потери сознания, нет головной боли и рвоты, все равно нельзя исключить сотрясение или более

тяжелую травму мозга. Не всегда при внутримозговых гематомах больной теряет сознание.

Очень опасны кровоизлияния под оболочки мозга, при которых вообще может не быть никаких жалоб, а спустя 2-3 суток состояние внезапно ухудшается и угрожает жизни.

Об этом следует помнить и обязательно в срочном порядке доставить пострадавшего в больницу или вызвать скорую помощь. Как правило, в месте ушиба образуется «шишка», покраснение, синяк. Оказание первой помощи при ушибе головы у взрослых и детей включает в себя следующие мероприятия: необходимо сразу уложить больного с приподнятой головой и положить холод на место ушиба.

10. Вопросы для самоконтроля

1. Что входит в понятие «кровотечение»?
2. Что такое кровоизлияние? Что такое гематома?
3. Какие существуют виды кровотечений?
4. Какие способы остановки кровотечений Вы знаете?
5. Какие правила следует соблюдать при наложении жгута?
6. Что такое кровопотеря? Какова ее клиническая картина?
7. Что означает термин «десмургия»?
8. Что такое повязка?
9. В чем заключается назначение повязок?
10. Какие существуют повязки в зависимости от используемого материала?
11. Каковы правила бинтования?
12. Какие основные типы бинтовых повязок Вы знаете?

11.Рекомендуемая литература:

1. Абаев Ю.К. Хирургическая повязка [Текст] : справочное издание / Ю.К.Абаев. - Минск. : Беларусь, 2005. - 150 с.
2. Абрамов, М. Г. Неотложная терапевтическая помощь / М.Г. Абрамов. - М.: Государственное издательство медицинской литературы,2018. - 236 с
3. Аверьянов М.А. Повязки в лечебной практике [Текст] : учеб. пособие / М. Ю. Аверьянов, В. П. Смирнов. - М. : Издательский центр «Академия», 2010. - 128 с.
4. Барыкина, Н. В. Неоперативная хирургическая техника [Текст] : учеб. пособие / Н. В. Барыкина. - Ростов н/Д : Феникс, 2006. - 189 с.
5. Великорецкий, А.Н. Учение о повязках / А.Н. Великорецкий. - М.: Медгиз, 1952. - 199 с.
6. Земан, М. Техника наложения повязок [Текст] : учебник / М. Земан. - СПб. : Питер, 1994. - 202 с.
7. Мягкие повязки [Текст] : учеб. метод. пособие по предмету хирургия. - Челябинск : ЧелГМА, 2005. - 91 с.
8. Рычагов, Г.П. Методы наложения повязок при травмах и некоторых заболеваниях: учеб. пособие / Г.П. Рычагов, А.Н. Нехаев. - Минск: Высш. шк., 1996. - 124 с.
9. Смирнов В.П. Десмургия [Текст] : учеб. пособие / В.П.Смирнов, О.А. Вохмянина. - Нижний Новгород : Изд-во НГМА, 2004. - 172 с