

## Практическое занятие № 6

### Тема. Оказание доврачебной медицинской помощи при поражении динамическими факторами ЧС.

План:

- Средства транспортной иммобилизации.
- Пневматические шины на верхние и нижние конечности.
- Асептические повязки.
- Способы временной остановки кровотечения.
- Тренинг нормативов по асептическим повязкам и кровоостанавливающего жгута.

Неотложная медицинская помощь заболевшим или травмированным пациентам содержит в себе определенный риск для спасателя/медработника. Оказывая помощь пациентам, необходимо помнить о таком риске и предпринимать соответствующие меры предосторожности. Контакт с биологическими жидкостями организма, частицами, находящимися в воздухе, и опасными материалами на месте происшествия можно в значительной степени снизить, соблюдая соответствующие меры предосторожности и используя надлежащие средства защиты. Во время оказания помощи медработники подвергаются риску инфекционных заболеваний. Они должны определить степень потенциального риска и предпринять соответствующие меры. По мере необходимости следует использовать средства индивидуальной защиты. Выполняя искусственную вентиляцию легких, надлежит использовать защитные приспособления или специальные маски.

#### *а. Инфекционный контроль*

Основная цель - это предупреждение передачи заболевания. Самым важным методом предотвращения передачи заболевания является мытье рук/личная гигиена. Очистка, дезинфицирование и замена использованного оборудования также имеет большое значение.

Изоляция биологических субстанций организма предполагает использование защитных средств для глаз, перчаток, халатов и масок во всех случаях, когда есть риск заболевания.

1. Защита глаз. Можно использовать защитные очки. Альтернативой являются обыкновенные очки с защитными боковыми элементами.

2. Перчатки. Виниловые, латексные или синтетические перчатки необходимо надевать каждый раз, когда возможен контакт с биологическими жидкостями пациента (кровь, слюна, рвотные массы, моча). Перчатки следует менять для каждого нового пациента. Кроме того, перчатки необходимо надевать при чистке оборудования.

3. Халаты. Лучше всего использовать халаты в ситуациях, когда возможно разбрызгивание большого количества жидкости, например, при обширных травмах или родах.

4. Маски. Они помогают предотвратить заболевания, передающиеся по воздуху и через кровь.

5. Рекомендуемая иммунизация включает в себя профилактику столбняка, вакцинацию от гепатита В, туберкулиновую пробу, а также то, что рекомендуют местные инстанции.

### **Безопасность на месте происшествия**

Безопасность начинается с оценки места происшествия и окружающих территорий. Это снабжает медработника ценной информацией прежде, чем он приступит к оказанию помощи. Приоритетом для ЧОПНМП всегда остается его здоровье и безопасность. Всегда думайте... Безопасно ли подходить к пациенту? Определенный риск, связанный с конкретным местом происшествия, может затруднить или сделать невозможным приближение к пациенту. Особые ситуации включают в себя: контакт с токсическими веществами (пламя/дым/и т.д.), крушения или спасательные работы, предполагающие использование неустойчивой или тяжелой техники/оборудования, и неустойчивые поверхности из-за неровностей, льда, грязи или воды. Место, где произошло преступление, также может быть опасным из-за возможного нападения. Приоритетом является личная безопасность. На втором месте - защита пациента. На третьем - защита других лиц. Если место происшествия небезопасно, нужно его обезопасить. Если это невозможно, не идите туда.

#### ***b. Особые ситуации***

Всегда пытайтесь распознать потенциально опасные материалы, которые могут угрожать вашей безопасности. Обращайте внимание на контейнеры, маркированные предупреждающими знаками. Смотрите, нет ли пролитой жидкости, дыма или огня. Во многих случаях места, где находятся опасные материалы, требуют вмешательства специально подготовленных бригад. Медицинская помощь оказывается только после того, как место стало безопасным и завершена ликвидация опасных материалов.

Дорожно-транспортные происшествия зачастую представляют собой риск, опасный для жизни, вследствие потенциального поражения электричеством, пожара, взрыва, опасных материалов и дорожного движения.

Другие особые ситуации - это место, где совершено преступление или было применено насилие. В таких случаях официальные представители правоохранительных органов должны обеспечить безопасность места прежде, чем медицинская бригада появится там для оказания помощи пациенту.

### ***Правовые вопросы***

У медицинского работника есть юридические обязательства перед пациентом. Эти обязательства определены государственными и местными законами. Объем помощи - это принятый диапазон знаний и умений, которые использует медработник, выполняя вмешательства с целью лечения пациента. Другими словами, фельдшер/медсестра может выполнять только те вмешательства, которым он/она был обучен в рамках стандартизированной программы, во благо пациента.

Ориентиром для фельдшера/медсестры при оказании помощи пациентам станут базовые морально-этические принципы. Во-первых, приоритетной обязанностью является удовлетворение физических и психо-эмоциональных нужд пациента. Совершенствование навыков, также является необходимым компонентом. Эффективность работы будет повышаться посредством постоянного образования, проверки выполняемой работы, улучшения обмена информацией, что в конечном итоге положительным образом отразится на пациентах. Также, чрезвычайно важным моментом для постоянного улучшения помощи пациентам является честное и целостное отображение происходящих событий.

### **Адекватность**

Адекватность можно определить, как способность пациента понимать задаваемые вопросы, и понимать последствия принятых решений. Первой задачей фельдшера/медсестры является определить, адекватен ли пациент, чтобы дать согласие на лечение или отказаться от него. В большинстве случаев, если пациент понимает характер своего заболевания или травмы, а также необходимость в неотложном лечении, он/она может согласиться или отказаться от предполагаемого вмешательства. Однако в некоторых случаях вы не сможете определить адекватность, как, например, при алкогольной интоксикации, отравлении лекарственными препаратами, серьезной травме,

приводящей к спутанному сознанию или к потере сознания, и при психической неадекватности.

### **Согласие**

До начала оказания помощи фельдшер/медсестра должен получить на это согласие пациента, его родителя или опекуна. Компетентный пациент имеет право принимать решения относительно своего лечения, в том числе отказываться от лечения. Пациент должен давать согласие на получение неотложной медицинской помощи на основании информации, которую предоставляет ему медработник, и принимать предлагаемые ему вмешательства.

#### *а. Выраженное согласие*

Выраженное согласие можно определить как устное согласие, которое дает пациент в сознании для того, чтобы дать возможность оказывать неотложную помощь. Согласие должен давать взрослый адекватный человек, отвечающий за свои действия. Еще раз повторим, что пациент должен быть адекватным и совершеннолетним. Пациента необходимо информировать обо всех этапах манипуляций/вмешательств и обо всех связанных с этим рисках. Используйте три простых шага для получения выраженного согласия:

1. Представьтесь.
2. Информируйте пациента об уровне вашей подготовки.
3. Объясните пользу и риск от манипуляций.

#### *б. Подразумеваемое согласие*

Подразумеваемое согласие базируется на предположении, что пациент без сознания согласился бы на вмешательства по спасению его жизни, если бы был в сознании.

Дети и психически неадекватные взрослые (например, вследствие психического заболевания, умственной отсталости, наркотической/алкогольной интоксикации, спутанности сознания из-за тяжелой болезни) заслуживают особого внимания. Существует общее правило, что при наличии угрожающей жизни ситуации и в отсутствие родителей или опекуна, неотложная медицинская помощь должна быть оказана, исходя из подразумеваемого согласия. Выраженное согласие необходимо получить, если присутствует родитель или опекун.

### **Устное указание/распоряжение не реанимировать**

У пациента есть право отказаться от реанимационных мероприятий. Правовая сторона в отношении устных указаний не реанимировать может отличаться в разных регионах. Однако при возникновении сомнения в отношении устных указаний пациента медработник должен приступить к реанимационным мероприятиям.

### **Отказ**

Адекватный взрослый пациент имеет право отказаться от неотложной медицинской помощи. Пациент может отказаться от помощи даже тогда, когда медработник знает, что такое решение не будет в пользу пациента. Пациент может отказаться от неотложной помощи в любое время при условии, что он будет считаться адекватным для принятия такого решения. Правила выраженного согласия должны соблюдаться всегда. Другими словами, пациента необходимо информировать и он должен понимать весь риск и последствия, связанные с отказом от неотложной медицинской помощи. Ожидая прибытия дополнительных сил СМП, фельдшер должен попытаться убедить пациента принять помощь, информируя пациента, почему он/она должен принять помощь, и что может случиться, если он/она откажется. Определите, может ли пациент принять рациональное решение, основанное на полном владении информацией (например, проследите, нет ли воздействия алкоголя, наркотиков или серьезного заболевания/травмы). Если есть возможность, проконсультируйтесь с руководством. Если есть сомнение относительно адекватности пациента, окажите помощь в максимально возможном объеме. В любом случае зафиксируйте все показатели и проведенные вмешательства, равно как и согласие или отказ пациента от неотложной помощи. Документация чрезвычайно важна.

### **Оскорбление действием**

Оскорбление действием можно определить как незаконное прикасание к пациенту без согласия или предоставление неотложной помощи тогда, когда пациент не дает согласия на такую помощь. Однако определение термина «оскорбление действием» может быть разным в разных регионах.

### **Неоправданное прекращение действий**

Неоправданное прекращение действий можно определить как прекращение оказания помощи пациенту без обеспечения продолжения такой помощи на том же или на более высоком уровне. фельдшер несет ответственность за здоровье пациента с того момента, как он определит необходимость оказания медицинской помощи. медработник может

прекратить оказание помощи только в том случае, если пациент отказывается от дальнейшего лечения, если фельдшер уже физически не в состоянии продолжать мероприятия из-за переутомления или если его личная безопасность находится под угрозой.

### **Халатность**

Халатность можно определить как неисполнение или ненадлежащее исполнение должностным лицом своих обязанностей вследствие недобросовестного или небрежного отношения к службе, если это повлекло причинение крупного ущерба или существенное нарушение прав и законных интересов граждан – штраф, обязательные работы, исправительные работы до одного года, арест до 3-х месяцев.

1 . У медработника есть обязанность действовать - официальная обязанность, закрепленная в его профессии работника службы неотложной помощи. Он берет на себя морально-этические обязательства оказывать неотложную помощь нуждающимся в ней пациентам. Нарушать обязанности - значит не действовать или действовать ненадлежащим образом. Чтобы констатировать халатность, необходимо чтобы нарушение обязанности повлекло за собой физическое и/или психологическое повреждение. И, наконец, должно быть видно, что пациент получил повреждение вследствие действий или бездействия медработника.

### **Конфиденциальность**

Помните, что конфиденциальность - основное право пациента. Всегда пытайтесь сохранить уважение, достоинство и личное пространство пациента. К конфиденциальной информации относится анамнез пациента, собранный путем опроса пациента, результаты исследования и оказанная неотложная помощь. Эта важная информация может быть передана только тем медицинским работникам, которые используют ее для оказания дальнейшей помощи пациенту. Только пациент имеет право разрешить передать такую информацию работникам немедицинской сферы.

### **Особые ситуации**

Вы должны знать, что некоторые пациенты могут носить браслеты, жетоны на цепочках или карточки, на которых указана информация об имеющихся у пациента заболеваниях. Эта информация может помочь, если пациент без сознания, со спутанным сознанием или критически болен/травмирован. Заболевания (диабет, эпилепсия), перечни медикаментов

и аллергии говорят сами за себя тогда, когда пациент не в состоянии это сделать.

### **Сохранение вещественных доказательств на месте преступления**

Дайте возможность представителям местных правоохранительных структур выполнять свою работу. Обязанностью фельдшера является оказание неотложной медицинской помощи пациенту. Нарушать расположение предметов на месте происшествия можно лишь в том случае, когда этого требуется для эффективного лечения пациента. Документирование ситуации на месте происшествия в той части, которая касается пациента, может дать полезную информацию.

### **Документация**

Предоставление письменной документации, в том числе касательно событий, что привели к заболеванию или травмированию пациента, медицинский анамнез, данные общего осмотра, оказанная неотложная помощь, равно как и записи о ситуации на месте происшествия - чрезвычайно важные функции медработника. Записи содержат информацию, которую можно использовать для улучшения качества оказания помощи пациенту. Местное законодательство может потребовать отчетность о жестоком обращении с детьми/пожилыми/супругой(ом), сексуальном насилии, особо жестоких преступлениях и контакте с инфекционными заболеваниями, огнестрельном ранении.

**Признак** - это связанное с заболеванием или травмой состояние, которое проявляет пациент и *идентифицирует* медработник. Например, у пациента с отеком легких может быть *шумное дыхание*, которое *слышит* фельдшер/медсестра. У пациента с наружным *кровотечением* будет видна кровь, которую можно *увидеть*. Пациента с *высокой температурой* будет горячая кожа, что можно *ощутить*. **Симптомы** - это то состояние, которое пациент может описать, но медработник не может *ощутить* с помощью своих органов чувств, например *трудности с дыханием, головная или другая боль*.

### **ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ НАЛОЖЕНИЯ ПОВЯЗОК**

Под повязкой принято понимать комплекс средств, используемых в целях защиты ран и патологически измененных поверхностей кожи от нежелательных воздействий внешней среды (защитная повязка). Однако этим далеко не ограничивается назначение повязки. Применяют повязки в целях

обеспечения покоя тканям и органам при повреждениях и воспалительных заболеваниях (иммобилизующие повязки). Для исправления порочного положения при некоторых аномалиях развития конечностей или в результате неправильного стояния отломков при переломах костей используют корригирующие повязки и повязки с вытяжением. С целью остановки кровотечения при определенных показаниях - давящие повязки. В настоящее время в целях ускорения заживления ран широко применяют повязки с лекарственными средствами.

Наложение повязки является медицинской процедурой, которой следует специально обучаться. Прежде всего, необходимо соблюдать физиологические условия. Повязка не должна быть очень свободной и смещаться по поверхности тела, но и не должна быть очень тугой и сдавливать ткани, чувствительные к механическим воздействиям. Такие места должны быть защищены мягкой прокладкой или другим способом так чтобы повязка сама по себе не стала причиной травматизации кожи. Немаловажно и то, как выглядит повязка, поэтому каждая повязка должна соответствовать и некоторым эстетическим критериям, оказывающим влияние на психику больного. Каждая, даже самая маленькая и простая повязка в какой-то мере ограничивает больного. Об этом следует помнить и при наложении повязок стремиться к минимизации таких ограничений.

Можно рекомендовать при наложении повязок пользоваться следующими основными правилами:

- Во время перевязки надо стоять лицом к больному, насколько это возможно.

- Перевязывая больного, следует завязать разговор и до наложения повязки объяснить ее назначение, привлекая тем самым больного к сотрудничеству, что облегчает перевязку и позволяет контролировать состояние пациента.

- С самого начала перевязки необходимо следить за тем, чтобы перевязываемая часть тела находилась в правильном положении. Изменение ее положения в процессе перевязки отрицательно сказывается на проведении манипуляции. Помимо этого, перевязочный материал в местах изгиба может образовывать складки, делающие некачественной всю повязку.

- Направление витков должно быть единым во всех слоях повязки. Изменение направления может привести к смещению части повязки либо к образованию складок, что, естественно, снижает качество повязки.

- Ширину бинта надо подбирать так, чтобы она была равна или больше диаметра перевязываемой части тела. Использование узкого бинта не только увеличивает время перевязки, но и может привести к тому, что повязка будет



врезаться в тело. Применение более широкого бинта затрудняет манипуляции. При использовании трубчатых бинтов выбирают такой диаметр, чтобы можно было без больших затруднений натянуть его на предварительно забинтованный участок тела.

– Бинт следует держать в руке так, чтобы свободный конец составлял прямой угол с рукой, в которой находится рулон бинта.

– Перевязку надо начинать с наиболее узкого места, постепенно переходя к более широкому. В этом случае повязка лучше держится.

– Перевязку следует начинать с наложения простого кольца таким образом, чтобы один кончик бинта слегка выступал из-под следующего витка, накладываемого в том же направлении. Подогнув и накрыв кончик бинта следующим витком, его можно зафиксировать, что существенно облегчает дальнейшие манипуляции. Перевязку заканчивают круговым витком.

– При перевязке всегда нужно помнить о назначении повязки и накладывать такое количество витков, которое необходимо для облегчения ее функции. Излишнее количество бинта не только нецелесообразно экономически и эстетически, но и причиняет неудобство больному.

## **Правила и способы наложения повязки (на нижнюю конечность)**

Возвращающаяся повязка на пальцы стопы. Применяют при заболеваниях и повреждениях пальцев стопы. Ширина бинта 3-5 см.

Повязка обычно применяется для удержания перевязочного материала на ранах 1 пальца стопы и редко для закрытия других пальцев, которые бинтуют обычно вместе со всей стопой.

Повязку начинают от подошвенной поверхности основания пальца, закрывают кончик пальца и ведут бинт по его тыльной поверхности до основания. Делают перегиб и ползучим ходом выводят бинт к кончику пальца. Затем спиральными турами бинтуют его до основания, где повязку фиксируют.

Спиральная повязка на первый палец стопы. Ширина бинта 3-5 см. Отдельно бинтуют обычно только один большой палец. Бинтование рекомендуется начинать укрепляющими круговыми турами в нижней трети голени над лодыжками. Затем через тыльную поверхность стопы ведут бинт к ногтевой фаланге 1 пальца. Отсюда спиральными турами закрывают весь палец до основания и снова через тыл стопы возвращают бинт на голень, где повязку заканчивают фиксирующими круговыми турами.



*Спиральная повязка на большой палец стопы*

Колосовидная повязка на первый палец стопы. Ширина бинта 3-5 см. Как и все колосовидные повязки, колосовидная повязка на первый палец стопы бинтуется по направлению в сторону повреждения. На левой стопе бинт ведут слева направо, на правой стопе – справа налево.

Бинтование начинают укрепляющими круговыми турами в нижней трети голени над лодыжками. Затем бинт ведут от внутренней лодыжки на тыльную сторону стопы к наружной ее поверхности и по подошвенной поверхности к внутреннему краю ногтевой фаланги первого пальца. После кругового витка на первом пальце ход бинта переводят по тыльной поверхности стопы к ее наружному краю и круговым витком через подошвенную поверхность ведут ход бинта к наружной лодыжке.

Каждый последующий тур бинта на первом пальце смещается кверху по отношению к предыдущему, формируя таким образом восходящую колосовидную повязку.



*Колосовидная повязка на большой палец стопы*

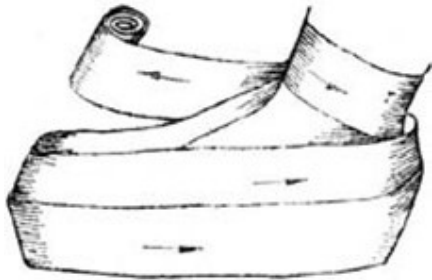
Возвращающаяся повязка на периферические отделы стопы. Применяют при заболеваниях и травмах периферических отделов стопы и пальцев. Ширина бинта – 10 см.

Каждый палец укрывают перевязочным материалом отдельно, либо все пальцы вместе с марлевыми прокладками между ними. Затем приступают к бинтованию стопы. Круговые укрепляющие туры накладывают в средних отделах стопы. После чего, продольными возвращающимися турами с подошвенной поверхности стопы через кончики пальцев на тыльную поверхность и обратно, закрывают стопу по всей ширине. Ползучим ходом бинт ведут к кончикам пальцев, откуда спиральными турами бинтуют стопу до середины. Повязка на стопе обычно плохо удерживается, поэтому рекомендуется заканчивать повязку укрепляющими восьмиобразными турами вокруг голеностопного сустава с фиксирующими круговыми турами над лодыжками.

Возвращающаяся повязка на всю стопу. Применяется при повреждениях стопы, когда требуется закрыть всю стопу, включая пальцы. Ширина бинта – 10 см.

Бинтование начинают с круговых фиксирующих туров в нижней трети голени над лодыжками. Затем ход бинта переводят на стопу, со стороны внутренней лодыжки на правой стопе и со стороны наружной лодыжки на левой, и накладывают несколько круговых ходов по боковой поверхности стопы к первому пальцу, от него обратно по

противоположной боковой поверхности стопы к пятке. От пятки ползучим ходом ведут бинт к кончикам пальцев и бинтуют стопу спиральными ходами в направлении нижней трети голени. В области голеностопного сустава применяется техника наложения повязки на пяточную область. Заканчивают повязку круговыми турами над лодыжками.



*Возвращающаяся повязка на всю стопу*

Крестообразная (восьмиобразная) повязка на стопу. Позволяет надежно фиксировать голеностопный сустав при повреждении связок и некоторых заболеваниях сустава. Ширина бинта – 10 см.

Стопу устанавливают в положении под прямым углом по отношению к голени. Бинтование начинают с круговых фиксирующих туров в нижней трети голени над лодыжками. Затем ведут ход бинта косо по тыльной поверхности голеностопного сустава к боковой поверхности стопы (к наружной на левой стопе и к внутренней на правой стопе). Выполняют круговой ход вокруг стопы.

Далее с противоположной боковой поверхности стопы по ее тылу косо вверх пересекают предыдущий ход бинта и возвращаются на голень. Вновь выполняют круговой ход над лодыжками и повторяют восьмиобразные ходы бинта 5-6 раз для создания надежной фиксации голеностопного сустава. Повязку заканчивают круговыми турами на голени над лодыжками.



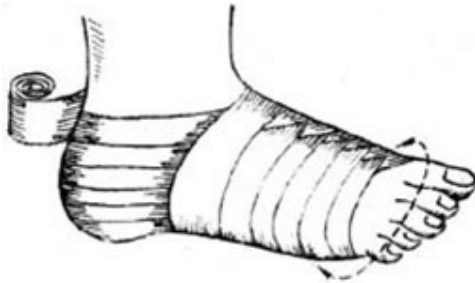
*Крестообразная (восьмиобразная) повязка на стопу*

Повязка на пяточную область (по типу черепашьей). Применяется для полного закрытия области пятки по типу расходящейся черепашьей повязки. Ширина бинта – 10 см.

Бинтование начинают с круговых фиксирующих туров на голени над лодыжками. Затем косо вниз по тыльной поверхности ведут ход бинта на голеностопный сустав. Накладывают первый круговой тур через наиболее выступающую часть пятки и тыльную поверхность голеностопного сустава и добавляют к нему круговые ходы выше и ниже первого. Однако в данном случае наблюдается неплотное прилегание туров бинта к поверхности стопы. Чтобы избежать этого, туры повязки укрепляют дополнительным косым ходом бинта, идущим от задней поверхности голеностопного сустава вниз и кпереди до наружной боковой поверхности стопы. Затем по подошвенной поверхности ход бинта ведут к внутреннему краю стопы и продолжают накладывать расходящиеся туры черепашьей повязки. Повязку заканчивают круговыми турами в нижней трети голени над лодыжками.



*Повязка на пяточную область*



*Колосовидная повязка на стопу*

Колосовидная восходящая повязка на стопу. Применяется для надежного удержания перевязочного материала на тыльной и подошвенной поверхности при повреждениях и заболеваниях стопы. Пальцы стопы остаются незакрытыми. Ширина бинта – 10 см.

Бинтование начинают с круговых фиксирующих туров через наиболее выступающую часть пятки и тыльную поверхность голеностопного сустава. Затем от пятки ведут ход бинта по наружной поверхности на правой стопе (на левой стопе - по внутренней поверхности), косо по тыльной поверхности к основанию первого пальца (на левой стопе – к основанию пятого пальца). Делают полный круговой ход вокруг стопы и возвращают бинт на тыльную поверхность у основания пятого пальца (на левой стопе – у основания первого пальца). По тылу стопы пересекают предыдущий тур и возвращаются в пяточную область с противоположной стороны. Обойдя пятку сзади повторяют описанные восьмиобразные туры бинта постепенно смещая их в направлении к голеностопному суставу. Повязку заканчивают круговыми турами в нижней трети голени над лодыжками.

Косыночные повязки на стопу. Различают косыночные повязки закрывающие всю стопу, пяточную область и голеностопный сустав.

Косыночная повязка на всю стопу. Подошвенную область закрывают серединой косынки, верхушку косынки заворачивают, укрывая пальцы и тыл стопы. Концы заводят на тыл стопы, перекрещивают, а затем обвивают вокруг голени над лодыжками и связывают узлом на передней поверхности.



*Косыночные повязки на стопу: а б – на всю стопу; в – на пяточную область и область голеностопного сустава*

Косыночная повязка на пяточную область и голеностопный сустав. Косынку укладывают на подошвенную поверхность стопы. Основание косынки расположено поперек стопы. Верхушка расположена по задней поверхности голеностопного сустава. Концы косынки перекрещивают сначала на тыле стопы, а затем над верхушкой заведенной на заднюю поверхность голеностопного сустава и нижней трети голени. Связывают концы на передней поверхности голени над лодыжками.

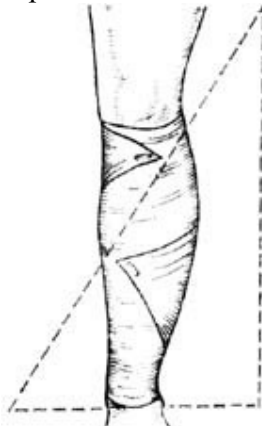
Спиральная повязка с перегибами на голень. Позволяет удерживать перевязочный материал на ранах и других повреждениях голени, которая имеет конусовидную форму. Ширина бинта – 10 см.

Бинтование начинают закрепляющими круговыми турами в нижней трети голени над лодыжками. Затем делают несколько круговых спиральных туров и на конусовидном участке голени переходят на бинтование спиральными турами с перегибами аналогично спиральной повязке на предплечье. Повязку заканчивают круговыми турами в верхней трети голени ниже коленного сустава.



*Спиральная повязка на голень (общий вид)*

Косыночная повязка на голень. Основание косынки винтообразно обводят вокруг голени. Нижний конец косынки ведут над областью лодыжки и направляют несколько вверх, где фиксируют булавкой. Другим концом косынки сверху круговым ходом укрывают верхнюю часть голени и конец также фиксируют булавкой.



*Косыночная повязка на голень*

Черепашья повязка на область коленного сустава. Позволяет надежно удерживать перевязочный материал в области коленного сустава и непосредственно прилегающих к

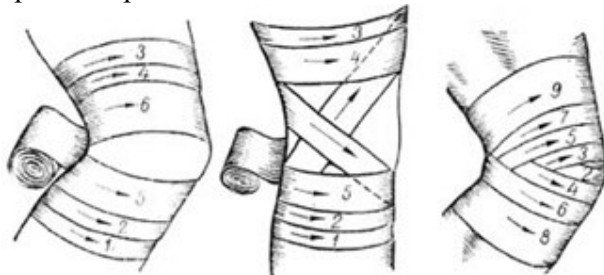
нему областей, при этом движения в суставе ограничиваются незначительно. При повреждении непосредственно в области коленного сустава накладывают сходящуюся черепашью повязку, при повреждении рядом с коленным суставом – расходящуюся. Повязка накладывается в положении незначительного сгибания в суставе. Ширина бинта – 10 см.

Сходящаяся черепашья повязка на область коленного сустава. Бинтование начинают закрепляющими круговыми турами в нижней трети бедра над коленным суставом или в верхней трети голени под коленным суставом в зависимости от того, где расположена рана или другое повреждение. Затем накладывают сходящиеся восьмиобразные туры бинта, перекрещивающиеся в подколенной области.

Повязку заканчивают круговыми турами в верхней трети голени под коленным суставом.

Расходящаяся черепашья повязка на область коленного сустава. Бинтование начинают закрепляющими круговыми турами через наиболее выступающую часть надколенника. Затем выполняют восьмиобразные расходящиеся ходы, перекрещивающиеся в подколенной области. Повязку заканчивают круговыми турами в верхней трети голени или нижней трети бедра в зависимости от того, где расположено повреждение.

При необходимости наложить повязку на нижнюю конечность в разогнутом положении, применяют спиральную технику бинтования с перегибами. Повязка начинается с круговых ходов в верхней трети голени и заканчивается фиксирующими турами в нижней трети бедра.

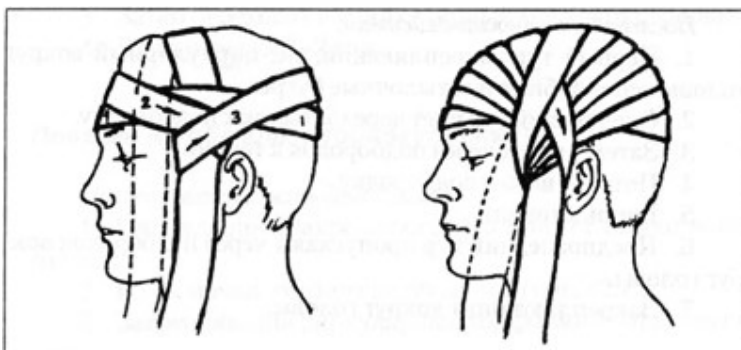


*Черепашья повязка на коленный сустав: а, б – сходящаяся; в – расходящаяся*

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

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

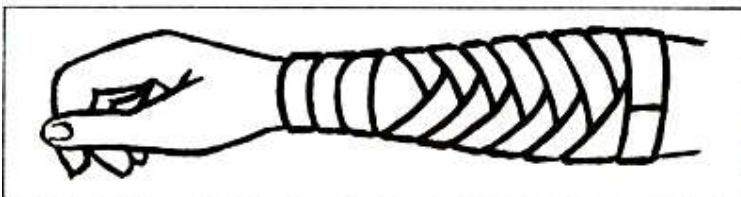
Как правило, такие повязки на бедре удерживаются плохо, легко соскальзывают. Поэтому рекомендуется завершать повязку турами колосовидной повязки на область тазобедренного сустава.



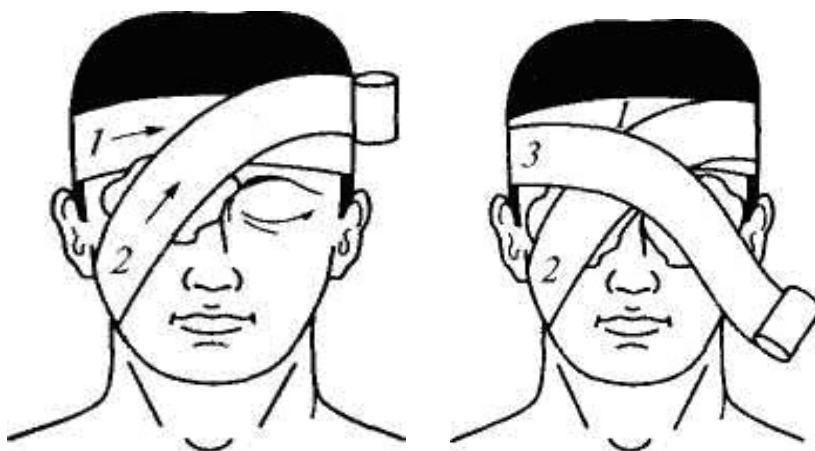
Повязка на голову в виде «чепца». Цифрами обозначен порядок накладывания туров бинта.

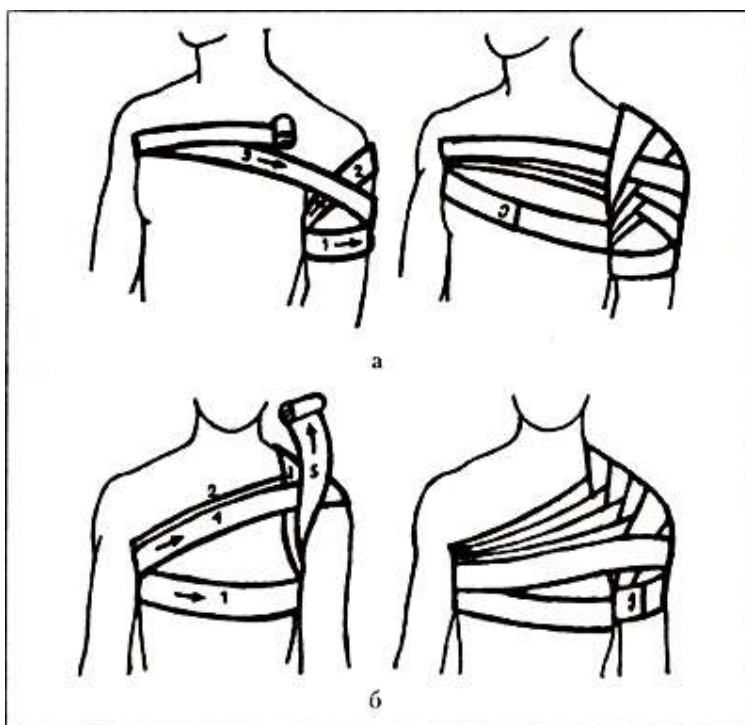


Крестообразная повязка на область затылка. Цифрами обозначен порядок накладывания туров бинта

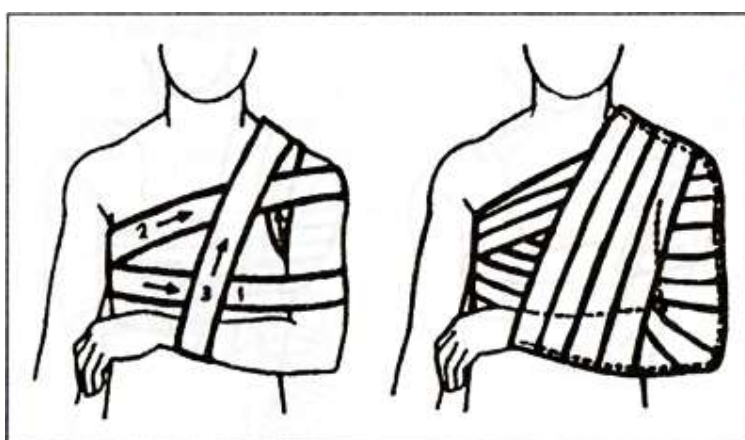


Повязка на предплечье спиральная с перегибами

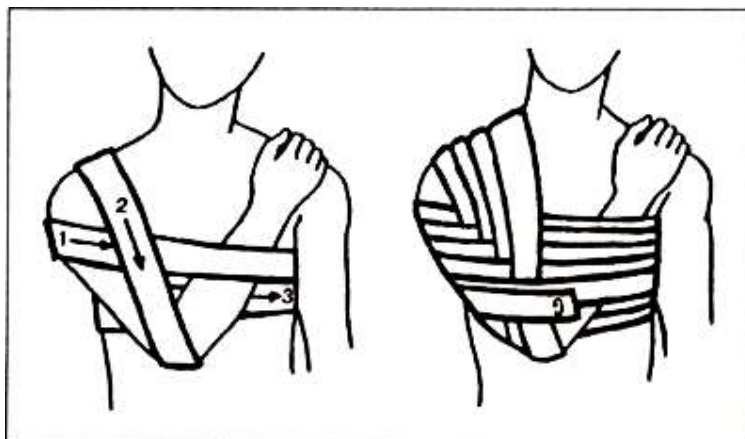




Колосовидная повязка на область плечевого сустава: а - восходящая, б - нисходящая

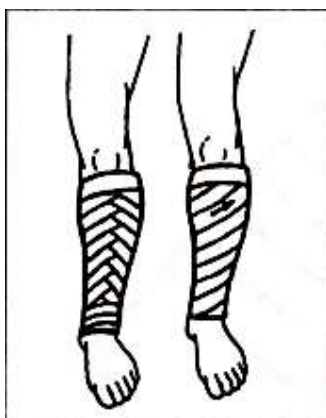


Повязка Дезо. Цифрами обозначен порядок накладывания туров бинта

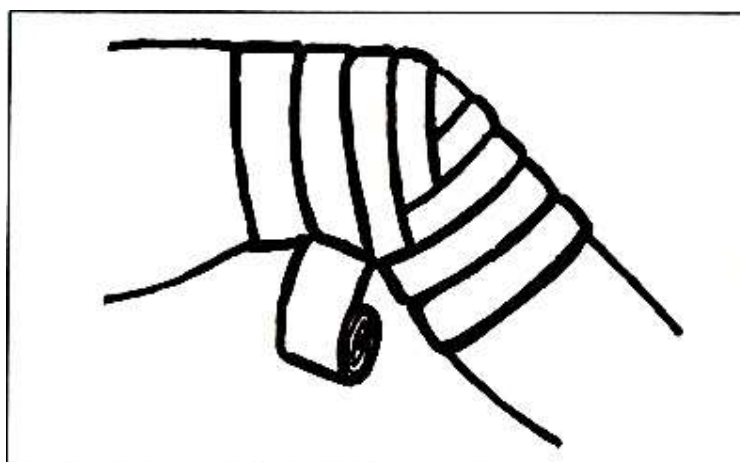


Повязка Вельпо. Цифрами обозначен порядок наложения туров бинта

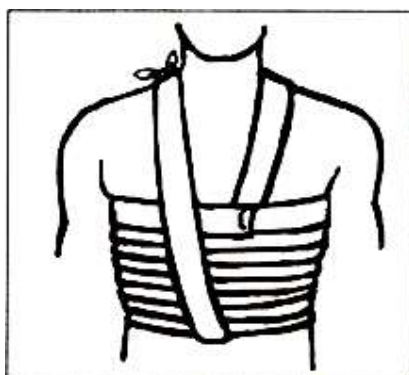




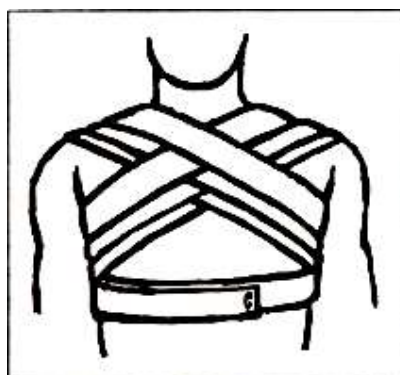
Повязка на голень



Расходящаяся повязка на область коленного сустава



Спиральная повязка на грудную клетку



Крестообразная повязка

