УТВЕРЖДАЮ

КОМАНДИР В/Ч 63354

гв. полковник М. Лебёдко

«\_\_\_\_» ноября 2013 г.

**ПЛАН-КОНСПЕКТ**

**проведения занятий по специальной подготовке с командирами медицинских взводов (группа №10)**

ТЕМА: Оказание 1-й медицинской помощи, эвакуация раненных.

ЦЕЛЬ: 1. Научить оказывать первую мед помощь при ранениях, переломах.

2. Изучить порядок эвакуации раненых.

ВРЕМЯ: 5 часов

МАТ. ОБЕСПЕЧЕНИЕ: медицинская сумка, жгут–3шт., шина медицинская–2шт., бинты–4шт., оценочные ведомости.

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

* Проверяю наличие и внешний вид личного состава.
* Проверяю мат. Обеспечение занятия.
* Объявляю тему и цели занятия.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ:

Раной называют: повреждение тканей, сопровождающееся нарушением целостности кожи или слизистой оболочки.

**Раны подразделяются:**

1.По виду ранящего снаряда (пулевые, осколочные и т.д.);

2. По характеру раневого канала (слепые, сквозные, касательные);

3. По отношению к полости (проникающие, не проникающие);

4. По анатомической локализации (головка, шея, грудь и т.д.);

5. По виду повреждений тканей (с повреждением и без повреждения костей, масштраловых сосудов и нервных стволов).

Различают множественные и сочетаемые ранения.

Множественными ранениями называют ранения причиненные одному раненому несколькими ранящими снарядами одного и того же типа.

Сочетаемыми – (ранениями) ранения разных областей тела (или разных органов одной анатомической области), причиненные одним ранящим снарядом.

Кроме того различают комбинированные повреждения, вызванные воздействием нескольких поражающих факторов разной природы (механические в сочетании с термическими, радиационные в сочетании с поражениями и отравляющими веществами и т.д.).

Первая помощь раненным заключается в быстрейшем закрытии раны повязкой, для чего используют имеющиеся у раненного индивидуальный перевязочный пакет. Санитар или санитарный инструктор для наложения повязки в случае необходимости использует также перевязочный материал из сумки медицинской войсковой.

Раненным с обширными ранами мягких тканей конечностей или переломом костей производят имоболизацию с помощью подручных материалов или табельной шины.

При значительном кровотечении из ран и конечностей, которые не удастся остановить повязкой, поверх одежды, проксимальные раны и ближе к ней накладывают жгут (стандартный или импровизированный). Вводят болеутоляющее средство с помощью шприц тюбика. Для профилактики раневой инфекции внутрь дают антибиотики из индивидуальной аптечки.

**Кровотечение** возникает вследствии повреждения сосудов при ранениях и патологических изменениях сосудистой стенки при неблагоприятном течении раневого процесса.

В зависимости от источника различают кровотечения:

* артериальное
* венозное
* артериально-венозное
* паренхиматозное

Кровотечения могут быть наружными и внутренними.

Наружные кровотечения возникают при повреждении артерий и вен, особенно в ранах с коротки и широким раневым каналам.

По срокам возникновения различают кровотечения первичные возникающие в момент ранения и вторичные возникающие спустя некоторое время после ранения.

Первая медицинская и доврачебная во всех случаях наружного кровотечения сводится к временной остановке его наложением кровоостанавливающего жгута (на конечностях) или давящей повязке на голове.

Зимой конечность ниже жгута нужно утеплить.

**Переломы костей.**

Различают открытые и закрытые переломы костей.

Закрытые переломы разделяют на поперечные, косые, винтообразные, оскольчатые, вколоченные, внутрисуставные. Закрытые переломы часто осложняются шоками.

Основной задачей диагностики закрытых переломов костей конечностей является уточнение характера перелома и степени смещения отломков.

Открытые переломы костей классифицируются по виду ранящего снаряда (пулевые, осколчатые, нанесенные шариками и стрелковидными элементами), характер раневого канала (сквозные, слепые, касательные) по виду перелома (локализации ранения, сопутствующим повреждениям мягких тканей, сосуда, нервы).

При переломах костей, повреждении опорно-двигательной системы. Большое значение имеет правильное применение транспортной имобилизации. С помощью транспортной имобилизации следует фиксировать не менее двух ближайших к местности повреждения суставов. Основным средством временной имобилизации являются табельные мины входящие в комплекты Б-2 и Б-5. Транспортые шины накладывают поверх обуви и одежды. На обнаженную конечность предварительно фиксируют прокладки из ваты или другого материала. Желательно добиваться правильного положения отломков костей, а конечности придавить в функционально выгодное положение.

На поле боя (в очаге поражения) для имобилизации при отсутствии табельных средств используют самые разнообразные подручные средства (доски, ветви деревьев) , плечо фиксируют, подвешивая верхнюю конечность на косынке, поясным ремнем или прибинтовывают к туловищу.

Транспортную имобилизацию клетки при повреждениях производят лестничной шиной или небольшой гипсовой лангетой, захватывающей предплечье и клеть до кончиков пальцев.

При огнестрельных переломах костей таза раненного укладывают на носилки с твердой подкладкой (деревянный щит, лист фанеры) с полусогнутыми (в тазобедренных и коленных суставах) и разведенными конечностями под колени прокладывают скатку шинели, вещевой мешок.

Раненых с огнестрельными переломами позвоночника транспортируют на носилках со щитом, лучше в положении на животе.

При переломах бедренной кости, области тазобедренной, коленного суставов, конечность имобилизируют шиной Дитерикса.

**Ожоги.**

Тяжесть местных и общих проявлений ожогов в существенной мере зависит от размеров площади поражения. Вещающие значение при этом имеет площадь глубоких ожогов при которых омертвляют все слои кожи.

Различают следующие степени ожогов.

Ожоги 1 степени, при которых возникают обратные нейроциркуляторные изменения в коже характеризуются покраснениями и припухлостями (отечностью) в области поражения, проходящими в течении нескольких дней.

Ожоги 2 степени проявляются в образовании пузырей. Заживание ожогов 2 степени происходит путем спонтанной иметации участков отслойки погибшего ипедермиса без образования рубцов и наступает в среднем через 10 -15 –ней.

Ожоги 3А степени характеризуются образованием некропической поверхности, иногда перемежающегося с участками, покрытыми пузырями. Такие ожоги заживают в среднем в течении 3-4 и более 5-6 недель, причем иногда остаются на поверхности рубцы.

Ожоги 3Б степени характеризуются омертвлением всей кожи.

Ожоги 4 степени сопровождаются гибельно глубжележащих тканей (мышц, костей, сухожилий), а иногда обугливанием обширных участков конечностей и всего тела.

Первая помощь в очаге поражения состоит в тушении горящей одежды. Пламя тушат подручными средствами (шинель, плащ-полатка), плотно укутывая горящий участок тела, забрасывая его снегом или землей, погружая его в воду. Прилегавшую к обоженным участкам остатки одежды не снимают, а область повреждения закрывают по возможности асептической повязкой.

Доврачебная помощь состоит в наложении или замене повязки, ведением анальгетиков, сердечных средств, даче горячего питья, полевых растворов уталения жажды.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ:

* Напоминаю тему и цели занятия
* Отмечаю лучших, указываю недостатки и меры по их устранению.
* Объявляю оценки.
* Даю задание на самоподготовку.

**РУКОВОДИТЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

капитан м/с

Л. Романцов