

# ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ ПОДГОТОВКА

## ОПОРНЫЙ КОНСПЕКТ

ТЕМА:

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЯДЕРНЫМ ОРУЖИЕМ

ВОПРОСЫ ЗАНЯТИЯ:

1. Особенности ожогов и травм при ядерном взрыве.
2. Шок и противошоковые мероприятия.
3. Использование индивидуальных средств медицинской защиты и подручных средств первой медицинской помощи при ожогах и травмах.
4. Лучевые поражения.
5. Предупреждение радиационных поражений.
6. Острые психические реакции при ядерном взрыве.
7. Обучение выполнению нормативов № 6, 9.

### ***I. Методика подготовки руководителя к занятию:***

1. Уяснение темы, занятия и их целей.
2. Изучение содержания данного занятия.
3. Изучение наставлений, инструкций, руководств и сборника нормативов.
4. Определение последовательности проведения занятия и использования материального обеспечения.
5. Определение методических приемов проведения занятия.
6. Составление плана-конспекта (плана, опорного конспекта).
7. Подготовка материального обеспечения занятия и места проведения занятия.
8. Определение требований безопасности при проведении занятия.
9. Утверждение плана-конспекта (плана) у непосредственного начальника.
10. Проведение ИМЗ (инструктажа) с помощниками руководителя занятия.
11. Организация самостоятельной подготовки помощников руководителя занятия.

### ***II. Методические указания по проведению занятия.***

В ходе занятия необходимо изучить с солдатами особенности получения ожогов и травм при ядерном взрыве. Усвоить, что такое шок и объем проведения противошоковых мероприятий. Изучить порядок использования индивидуальных средств медицинской защиты и подручных средств первой медицинской помощи при ожогах и травмах. Изучить лучевые поражения личного состава и порядок предупреждения радиационных поражений. Ознакомиться с особенностями возникновения острых психических реакций у военнослужащих при ядерном взрыве. Научит солдат отрабатывать нормативы № 10, 13 по военно-медицинской подготовке.

Занятие с солдатами проводить на полевой или приказарменной учебной базе.

В процессе занятия изучить содержание, условия выполнения и порядок отработки нормативов по военно-медицинской подготовке.

Личный состав на занятие выходит в полевой форме одежды с оружием, средствами индивидуальной защиты, и шанцевым инструментом.

Занятие проводится, как правило, под руководством командира обучаемого подразделения или врачами (фельдшерами) с привлечением в качестве помощников руководителя занятия штатных командиров отделений.

Для отработки учебных вопросов создается тактическая обстановка, которая в целях усложнения выполнения задачи должна постоянно наращиваться путем объявления различных вводных.

Отделениям (расчетам) ставятся конкретные задачи в соответствии с их боевым предназначением и отрабатываемыми вопросами.

Командир подразделения на занятии должен совершенствовать свои практические навыки в организации работы с подчиненными и в управлении подразделением.

Выход обучаемых в район занятия, передвижение в ходе занятия и возвращение их в расположение могут проводиться в тактической обстановке с отработкой действий подразделения на марше, при ядерном, химическом, воздушном нападении противника, преодолении зараженных и разрушенных участков местности, а также методом попутной физической тренировки.

Местность, на которой проводится занятие, должна в наибольшей степени обеспечивать поучительность занятия, способствовать качественной отработке учебных вопросов и достижению поставленных учебных целей. Руководитель занятия должен хорошо ознакомиться с местом проведения занятия и умело использовать его в целях достижения поучительности занятия.

**ВО ВВОДНОЙ ЧАСТИ ЗАНЯТИЯ** руководитель организует получение военнослужащими оружия, индивидуальных средств защиты, экипировки, шанцевого инструмента и учебной укладки (имитационных средств для оказания само- и взаимопомощи при различных поражениях личного состава). Затем выводит подразделение к месту проведения занятия.

При проверке внешнего вида он обращает особое внимание на правильность подгонки обмундирования и снаряжения подчиненных, проверяет оружие на его наличие и комплектность.

Контрольный опрос военнослужащих должен состоять из вопросов по предыдущим темам и охватывать: теоретический – не менее 3-4 человек, практический – 100% личного состава. По результатам контрольного опроса руководитель выставляет оценки.

Руководитель занятия объявляет обучаемым тему, занятие и цель предстоящего занятия, при этом особо отмечает, какие знания и навыки, приобретенные ранее, могут пригодиться при изучении вопросов

предстоящего занятия. Он доводит до военнослужащих меры безопасности при обращении с оружием и шанцевым инструментом, указывает порядок безопасного выполнения элементов занятия. Объявляет сигналы взаимодействия, управления и тревоги на время предстоящего занятия.

**ОСНОВНУЮ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ** руководитель начинает с построения личного состава в развернутом, двухшереножном строю.

Теоретические положения отрабатываются с широким использованием учебных пособий (плакатов, схем, таблиц, макетов), а практические приемы и нормативы по военно-медицинской подготовке - на местности, тактическом поле, приказарменной учебно-материальной базе с использованием учебных (имитационных) индивидуальных средств медицинской защиты.

В начале практического занятия руководитель объясняет и показывает порядок и последовательность выполнения приема по оказанию первой медицинской помощи с использованием табельных и подручных средств, а затем отрабатывает их с обучаемыми.

Отрабатывая практические действия, руководитель добивается четкого и правильного их выполнения от каждого обучаемого. Обнаружив ошибки в действиях личного состава, руководитель приостанавливает выполнение приема, указывает на недостатки, разъясняет, а если необходимо, то и показывает этот прием лично или при помощи обучаемого правильно выполняющего его и продолжает тренировку до тех пор, пока ошибки не будут устранены.

Для проведения тренировок по отработке приемов оказания первой медицинской помощи привлекаются санитарные инструкторы и командиры отделений, с которыми накануне проводятся инструкторско-методические занятия и инструктажи.

Упражнения по отработке нормативов и практических действий производятся путем разделения обучаемых на две равные группы. Одна группа оказывает помощь, другая представляет условно раненых. Вначале прием (норматив) отрабатывается без учета времени, а по мере его отработки - оценивается правильность действий обучаемых и затраченное время. Затем группа меняются местами.

При отработке нормативов и практических действий руководитель занятия обращает внимание обучаемых на соблюдение мер безопасности, проводит краткий разбор занятия, обращает особое внимание на жизненную необходимость само- и взаимопомощи при поражениях и несчастных случаях в повседневной жизни, на учениях и в боевой обстановке.

Знания и практические навыки полученные на занятии в дальнейшем совершенствуются на медицинских тренажах, на комплексных и тактико-специальных занятиях и учениях.

После отработки каждого учебного вопроса руководитель занятия выстраивает подразделение, проводит частный разбор, затем объявляет обучаемым следующий учебный вопрос и его содержание, доводит основные требования по его выполнению и приступает к его отработке.

После отработки всех учебных вопросов руководитель проводит **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНУЮ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ**. В первую очередь он проверяет оружие на его наличие и комплектность, состояние индивидуальных средств защиты, экипировки и шанцевого инструмента, комплектность и наличие материальных средств медицинской укладки.

При подведении итогов занятия руководитель напоминает обучаемым тему, учебные цели и основные вопросы, получившие отражение на занятии. Отмечает положительное в действиях личного состава, подробно разбирает характерные ошибки.

Затем он объявляет военнослужащим оценки, полученные за контрольные вопросы во вводной части занятия и отмечает лучших военнослужащих по результатам отработки вопросов текущего занятия.

Заканчивая занятие, руководитель объявляет тему предстоящего занятия, выдает задание на самоподготовку и организует отправку личного состава в подразделение для сдачи оружия, средств индивидуальной защиты, экипировки, шанцевого инструмента и средств имитации.

УТВЕРЖДАЮ  
Командир войсковой части \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(воинское звание)

\_\_\_\_\_  
(фамилия)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_ г.

## ПЛАН

проведения занятия с \_\_\_\_\_  
по Военно-медицинской подготовке на « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_ г.

**Тема:** ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЯДЕРНЫМ ОРУЖИЕМ.

**Занятие:** ОСОБЕННОСТИ ОЖОГОВ И ТРАВМ ПРИ ЯДЕРНОМ ВЗРЫВЕ. ШОК И ПРОТИВОШОКОВЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ СРЕДСТВ МЕДИЦИНСКОЙ ЗАЩИТЫ И ПОДРУЧНЫХ СРЕДСТВ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОЖОГАХ И ТРАВМАХ. ЛУЧЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАДИАЦИОННЫХ ПОРАЖЕНИЙ. ОСТРЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ЯДЕРНОМ ВЗРЫВЕ. ОБУЧЕНИЕ ВЫПОЛНЕНИЮ НОРМАТИВОВ № 6, 9.

### Цель занятия:

Изучить особенности ожогов и травм при ядерном взрыве.

Изучить что такое шок и порядок проведения противошоковых мероприятий.

Отработать порядок использования индивидуальных средств медицинской защиты и подручных средств первой медицинской помощи при ожогах и травмах.

Изучить особенности лучевых поражений личного состава и порядок предупреждения радиационных поражений.

Изучить особенности появления острых психических реакций у военнослужащих при ядерном взрыве.

Обучить солдат порядку выполнения нормативов № 6, 9.

**Время:** \_\_\_\_\_ минут.

**Место занятия:** \_\_\_\_\_

**Метод проведения занятия:** Практическое.

### Материальное обеспечение занятия:

Стрелковое оружие, индивидуальные средства защиты, пехотная лопата, стальной шлем на каждого обучаемого;

Медицинская укладка на каждое отделение (расчет).

Санитарная лямка на каждое отделение.

Противогаз со шлем-маской ШР.

## I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ « \_\_\_\_ » мин.

1. Определение готовности учебного подразделения к занятию Организирую получение военнослужащими оружия, индивидуальных средств защиты, экипировки, шанцевого инструмента. Вывожу подразделение к месту проведения занятия. Проверяю правильность подгонки обмундирования и снаряжения подчиненных, а оружие и шанцевый инструмент - на их наличие и комплектность. « \_\_\_\_ » мин.
2. Напоминание материала предыдущего занятия Отмечаю, какие знания и навыки, полученные ранее, могут пригодиться при изучении вопросов предстоящего занятия. « \_\_\_\_ » мин.
3. Опрос обучаемых: 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » мин.

## ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ КОНТРОЛЯ

1.

2.

3.

4.

- 4 Доведение мер безопасности *Довожу порядок безопасного обращения с оружием и шанцевым инструментом. Указываю порядок безопасного выполнения вопросов занятия. Объявляю сигналы взаимодействия, управления и тревоги на время занятия.* \_\_\_\_\_ «\_\_» мин.

## II. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ «\_\_» мин.

№ п.п.	Учебные вопросы, задачи, нормативы	Время	Действия руководителя и его помощника	Действия обучаемых
1.	Особенности ожогов и травм при ядерном взрыве.	_____ мин.	Материал по данному вопросу довожу методом рассказа с подробным разъяснением. Обращаю внимание обучаемых на особенности ожогов и травм при ядерном взрыве.	Слушают, запоминают, отвечают на вопросы.
2.	Шок и противошковые мероприятия.	_____ мин.	Материал по данному вопросу довожу методом рассказа с подробным разъяснением. Даю характеристику шоку и в каких случаях он возникает. Перечисляю основные противошковые мероприятия.	Слушают, запоминают, отвечают на вопросы.
3.	Использование индивидуальных средств медицинской защиты и подручных средств первой медицинской помощи при ожогах и травмах.	_____ мин.	Материал по данному вопросу довожу методом рассказа с подробным разъяснением и практическим показом. При этом обращает внимание на то, как правильно и безопасно пользоваться аптечкой индивидуальной (АИ), пакетом перевязочным медицинским индивидуальным стерильным (ППИ) и аптечкой войсковой (АВ) при ожогах и травмах. Вопрос отрабатываю практически. При этом использую табельные индивидуальные средства медицинской защиты солдата для показа и имитаторы этих средств (из медицинской укладки) для тренировки личного состава. Отработку каждого нового приема начинаю в замедленном темпе, в последующем темп постепенно наращиваю, а затем приемы отрабатываю с выполнением временных нормативов. Обнаружив ошибки в действиях личного состава, приостанавливаю выполнение приема, указываю на недостатки, разъясняю, а если необходимо, то и показываю этот прием лично или при помощи обучаемого правильно	Слушают, запоминают, отвечают на вопросы. Отрабатывают порядок и правила пользования табельными индивидуальными средствами медицинской защиты солдата сначала по элементам в медленном темпе, а затем слитно с учетом нормативного времени.

№ п.п.	Учебные вопросы, задачи, нормативы	Время	Действия руководителя и его помощника	Действия обучаемых
			выполняющего его и продолжаю тренировку до тех пор, пока ошибки не будут устранены.	
4.	Лучевые поражения.	___ мин.	Материал по данному вопросу довожу методом рассказа с подробным разъяснением. Обращаю внимание обучаемых на особенности лучевых поражений при ядерном взрыве.	Слушают, запоминают, отвечают на вопросы.
5.	Предупреждение радиационных поражений.	___ мин.	Материал по данному вопросу довожу методом рассказа с подробным разъяснением. Обращаю внимание обучаемых на способы предупреждения радиационных поражений при ядерном взрыве.	Слушают, запоминают, отвечают на вопросы.
6.	Острые психические реакции при ядерном взрыве.	___ мин.	Материал по данному вопросу довожу методом рассказа с подробным разъяснением. Довожу особенности получения острых психических реакций солдат при ядерном взрыве и способы их лечения.	Слушают, запоминают, отвечают на вопросы.
7.	Обучение выполнению нормативов № 6, 9.	___ мин.	Материал по данному вопросу довожу методом рассказа с подробным разъяснением и практическим показом. При этом использую табельные индивидуальные средства медицинской защиты солдата для показа и тренировки личного состава. Отработку каждого нового приема начинаю в замедленном темпе, в последующем темп постепенно наращиваю, а затем приемы отрабатываю с выполнением временных нормативов. Обнаружив ошибки в действиях личного состава, приостанавливаю выполнение приема, указываю на недостатки, разъясняю, а если необходимо, то и показываю этот прием лично или при помощи обучаемого правильно выполняющего его и продолжаю тренировку до тех пор, пока ошибки не будут устранены.	Слушают, запоминают, отвечают на вопросы. Отрабатывают нормативы № 6, 9 сначала по элементам в медленном темпе, а затем слитно с учетом нормативного времени.

### III. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ ЗАНЯТИЯ « \_\_\_ » мин.

- Опрос по изложенному материалу 1.  
2. « \_\_\_ » мин.
- Задание на самостоятельную подготовку \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ « \_\_\_ » мин.

Руководитель занятия

\_\_\_\_\_ (воинское звание, подпись)

## 1. Особенности ожогов и травм при ядерном взрыве

УДАРНАЯ ВОЛНА ядерного взрыва наносит поражение личному составу метательным действием и избыточным давлением, а также косвенным путем - летящими и падающими обломками и другими предметами.

Тяжесть поражения личного состава ударной волной принято делить на четыре степени.

**Первая степень** - легкие поражения. Наблюдаются в основном оглушение, понижение слуха, головокружение, расстройство речи, возможны также закрытые черепно-мозговые травмы. Все пораженные выйдут из строя немедленно, и будут нуждаться в амбулаторном лечении. Личный состав возвращается в строй в течение от одной недели до полутора месяцев.

**Вторая степень** - поражения средней тяжести. Таким поражениям присущи повреждения внутренних органов (чаще легких), которые проявляются в умеренных кровотечениях изо рта, носа, ушей; повреждения опорно-двигательного аппарата (разрывы связок, сухожилий, переломы костей). Все пораженные нуждаются в стационарном лечении. Лечение в большинстве случаев заканчивается выздоровлением. В течение 2-3 месяцев в строй возвращается большинство пострадавших.

**Третья степень** - тяжелые поражения. У пораженных наблюдаются все признаки второй степени, но в более выраженной форме; кроме того - потеря сознания от нескольких часов до нескольких суток. Для сохранения жизни таким пораженным требуется проведение комплекса лечебных мероприятий; исход заболевания сомнительный, смертность может достигать 30%. Возможно возвращение в строй 15-30% пострадавших через 4-8 месяцев.

**Четвертая степень** - крайне тяжелые поражения, когда наблюдаются резкие нарушения жизненно важных функций организма, сопровождающиеся потерей сознания, расстройством кровообращения и дыхания. Такие поражения заканчиваются смертельным исходом, как правило, в первые сутки.

Поражающее действие СВЕТОВОГО ИЗЛУЧЕНИЯ определяется световым импульсом, т. е. количеством световой энергии, падающей на единицу площади, перпендикулярной направлению излучения, за все время свечения источника. Поражение личного состава световым излучением характеризуется ожогами различной степени тяжести открытых и защищенных обмундированием участков кожи, а также поражением глаз. Ожоги могут быть непосредственно от светового излучения или от пламени, возникающего при возгорании различных материалов. Различают четыре степени ожогов.

**Ожег первой степени** - сопровождается болезненным покраснением кожи и некоторой отеком. Заживают такие ожоги сравнительно быстро.

**Ожег второй степени** - характеризуется образованием пузырей и требует специального лечения.

**Ожег третьей степени** - сопровождается образованием язв, омертвением кожи и требует длительного лечения.

**Ожег четвертой степени**, характеризуется омертвением (обугливанием) кожи и более глубоко лежащих тканей. При лечении пораженных с такими симптомами необходима пересадка кожи.

Поражающее действие ПРОНИКАЮЩЕЙ РАДИАЦИИ на организм человека обуславливается биологическим действием ионизирующего излучения, в результате этого нарушаются различные жизненные процессы в организме, что приводит к заболеванию лучевой болезнью.

В связи с тем, что все поражающие факторы ядерного взрыва действуют почти одновременно, у людей чаще всего будут наблюдаться **комбинированные поражения** - сочетание ранений, ожогов, контузий с поражениями от проникающей радиации и радиоактивных веществ. Такие поражения протекают, как правило, тяжело. Травмы и ожоги осложняют течение лучевой болезни, способствуют более быстрому ее развитию. В свою очередь радиационные поражения утяжеляют лечение ран и ожогов даже при сравнительно небольших дозах радиации. При боевых действиях войск на зараженной местности возможно попадание радиоактивных веществ в раны и на ожоговые поверхности человека, что создает опасность получения дополнительных доз облучения.

Комбинированные поражения подразделяются на **смертельные, крайне тяжелые, тяжелые, средней тяжести и легкие**. При комбинированных поражениях **средней тяжести** личный состав выходит из строя и нуждается в госпитализации; при **легких** комбинированных поражениях

боеспособность личного состава сохраняется.

## 2. Шок и противошоковые мероприятия

Опасным последствием тяжелых ранений и закрытых повреждений является травматический шок. Его развитию способствуют болевая импульсация, кровопотеря, нарушение дыхания, повреждение жизненно важных органов.

В течение травматического шока различают фазы возбуждения и угнетения. Первая фаза кратковременна и часто не фиксируется медицинским персоналом. Этот период наступает вслед за травмой и характеризуется общим возбуждением, страхом пострадавшего, бледностью кожных покровов, нормальным или повышенным артериальным давлением.

В фазу угнетения происходит снижение деятельности всех функций органов и систем. Пострадавший резко заторможен, безразличен к окружающему, кожные покровы бледные и холодные на ощупь, отмечаются цианоз губ, неподвижный взгляд. Пульс частый и слабый, болевые реакции снижены.

В период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. шок развивался у 10% раненых. В условиях войны с применением оружия массового поражения возможно увеличение его частоты, которая может составить 20–30% от числа пораженных.

Возникновению шока способствуют несвоевременное оказание медицинской помощи, плохая иммобилизация, тяжелые условия транспортирования, перегревание или переохлаждение и другие неблагоприятные факторы.

В целях предупреждения развития травматического шока при оказании первой помощи на поле боя следует быстро остановить кровотечение, произвести при необходимости реанимационные мероприятия, наложить первичную повязку, осуществить иммобилизацию поврежденной области в случае перелома, ввести обезболивающее средство из шприц-тюбика при тяжелых повреждениях, быстро и бережно вынести и осторожно эвакуировать раненых. Важно не допускать их переохлаждения. Если у пострадавшего не повреждены внутренние органы, его следует напоить горячим чаем, водой, дать 50–100 мл водки.

При шоке первая помощь тем эффективней, чем раньше она оказана.

## 3. Использование индивидуальных средств медицинской защиты и подручных средств первой медицинской помощи при ожогах и травмах

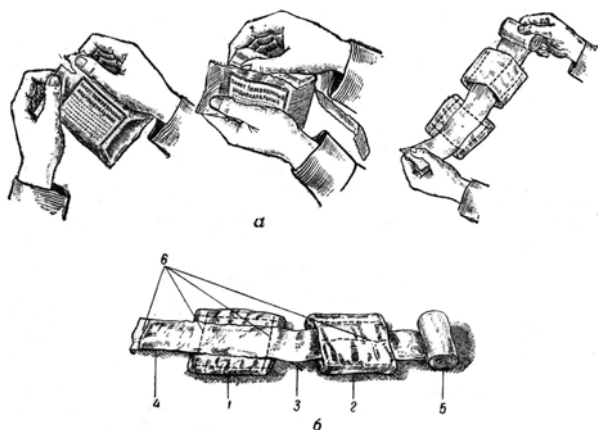


Рис. 1. Индивидуальный перевязочный пакет и порядок его вскрытия:

а – порядок вскрытия пакета; б – пакет в развернутом виде; 1 – неподвижная подушечка; 2 – подвижная подушечка; 3 – бинт; 4 – начало бинта; 5 – головка бинта; 6 – цветные нитки.

**МАРЛЕВЫЕ БИНТЫ.** Наиболее распространенное перевязочное средство. Бинты изготавливают из отбеленной гигроскопической марли.

Скатанная часть бинта называется головкой, а свободный конец – начало.

Стерильные и нестерильные марлевые бинты, изготовленные промышленным способом, имеют, как правило, стандартные размеры: 7 см x 5 м, 10 см x 5 м, 14 см x 7 м, 16 см x 10 м. Бумажная упаковка стерильных бинтов вскрывается с помощью вклеенной в упаковку разрезной нити или методом перекручивания.

**ПАКЕТ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЙ ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ СТЕРИЛЬНЫЙ (ППИ)** предназначен для оказания само- и взаимопомощи на месте ранения. Пакет состоит из бинта и двух прошитых ватно-марлевых подушечек, 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.

**Порядок вскрытия пакета перевязочного индивидуального** (рис. 1):

- Наружную оболочку разрывают по имеющемуся надрезу.
- Извлекают булавку и перевязочный материал, упакованный в бумажную оболочку.
- Бумажную оболочку снимают с помощью разрезной нитки.
- Повязку разворачивают таким образом, чтобы не касаться руками тех поверхностей ватно-марлевых подушечек, которые будут прилегать к ране. Ватно-марлевые подушечки берут руками только со стороны прошитой цветными нитками.

**Применение пакета перевязочного индивидуального для оказания первой помощи:**

- Если повязку накладывают на одну рану, вторую подушечку следует уложить поверх первой (рис. 2 б).
- Если повязку накладывают на две раны, то подвижную подушечку отодвигают от неподвижной на такое расстояние, чтобы можно было закрыть обе раны (рис. 2 а).
- Подушечки удерживают на ранах с помощью бинта.
- Конец бинта закрепляют булавкой на поверхности повязки или завязывают.
- Наружную прорезиненную оболочку ППИ применяют для наложения окклюзионной повязки при проникающем ранении грудной клетки.

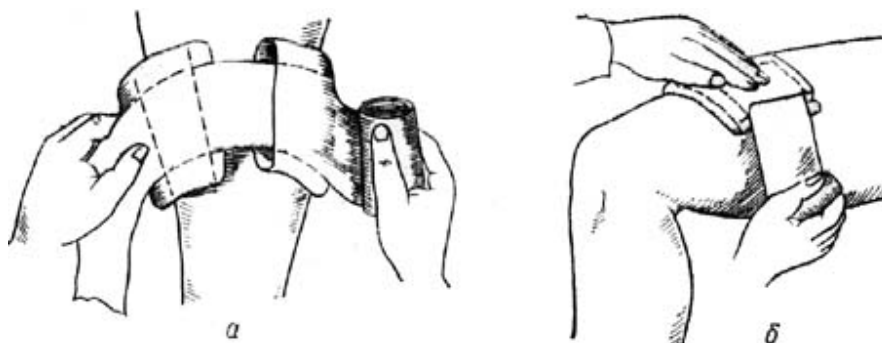


Рис. 2. Перевязка раны с применением пакета перевязочного индивидуального:  
а – перевязка двух ран; б – перевязка одной раны.

### **Общие правила наложения бинтовой повязки**

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

1. Больного следует уложить или усадить в удобное положение, чтобы бинтуемая область тела была неподвижна и доступна.

В случаях ранений головы, шеи, груди, верхних конечностей, если позволяет состояние раненого, повязку удобнее накладывать усадив пострадавшего. При ранении живота, области таза и верхних отделов бедра, повязка накладывается в положении лежа на спине, а таз пострадавшего следует приподнять, подложив под крестец сверток из одежды или скатку шинели.

2. Бинтуемая часть конечности должна находиться в положении, в каком 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 градусов к голени.

3. Бинтующий должен стоять лицом к больному, чтобы иметь возможность вести наблюдение за его состоянием и избегать ненужного травмирования при наложении повязки.

4. Ширина бинта выбирается соответственно размерам раны и бинтуемого сегмента тела.

5. Бинт раскатывают слева направо, против часовой стрелки. Головку 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.

6. Бинтование всегда производят от периферии к центру (снизу вверх).

7. Бинтование начинают с 2-3 закрепляющих туров (т.е. круговых витков) бинта. Закрепляющие туры накладываются на наиболее узкую неповрежденную область тела около раны.

8. Каждый последующий оборот бинта должен перекрывать предыдущий на половину или на две трети его ширины.

9. Бинт раскатывают не отрывая его головки от поверхности тела, что обеспечивает равномерное натяжение бинта на всем протяжении повязки.

10. Если бинт израсходован, а бинтование необходимо продолжить, тогда под конец бинта подкладывают начало нового и укрепляют круговым туром; затем бинтование продолжают.

11. Бинтование рекомендуется завершать 2-3 круговыми турами наложенными в проекции закрепляющих туров, с которых начиналось бинтование.

12. 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.

13. Узел, которым закреплен конец бинта не должен находиться: в проекции раны (другого повреждения), на затылочной и височной области, на спине, на подошвенной поверхности стопы, на ладонной поверхности кисти.

Правильно наложенная повязка должна быть аккуратной, экономичной, полностью закрывать перевязочный материал наложенный на рану, не должна причинять больному беспокойства.

При оказании первой помощи на поле боя или на месте происшествия при несчастных случаях не всегда возможно полностью выполнить перечисленные правила бинтования. Однако, в любых условиях повязка должна быть наложена умело и качественно, чтобы оказывать лечебное воздействие.

#### ***Ошибки при наложении бинтовых повязок***

1. Если повязка наложена туго, либо давление туров бинта неравномерно в различных 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, нарушение кровообращения в результате сдавления повязкой 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 повязки. Повязку необходимо подбинтовать, либо сменить.

Следует отметить, что повязка получается более прочной, если первые закрепляющие туры накладывают на кожу предварительно смазанную клеолом.

3. При слабом натяжении бинта повязка быстро сползает. Это обычно бывает, когда из-за неправильного положения пострадавшего во время бинтования, мышцы поврежденной части тела находятся в напряженном состоянии, что увеличивает ее объем. При расслаблении мышц, возникает несоответствие повязки объему поврежденной части тела. В этом случае повязку рекомендуется сменить.

## **4. Лучевые поражения**

Лучевая болезнь может возникать у человека в результате воздействия проникающей радиации в момент ядерного взрыва, при нахождении его на зараженной территории и при попадании внутрь радиоактивных веществ. В зависимости от величины полученной дозы принято различать 4 степе-

ни тяжести острой лучевой болезни.

### ***Степени тяжести острой лучевой болезни***

1 СТЕПЕНЬ - легкая, возникает при дозах облучения от 100 до 200 р.

2 СТЕПЕНЬ - средней тяжести, дозы облучения составляют 200-300 р.

3 СТЕПЕНЬ - тяжелая, возникает при дозах от 300 до 500 р.

4 СТЕПЕНЬ - крайне тяжелая, возникает при дозах от 500 р. и выше.

**ЛЕГКАЯ БОЛЕЗНЬ:** симптомы первичной реакции выявляются спустя три часа после облучения в виде не резко выраженной тошноты, общей слабости, головной боли, иногда рвоты. Скрытый период поражения продолжается до 3-4 недель. Затем могут наблюдаться изменения в крови с возможными инфекционно-септическими осложнениями.

**СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ:** первичная реакция появляется значительно раньше. Появляется общая слабость, тошнота, повторяющаяся рвота, температура тела повышается до 37,2-37,5 С. К концу 2-х суток наступает скрытый период, а через 3 недели наступает разгар болезни. Период восстановления трудоспособности длится 3-6 месяцев.

**ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ** первичная реакция развивается еще быстрее. Появляются покраснения слизистых оболочек глаз, выраженная общая слабость, головокружение и головная боль, тошнота и многократная рвота; температура тела повышается до 38 С. Иногда может быть кратковременная потеря сознания. Через 2-3 суток самочувствие улучшается, однако общая слабость остается. Скрытый период продолжается 1-2 недели, после чего наступает разгар болезни и самочувствие больного ухудшается. Температура тела повышается до 39-40 С.. Период восстановления протекает медленно, волнообразно, характеризуется утомляемостью, раздражительностью, нарушением сна.

**КРАЙНЕ ТЯЖЕЛАЯ СТЕПЕНЬ** протекает с ярко выраженными признаками поражения всего организма, которые проявляются уже через 10-30 минут после облучения: многократная, неукротимая рвота, резкая слабость, мучительная головная боль, повышение температуры тела до 39 С.; отмечаются желудочно-кишечные расстройства. При действии радиоактивных веществ на открытые кожные покровы и слизистые оболочки глаз у человека могут возникать радиационные ожоги. В тяжелых и крайне тяжелых случаях лучевой болезни развиваются инфекционные осложнения. Наиболее характерны тяжелые ангины, воспаление десен, слизистой оболочки рта, легких, тонкий и толстый кишечник. Возрастает проницаемость кишечной стенки, в результате чего в кровь попадают токсичные продукты и микробы. Общее состояние больного ухудшается, возникают лихорадка, выраженная слабость. Как результат инфекции и общего отравления продуктами распада появляются заторможенность, спутанность. Уменьшается количество кровяных пластинок и увеличивается проницаемость сосудистой стенки, что ведет к появлению множественных кровоизлияний в кожу и слизистые оболочки. Возможны кровотечения носовые, из десен, желудочно-кишечные, в мочевыводящие пути, а также кровоизлияния в мозг, глаза.

Тяжелые инфекционные осложнения, воспаления слизистых оболочек ротовой полости и верхних дыхательных путей, массивные кровоизлияния и кровотечения, интоксикация продуктами распада тканей, малокровие, заражение крови вынуждают пораженных с лучевой болезнью II-IV степени тяжести соблюдать постельный режим. У них могут развиваться расстройства сердечно-сосудистой деятельности и неврологические нарушения.

Период восстановления начинается по мере нормализации кроветворения. Это сопровождается снижением и нормализацией температуры, уменьшением и прекращением кровоточивости. У больного восстанавливаются двигательная активность, аппетит, постепенно и другие функции организма, волосяной покров, деятельность нервной системы.

### ***Мероприятия, предупреждающие развитие острой лучевой болезни***

Для ослабления действия проникающей радиации на организм человека используют радиопротектор (РС), защитное действие которого проявляется при приеме перед облучением. Препарат имеется в аптечке индивидуальной у каждого военнослужащего, рекомендуется для однократного приема в дозе 1,2 г (содержание одного пенала). Таблетки РС необходимо запить водой и проглотить не разжевывая. Действие препарата начинается через 30-60 минут после приема и продолжается в течение 4-6 ч. В аптечке имеется также средство для профилактики первичной реакции на облучение, 1 таблетка которого принимается сразу после облучения по команде командира.

## **5. Предупреждение радиационных поражений**

---

Предупреждение возникновения острой лучевой болезни и радиационных ожогов кожи достигается использованием индивидуальных средств защиты органов дыхания и кожи, организацией режима правильного поведения людей на радиоактивно зараженной местности и своевременным оказанием медицинской помощи.

От попадания радиоактивных веществ в органы дыхания и пищеварения при нахождении на зараженной местности надежно защищает противогаз, а при его отсутствии надо использовать респиратор Р-2, противопылевую тканевую маску или ватно-марлевую повязку. Средством защиты кожных покровов может быть обычная одежда, наглухо застегнутая на все пуговицы и крючки. Глаза могут быть защищены с помощью очков-консервов.

После вывода пострадавших из опасной зоны организуется их помывка со сменой одежды и дозиметрический контроль. По возможности, всем дают выпить адсорбирующие средства - адсорбар или активированный уголь. При невозможности организовать помывку пострадавших следует промыть слизистые и открытые кожные покровы водой, снять верхнюю одежду. Пострадавших с тяжелой и крайне тяжелой степенями поражения необходимо срочно направлять в лечебное учреждение.

## **6. Острые психические реакции при ядерном взрыве**

---

Специфическими патологиями поражения личного состава при ядерном взрыве являются психоневрологические стрессы, шок, ступор. Примерно 10-15% пораженных от ядерного взрыва дополнительно нуждается в стационарном лечении в психоневрологических лечебных учреждениях и не менее 50%- в амбулаторно-поликлинических условиях.

После нанесения ядерного удара противником первоочередной задачей должно стать выявление пострадавших с психомоторным возбуждением, обеспечение безопасности их и окружающих, ликвидация обстановки растерянности, исключение возможности возникновения массовых панических реакций. Спокойные, уверенные действия лиц, оказывающих помощь, имеют особенно большое «успокаивающее» значение для той части военнослужащих, у которой будут иметь место психические реакции.

Следует помнить ряд важных особенностей обращения с пораженными, имеющими нарушения психической деятельности. В первую очередь необходимо обеспечить безопасность для самого больного и окружающих его лиц. В связи с этим необходимо ликвидировать обстановку растерянности, паники, нездорового любопытства. Необходимо убрать от больного оружие, колющие и режущие предметы.

Следует подчеркнуть, что своевременно начатое лечение пораженных с реактивными психозами быстро приводит к обратному развитию психоза. Поэтому здесь важна роль своевременной эвакуации пораженных в лечебное учреждение.

Все лица с нарушением сознания, мышления, с двигательным беспокойством, выраженной депрессией после оказания 1-й врачебной помощи подлежат направлению в психоневрологический стационар. Особую группу составляют пострадавшие, у которых наряду с основным поражением (травмой, ожогом, интоксикацией, радиационным поражением) имеются и психические расстройства. Они должны эвакуироваться в соответствующие профилированные учреждения после оказания им необходимой помощи, направленной на ликвидацию (профилактику) нервно-психических нарушений.

Пострадавшие с выраженной симптоматикой при отсутствии отчетливых нарушений сознания, мышления, двигательной сферы, эмоциональных расстройств могут задерживаться на 1-м этапе медицинской эвакуации на короткий срок (до суток) для врачебного наблюдения. В случае выздоровления (улучшения состояния) они возвращаются к выполнению обычных обязанностей. Выделение этой группы чрезвычайно важно, так как личный состав возвращается в строй.

## 7. Обучение выполнению нормативов № 6, 9

### Норматив № 6 – Надевание шлем-маски противогаза на «пораженного»

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: Обучаемый в противогазе лежит около «пораженного» со стороны его головы. Противогаз у «пораженного» в походном положении.

По команде: «**К выполнению норматива - Приступить**» обучаемый надевает противогаз на «пораженного».

Время отсчитывается от команды до завершения надевания противогаза.

Наименование норматива	Условия (порядок) выполнения норматива		
НАДЕВАНИЕ ШЛЕМ-МАСКИ ПРОТИВОГАЗА НА «ПОРАЖЕННОГО»	1. стать на колени у головы пораженного сзади и положить ее удобно себе на колени; 2. вынуть шлем-маску из сумки; 3. обеими руками взять шлем-маску за края так, чтобы большие пальцы были снаружи, а остальные внутри маски; 4. растянуть маску, нижнюю часть прислонить к подбородку и резким движением обеих рук к себе и вверх надеть на подбородок, потом на голову пораженного, чтобы не было складок, а стекла располагались против глаз.		
ОЦЕНКА ПО ВРЕМЕНИ:			
Категория обучаемых	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно
Военнослужащие	10 с	11 с	13 с
ОШИБКИ, СНИЖАЮЩИЕ ОЦЕНКУ:			
На один балл	1. шлем-маска надета не полностью, очки не приходятся против глаз; 2. соединительная трубка перекручена.		
До неудовлетворительно	1. допущено образование складок, при которых наружный воздух может проникнуть под шлем-маску.		

### Норматив № 9 – Извлечение «раненого» из БТР

ИСХОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: Обучаемые построены в 2-х м от БТР. «Раненый» находится в БТР. Крышки люков закрыты. Извлечение проводится через левый (правый) люк запасного выхода.

По команде «**К выполнению норматива - Приступить**» обучаемые извлекают «раненого» из БТР.

Время отсчитывается с момента открывания крышки люка до опускания «раненого» на землю в 3-х м от БТР.

Наименование норматива	Условия (порядок) выполнения норматива		
ИЗВЛЕЧЕНИЕ «РАНЕНОГО» ИЗ БТР	1. один из обучаемых через верхний (десантный) люк проникает внутрь БТР, открывает крышку люка запасного выхода (левую или правую) и подает «раненого» головой вперед; 2. двое других обучаемых принимают «раненого» оттаскивают его от БТР не менее чем на 3 м и опускают его на землю.		
ОЦЕНКА ПО ВРЕМЕНИ:			
Категория обучаемых	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно
Личный состав подразделений охраны в составе 3-х человек	34 с	37 с	44 с
ОШИБКИ, СНИЖАЮЩИЕ ОЦЕНКУ:			
На один балл	1. допущены несогласованные действия обучаемых; 2. нарушена последовательность выполнения норматива.		