Министерство образования и науки Российской Федерации

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Российский государственный профессионально-педагогический университет»

Институт социологии и права

Кафедра права

Контрольная работа

по дисциплине: Основы медицинских знаний и здорового образа жизни

Вариант № 2

Выполнил: студент

группа Вт 413 Ю

Лиханов М.А.

Екатеринбург, 2012

Содержание

Виды кровотечений

Способы остановки кровотечений

Шок

Асфикция

Кома

Повязки на конечности

Список используемой литературы

Виды кровотечений

Большинство травм, как правило, сопровождаются нарушениями кровообращения. Сюда можно отнести и различного рода кровотечения. Кровотечения принято делить на артериальные, венозные и капиллярные.

Артериальные кровотечения

Данный вид кровотечений характеризуются сильным кровотечением, бьющим чаще всего фонтаном алого цвета. Как правило, артериальное кровотечение совпадает с ритмом работы сердца, а такой алый цвет крови придает содержащейся в ней в большом количестве кислород.

Артериальное кровотечение относится к самым опасным видам кровотечений, так как за короткое время организм может потерять большое количество крови, что неизбежно приведет к гибели организма. Все артериальные сосуды расположены глубоко под мышцами, поэтому для возникновения артериального кровотечения необходимо очень сильное повреждение.

Венозные кровотечения

Как и артериальные характеризуются сильной потерей крови. Кровь выглядит более темной, так как в ней содержится намного меньше кислорода, чем в артериальной крови. Истечение происходит равномерно без пульсации.

Повреждение венозных сосудов встречается намного чаще, чем артериальных, так как венозные сосуды расположены анатомически «выше» артериальных. Есть исключения, когда крупные венозные сосуды находятся в глубоких тканях и располагаются параллельно артериям.

Капиллярные кровотечения

Такие кровотечения случаются довольно часто, так как капилляры пронизывают практически каждый квадратный сантиметр организма. Поэтому при повреждении любой части организма (даже если это травма средней степени) может возникнуть капиллярное кровотечение. Выглядит это как «синяк», или как поверхностная рана с поверхности, которой медленно течет кровь. Такие кровотечения, как правило, не требуют немедленной помощи, так как организм в состоянии сам справится и остановить кровотечение путем образования тромбов в поврежденных капиллярах.

При травмах, сопровождающихся большой площадью повреждения поверхности тела, повреждается значительное количество капилляров и это приводит к более сильному количественному кровотечению, которое может быть опасным.

Способы остановки кровотечений

Остановка кровотечений бывает:

) Временная остановка - артериальное кровотечение: жгут, закрутки, максимальное сгибание конечностей, прижатые пальцем артерии выше места ее повреждения.

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

Нижнечелюстная артерия - прижимают большим пальцем к нижней челюсти при кровотечении из ран, расположенных на лице.

Общая сонная артерия - прижимают к позвонкам на передней поверхности шеи сбоку от гортани. Затем накладывают давящую повязку, под которую на поврежденную поверхность артерии накладывают плотный валик бинта или ваты.

Подключичная артерия - прижимают к первому ребру под 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 подмышечную артерию к головке плечевой кости, для того, 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 непосредственно к подлежащей кости в области запястья у большого пальца при повреждении артерий кисти.

Бедренную артерию прижимают в паховой области и лобковой кости путем сдавливания сжатым кулаком (это делают при повреждении бедренной артерии в средней и нижней трети).

При артериальном кровотечении из раны, расположенной на голени или стопы, прижимают подколенную артерию в области подколенной ямки, для того большие пальцы кладут на переднюю поверхность коленного сустава, а остальными прижимают артерию и кости.

Выполнив пальцевое прижатие сосуда, надо быстро наложить, где это возможно, жгут или закрутку и стерильную повязку на рану.

Применение давящей повязки при венозном кровотечении

Способ прижатия артерии костями конечностей - максимальное прижатие суставом, выше места кровотечения.

Наложение жгута (закрутки) - основной способ временной остановки кровотечения. Жгут Эсмарха - это резиновая лента или трубка, с одной стороны цепочка с крючком, а с другой стороны цепочка с крупными звеньями (длина - 1, 25). Накладывается жгут только на одну кость (плечо, бедро).

Порядок наложения жгута:

стараемся обескровить конечность, путем поднятия ее вверх на 3 минуты. Одновременно применяется пальцевое прижатие артерии к кости, затем максимально сгибаем конечность в плечевом или тазобедренном и т.д. суставе с одномоментным наложением под сгибательную поверхность тугого валика;

берем подкладку (марля, салфетка, полотенце, одежда) и обматываем конечность выше места повреждения (там, где одна кость);

наматываем жгут следующим способом:

жгут подводится под конечность, сильно растягивается, и не уменьшая натяжения делается первый тур вокруг конечности, так чтобы получился нахлест;

делаем последующие туры с постепенным ослаблением натяжения жгута;

фиксируем жгут цепочкой и крючком.

опускаем конечность и укрываем чем-нибудь теплым;

оставляем записку о времени наложения жгута;

больной сдается врачу и обязательно предупреждается, что у больного жгут.

Накладывать жгут зимой на 30 мин., летом 90 минут. При транспортировке на дальнее расстояние жгут надо распускать с конечности до возобновления кровотечения. Далее пальцевое прижатие и повторное наложение жгута. Рядом с культей (при отрыве конечности) жгут накладывать нельзя (накладывается выше). Жгут накладывается не ближе 20 см от раны.

Признаки правильного наложения жгута:

) Прекращение кровотечения.

) Отсутствие пульсации на дистальных отделах конечностях.

) Конечность бледная, холодная.

Если жгут слабо наложен, признаки отсутствуют.

Если будут сильные жгучие боли, необходимо его ослабить. Происходит сильное сдавление нервного пучка, что может привести к парезу конечности.

Если жгут лежал более 4 часов, наступает травматический токсикоз или синдром длительного сдавливания.

) Окончательная остановка кровотечения - это способ, который предполагает, что кровотечение не возобновится.

Способы остановки кровотечений

Механический способ - наложение лигатуры (нитки) на кровоточащий сосуд или обкалывание этого места, зажим сосуда или перевязка его в ране.

перевязка сосуда выше места кровотечения;

зажим на сосуд;

зашита сосуда;

шунтирование сосуда;

Физический способ:

электрокаогуляция (прижигание);

лед на рану;

Химический способ - медицинские препараты:

адреналин в лунку зуба или в полость носа на тампоне;

тампон с перекисью водорода;

хлористый кальций 10% - 5-10 мл в/в;

% хлорид кальция 100-200 мл, в/в;

хлорид натрия 20% или 10% - 20-40-60 мл, в/в;

% желатин в/в;

викасол 1% или витамин К в/м;

аминокапроновая кислота%% - 100 мл в/в;

протамин сульфат 1% - 5 мл;

жидкий экстракт водяного перца;

Биологический способ:

переливание крови - прямое;

переливание плазмы - сухой замороженной;

компоненты крови - эритроциарная масса, взвесь, тромбоцитарная масса;

гемостатическая губка;

· фибриновая пленка - при обширных ожогах.

Остановка кровотечения при незначительных повреждениях и кровотечении осуществляется путем тугого бинтования.

Шок

Геморрагический шок - это реакция организма на травмирующий фактор (более 10 минут).

Геморрагический шок развивается при быстрой потери большого количества крови. Это внезапно наступающее тяжелое состояние организма в результате которого страдают все функции организма, особенно жизневажные: пульс, АД, температура, мочеотделение, вид кожи. Кровопотери до 15% на организме не отражается, от 15% до 25% - появляются признаки геморрагического шока. При шоке сознание сохранено.

Травматический шок - тяжелый процесс, развивающийся в ответ на травму и касается всех органов и систем организма, в первую очередь кровообращения. В основе возникновения шока лежит гемодинамический фактор (уменьшение объема циркулирующей крови) - в результате вытекания ее из сосудистого русла и депонирования. Наряду с этим может быть повреждение внутренних органов. В отличие от коллапса (обморок) травматический шок протекает в форме фазового процесса.

Симптомы. В начальном периоде шока, особенно если перенапряжение, пострадавший может быть возбужден, эйфоричен, не сознавать тяжести своего состояния и полученных повреждений - эректильная фаза. Затем наступает - торпидная фаза: пострадавший становится заторможенным, апатичным. Сознание сохранено, кожные покровы и видимые слизистые бледные.

Различают степени шока:степень - явных нарушений геодинамики может и не быть, АД не снижено (120/80), пульс учащен.степень - АД снижено до 90-100 мм. рт. ст., пульс учащен, периферические вены спавшиеся.степень - тяжелое состояние, АД - 60/80, пульс частый до 120 ударов в мин., резкая бледность кожи, холодный липкий пот.степень - состояние крайне тяжелое. Сознание становится спутанным и угасает. На фоне бледности кожных покровов появляется рисунок на коже (цианоз), АД ниже 60, пальпируется пульс только на крупных сосудах.

Асфикция

Асфи́ксия (asphyxia; греч. отрицательная приставка а- + sphyxis пульс; синоним удушье)

остро или подостро развивающееся и угрожающее жизни патологическое состояние, обусловленное недостаточностью газообмена в легких, резким снижением содержания в организме кислорода и накоплением углекислоты.

Наиболее часто А. развивается при тяжелых нарушениях системы внешнего дыхания. Непосредственными ее причинами являются механические препятствия прохождению воздуха через дыхательные пути при их сдавлении извне (например, при удушении), значительном сужении, вызванном каким-либо патологическим процессом (опухолью, воспалением или отеком гортани), в случаях западения языка при бессознательных состояниях, спазма голосовой щели или мелких бронхов (например, при приступе бронхиальной астмы). Нередко А. обусловлена попаданием в просвет дыхательных путей различных инородных тел, аспирацией пищевых и рвотных масс, крови, воды (при утоплении), околоплодной жидкости (при преждевременном появлении дыхательных движений у плода).

Иногда А. возникает в результате резкого уменьшения дыхательной поверхности легких при заполнении альвеол отечной жидкостью, экссудатом (при обширных пневмониях), разрушении значительной части легочной ткани вследствие какого-либо патологического процесса (туберкулез, опухоль). Причиной А. могут стать факторы, препятствующие расправлению альвеол во время вдоха: пневмоторакс, гидроторакс, гемоторакс, а также внешние воздействия, затрудняющие дыхательные экскурсии (травмы, сдавление грудной клетки землей, тяжелыми предметами). В некоторых случаях А. развивается в результате непосредственного поражения дыхательной мускулатуры воспалительного или дистрофического характера, особенно при расстройствах ее иннервации. Последние могут быть связаны с нарушением проведения возбуждения в периферических нервно-мышечных синапсах и соматических нервах, поражением мотонейронов, иннервирующих дыхательные мышцы, и бульбоспинального тракта. Эти нарушения возникают при интоксикациях нервно-паралитическими ядами, системных поражениях синаптических процессов (например, при миастении), повреждениях диафрагмальных и межреберных нервов, патологических процессах в спинном мозге (например, при сирингомиелии, рассеянном склерозе, полиомиелите). Нередко причиной А. являются расстройства функции дыхательного центра, вызванные непосредственным его повреждением (травма, кровоизлияние, опухоль, передозировка наркотических и снотворных средств и другие экзо- и эндогенные интоксикации, гипоксия, гипотермия и др.). Гиповентиляционные состояния, приводящие к А., могут быть результатом рефлекторного торможения дыхательного центра (например, при резком раздражении рецепторов верхних дыхательных путей), болевых ощущений, связанных с дыхательными экскурсиями (при множественных переломах ребер, двустороннем плеврите, межреберной невралгии и др.).

Асфиксия может развиться и при интактной системе внешнего дыхания в случаях пребывания в атмосфере с недостаточным содержанием кислорода и избытком углекислого газа, например при длительном нахождении в тесных замкнутых помещениях, при неисправности систем регенерации воздуха в различных производственных условиях, в шахтах, колодцах и др.

Патофизиологические изменения, характерные для А., определяются прежде всего гипоксией, действием избытка углекислоты и ацидозом. В начальных стадиях А. вызывает раздражение хеморецепторов синокаротидной, кардиоаортальной зон, рецепторных структур ретикулярной формации ствола мозга; при этом в организме развивается ряд реакций защитно-приспособительного характера. По мере углубления А. нарастают проявления разнообразных расстройств. Принято различать несколько стадий (фаз) А. Первая стадия характеризуется усиленной активностью дыхательного центра и сердечно-сосудистой системы; в сфере вегетативной регуляции наиболее выражены симпатические эффекты: наблюдается повышение АД, учащение и усиление сердцебиений, мобилизация депонированной крови. Во второй стадии преобладают парасимпатические эффекты: происходит урежение дыхательных циклов, отмечается брадикардия (вагус-пульс), снижается АД. В третьей стадии обычно наблюдается резкое возбуждение ядер блуждающего нерва: часто возникает временное прекращение дыхания (так называемая претерминальная пауза), АД быстро падает, нарушается сердечный ритм, угасают рефлексы, утрачивается сознание. В четвертой (терминальной) стадии появляются редкие судорожные «вздохи» - так называемое терминальное дыхание (агональное, или гиспинг-дыхание), которое обычно продолжается в течение нескольких минут, но иногда и значительно дольше. Часто возникают судороги, непроизвольные мочеиспускание и дефекация. Смерть от А. обычно наступает вследствие паралича дыхательного центра.

Клиническая картина и скорость развития А. зависят от вызвавшей ее причины. Если А. обусловлена первичным угнетением дыхательного центра, первая стадия отсутствует; при утоплении уже в первой стадии происходит задержка дыхания, в дальнейшем наблюдаются редкие дыхательные экскурсии. Общая продолжительность А. от ее начала до наступления смерти может колебаться в довольно широких пределах: от 5-7 мин при внезапном полном прекращении дыхания до нескольких часов и более (например, при нахождении в замкнутом пространстве или при поражениях нервной системы).

Наблюдающиеся при А. психические расстройства зависят от вызвавшей ее причины. При самоповешении после выведения из бессознательного состояния у пострадавшего отмечаются различные виды амнезии - антероградная, антероретроградная, фиксационная (см. Память <http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\_medicine/22243/%D0%9F%D0%B0%D0%BC%D1%8F%D1%82%D1%8C>), иногда возникают психические расстройства, напоминающие Корсаковский синдром <http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\_medicine/15047/%D0%9A%D0%BE%D1%80%D1%81%D0%B0%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9>; обычно эти расстройства носят обратимый характер. При А., обусловленной острым отравлением окисью углерода, с развитием комы, после выведения из комы у пострадавшего возникает расстройство, напоминающее алкогольное опьянение; одновременно отмечаются различные нарушения памяти (ретроградная и фиксационная амнезия). При А., возникшей от недостатка кислорода, снижается острота восприятий, нарушается оценка времени и пространственных отношений. У одних пострадавших преобладает эйфория со снижением критики к своему состоянию, у других - отмечаются вялость, безразличие или, наоборот, возбуждение, раздражительность. Может наступить внезапная потеря сознания.

Лечебные мероприятия при А. направлены на устранение вызвавшей ее причины, поддержание жизненно важных функций, борьбу с последствиями гипоксии, гиперкапнии и ацидоза.

Кома

Человек в коме находится в бессознательном состоянии, он не реагирует на голос, другие звуки и вообще все, что происходит вокруг него. Это состояние не имеет ничего общего со сном. Организм при этом все еще жив и функционирует, но мозг находится на самой последней ступени бдительности. Его невозможно разбудить или как либо побеспокоить.

Состояние комы длится, как правило, не дольше нескольких недель (хотя бывают виды комы, когда больной в коме пребывает по нескольку месяцев, а иногда и лет). Рекордом пребывания в коме на сегодняшний день считается 37 лет. Некоторые люди сами приходят в себя, когда мозговая деятельность организма восстановлена, кому-то требуется курс различных форм восстановительной терапии для выведения из комы. Иногда, если мозг получил особенно серьезную травму, человек может выйти из комы, но мозг может восстановить, лишь самые основные функции. В таком состоянии, называемом вегетативным, все когнитивно-неврологические функции утрачены. Человек может самостоятельно дышать, спать и даже с посторонней помощью принимать пищу, но поскольку познавательная часть их мозга утрачена они не могут реагировать на окружающую среду. Вегетативное состояние может длиться годами.

Что может стать причиной комы

Причины, вызывающие кому могут быть различны:

Серьезное повреждение головы и головного мозга

Инфекции, поражающие мозг

Повреждение мозга, вызванное недостатком кислорода в течение длительного времени

Передозировка некоторых видов лекарств или наркотиков

Сильное алкогольное отравление <http://simptom.net/disease/travmy\_otravleniya\_i\_drugoe\_vneshnee\_vozdejstvie/alkogolnoe\_otravlenie/>

Инсульт

Когда одна из этих причин происходит, определенные клетки головного мозга разрушаются или перестают работать и человек теряет сознание, впадая в кому.

Виды комы:

Собственно в медицине разновидности коматозного состояния принято классифицировать на 15 степеней. От человека полностью в сознание - это 15 степень, до самого глубокой комы - 1ой степени. На практике же, при непосредственном лечении больных в состоянии комы, разделяют всего 3 различных состояния:

Глубокая кома

Больной не приходит в себя, не открывает глаза, не издает ни каких звуков, отсутствует всякая моторика (не реагирует на болевые раздражители), не реагирует на голос и все что происходит вокруг.

Кома (самый распространенный вид комы)

Больной не приходит в себя, но может спонтанно открывать глаза или издавать бессвязные звуки в ответ на внешнее воздействие. Присутствует децеребрационная ригидность - спонтанная реакция мышц на внешнее воздействие (сгибание суставов, подергивание).

Поверхностная кома

Больной без сознания, но открывает глаза в ответ на голос. Может произносить слова или отвечать на вопросы, но речь при этом бессвязная. Присутствует децеребрационная ригидность (см. выше).

Повязки на конечности

кровотечение кома шок асфиксия

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 (рис. 158). 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.

Колосовидная повязка на первый палец стопы (рис. 159). 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.

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 возвращающими 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 (рис. 160). 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 (рис. 162). Заканчивают повязку круговыми турами над лодыжками.



Крестообразная(восьмиобразная) повязка на стопу (рис. 161). 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.



Повязка на пяточную область (по типу черепашьей) (рис. 162). 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 (рис. )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.

Колосовидная восходящая повязка на стопу (рис. 163). 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 (рис 164 а, б). 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.

Косыночная повязка на пяточную область и голеностопный сустав (рис. 164в). Косынку укладывают на подошвенную поверхность стопы. Основание косынки расположено поперек стопы. Верхушка расположены 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 (рис.165). 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.

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.

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 (рис. 167а,б). 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 (рис. 168в). Бинтование начинают закрепляющими круговыми турами через наиболее выстоящую 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.

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.

Повязки на культи конечностей

Накладываются при отрывах различных частей верхней и нижней конечностей, заболеваниях и повреждениях культей плеча и предплечья, бедра и голени. При бинтовании культи конечности применяют технику возвращающейся повязки. Культи конечностей обычно имеют конусовидную форму, поэтому повязки удерживаются плохо и требуют дополнительного укрепления.

Ширина бинта - 10-14 см.

Техника наложения возвращающейся повязки (рис. 168). Бинтование начинают закрепляющими круговыми турами в верхней трети пострадавшего сегмента конечности. Затем удерживают бинт первым пальцем левой руки и делают перегиб на передней поверхности культи. Ход бинта ведут в продольном направлении через торцевую частью культи на заднюю поверхность. Каждый продольный ход бинта закрепляют круговым ходом. Выполняют перегиб бинта на задней поверхности культи ближе к торцевой части и ход бинта возвращают на переднюю поверхность. Каждый возвращающийся тур фиксируют спиральными ходами бинта от торцевой части культи.



Если культя имеет выраженную конусовидную форму, то повязка получается более прочной, когда второй возвращающийся ход бинта проходит перпендикулярно первому и перекрещивается на торце культи с первым возвращающимся туром под прямым углом. Третий возвращающийся ход следует проводить в промежутке между первым и вторым.

Возвращающиеся ходы бинта повторяют до тех пор, пока культя не будет надежно забинтована.

Возвращающаяся повязка на культю предплечья (рис.169). Повязка начинается круговыми турами в нижней трети плеча, для предупреждения соскальзывания повязки. Затем ход бинта ведут на культю предплечья и накладывают возвращающуюся повязку. Бинтование завершают круговыми турами в нижней трети плеча.



Возвращающаяся повязка на культю плеча (рис. 170).Повязка начинается круговыми турами в верхней трети культи плеча. Затем накладывают возвращающуюся повязку, которую перед завершением укрепляют ходами колосовидной повязки на плечевой сустав. Завершают повязку круговыми турами в верхней трети плеча.

Возвращающаяся повязка на культю голени. Повязка начинается круговыми турами в верхней трети голени. Затем накладывают возвращающуюся повязку, которую укрепляют восьмиобразными ходами повязки на коленный сустав. Завершают повязку круговыми турами в верхней трети голени.



Возвращающаяся повязка на культю бедра. Повязка начинается круговыми турами в верхней трети бедра. Затем накладывают возвращающуюся повязку, которую укрепляют ходами колосовидной повязки на тазобедренный сустав. Завершают повязку круговыми турами в области таза.

Косыночная повязка на культю бедра (рис. 171). Середину косынки укладывают на торец культи, верхушку заворачивают на переднюю поверхность культи, а основание и концы косынки - на заднюю поверхность. Концы косынки обводят вокруг верхней трети бедра, формируя повязку, связывают на передней поверхности и фиксируют к узлу верхушку.

Аналогично накладываются косыночные повязки на культи плеча, предплечья и голени.

Повязки для верхних конечностей

Повязка пальца. Наиболее прочной является спиральная повязка. Сначала укрепляют бинт двумя-тремя циркулярными ходами в области запястья. Затем бинт ведут косо через тыл кости к концу больного пальца, откуда спиральными оборотами бинтуют весь палец до основания. Далее через тыл кисти бинт ведут снова на запястье, где его и закрепляют.

Повязка всех пальцев («рыцарская перчатка»). Если нужно забинтовать несколько пальцев, каждый в отдельности, то, забинтовав спирально один палец, ведут бинт по тыльной поверхности через запястье и бинтуют таким же образом следующий, пока не будут забинтованы все пальцы. На левой руке начинают повязку с мизинца, на правой-с большого пальца. Заканчивают повязку циркулярными ходами вокруг запястья.

Повязку на большой палец делают по типу колосовидной (восьмиобразной). Повязку начинают с двух -трех круговых ходов на запястье. Далее бинт ведут по тыльной поверхности большого пальца к его верхушке и полуциркулярным ходом охватывают ладонную поверхность этого пальца. Затем бинт ведут по тылу кисти к запястью и снова повторяют описанный восьмиобразный ход, с каждым разом опускаясь все ниже к основанию большого пальца. Закрепляют бинт на запястье.

Повязки на кисть накладывают по типу восьмиобразной. Если необходимо забинтовать кисть вместе с пальцами, то накладывают возвращающуюся повязку. Начинают ее с циркулярных ходов вокруг запястья. Затем бинт ведут по тылу кисти на пальцы и вертикальными ходами укрывают все пальцы с тыльной и ладонной стороны. Затем горизонтальными круговыми ходами, начиная с кончиков пальцев, забинтовывают всю кисть. Закрепляют повязку на запястье. Повязка на всю конечность. При необходимости наложить повязку на всю руку нужно пользоваться несколькими общими формами повязок. На пальцы накладывают повязку в виде перчатки, далее переходят на предплечье, где делают спиралевидную повязку с перегибами, в областилоктя накладывают черепашью повязку (при согнутой в локте конечности), в области плеча - спиральную. В верхней трети плеча переходят на колосовидную повязку.

Список используемой литературы

Агаджанян Н.А. и Алфимов А.И. Функции организма в условиях гипоксии и гиперкапнии, М., 1986, библиогр.;

Основы реаниматологии, под ред. В.А. Неговского, Ташкент, 1977;

Руководство по клинической физиологии дыхания, под ред. Л.Л. Шика и Н.Н. Канаева, Л., 1980; Рябов Г.А. Гипоксия критических состояний. М., 1988.