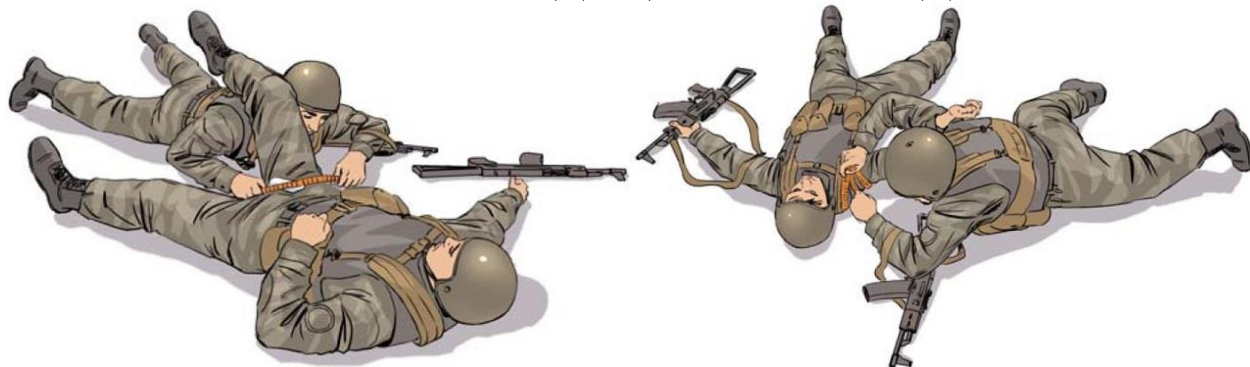




КРАТКИЙ СПРАВОЧНИК ПО СПЕЦИАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ ДЛЯ РАЗВЕДЫВАТЕЛЬНО- ДИВЕРСИОННЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ОСНОВЫ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОДГОТОВКИ



Краткий справочник по специальной подготовке для разведывательно-диверсионных подразделений. Основы военно-медицинской подготовки. – 3-е изд. «Дополненное и переработанное», 2022. – 118 с.

В пособии изложены:

в первой главе – табельные средства для оказания первой медицинской помощи (индивидуальный перевязочный пакет, войсковая аптечка, индивидуальная аптечка, индивидуальный комплект медицинской помощи ВДВ, аптечка первой помощи индивидуальная АППИ, аптечка первой помощи групповая АППГ, медицинский подсумок, набор первой помощи АИ-3-1ВС, набор первой помощи АИ-Н-2 «Спецназ», набор первой помощи АИ-Н-2 «Спасатель», аптечка индивидуальная носимая АИ-Н-4 АСС, аптечка индивидуальная носимая АИ-Н-4 «Горный Охотник» АСС;

во второй главе по восьмую главу – основы первой медицинской помощи в условиях проведения боевых действий (военно-медицинской подготовки).

Брошюра предназначена для членов и руководителей военно-спортивных и военно-патриотических клубов, преподавателям и инструкторам курсов военно-медицинской подготовки, курсантов военных училищ, солдатам, сержантам и младшим офицерам Военной Разведки СВ ВС МО РФ, Сп. Наз. ВДВ и ГУ ГШ МО РФ, Сп. Наз. МП ВМС ВС МО РФ, Сп. Наз. ССО МО РФ, Сп. Наз. ФСВНГ РФ, Сп. Наз. ФСБ РФ.

1 ТАБЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

К табельным средствам, предназначенным для оказания первой медицинской помощи, относятся индивидуальные перевязочные пакеты, аптечки (войсковая и индивидуальная), индивидуальный комплект медицинской помощи ВДВ.

1.1 Индивидуальный перевязочный пакет

Индивидуальный перевязочный пакет состоит из двух стерильных ватно-марлевых подушечек и бинта (см. рисунок 1.1). Одну из подушечек можно передвигать вдоль бинта, другая укреплена на нем неподвижно. Подушечки вместе с бинтом находятся в двух оболочках – внутренней бумажной и наружной прорезиненной. В складку бумажной оболочки вложена безопасная булавка.

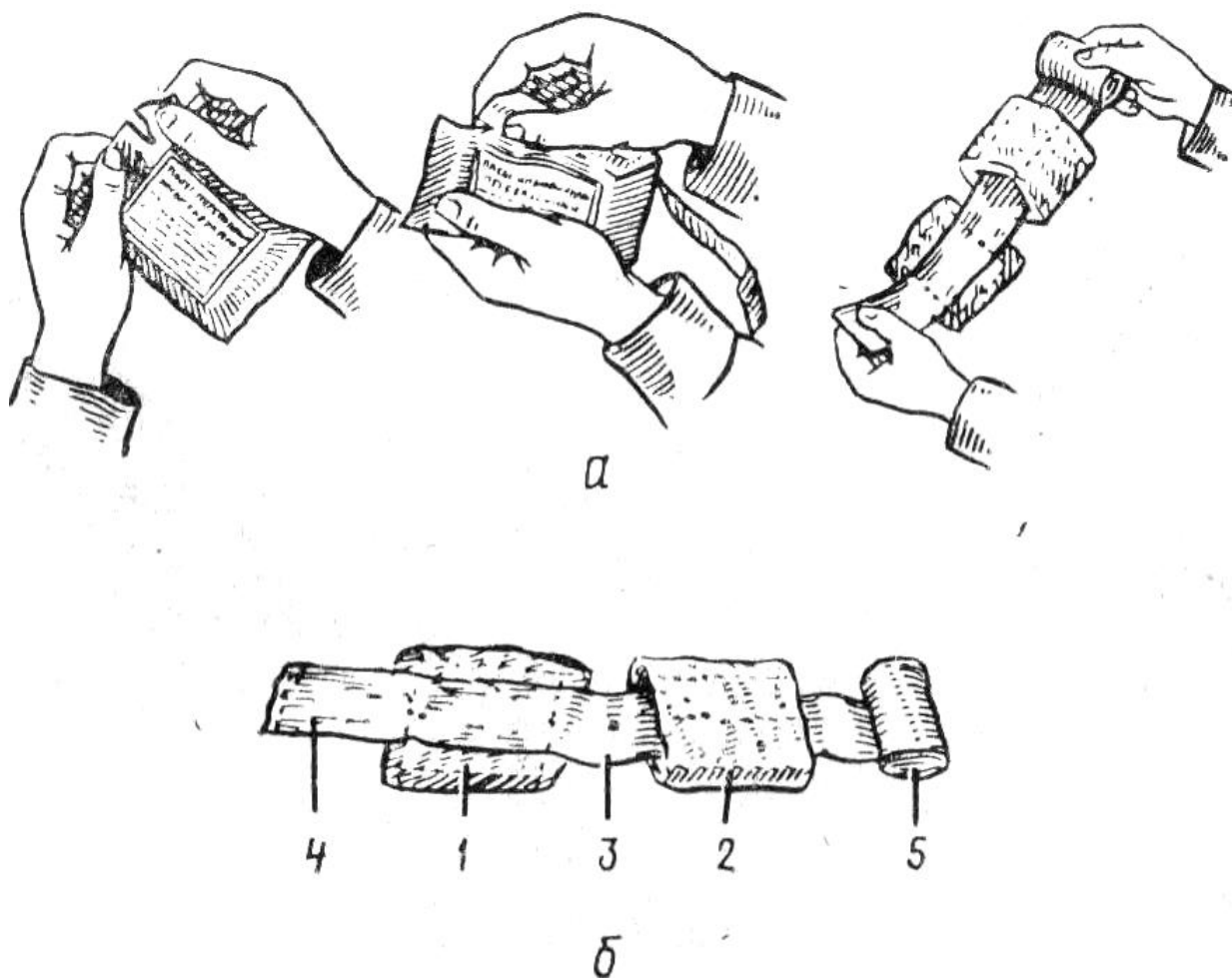


Рисунок 1.1 – Индивидуальный перевязочный пакет

а) Порядок вскрытия пакета; б) Пакет в развернутом виде; 1. Неподвижная подушечка; 2. Подвижная подушечка; 3. Бинт; 4. Конец бинта; 5. Скатка бинта

Для вскрытия индивидуального перевязочного пакета его берут в левую руку так, чтобы продольная склейка прорезиненной оболочки находилась сверху. Правой рукой захватывают надрезанный край склейки и отрывают ее. Вынимают из бумажной оболочки булавку и вкалывают ее временно в свою одежду на видном месте. Осторожно разворачивают бумажную оболочку и вынимают повязку (не нарушая ее стерильности).

В левую руку берут конец бинта, к которому пришта неподвижная подушечка, в правую – скатку бинта и разводят руки в стороны. При этом бинт натягивается в свернутые подушечки расправляются. На одной стороне подушечки прошиты темными или цветными нитками. За эти стороны и надо брать подушечки. В темноте, когда нитки не видны, подушечки берут за любую сторону, но к ране прикладывают той стороной, к которой не прикасались руками.

Небольшую рану закрывают одной подушечкой, а вторую накладывают сверху. При обширной ране подушечки накладывают одну возле другой. При сквозных ранениях каждое из раненых отверстий закрывают одной подушечкой. Наложённые на рану подушечки укрепляют круговыми

ходами бинта, конец которого закрепляют безопасной булавкой. Основное правило при применении индивидуального перевязочного пакета – не касаться руками внутренней, то есть накладываемой на рану, поверхности повязки.

1.2 Войсковая аптечка

Войсковая аптечка предназначена для оказания само- и взаимной помощи экипажам боевых машин. Масса аптечки 2,1 кг. Рассчитана на оказание первой медицинской помощи трем-четырем раненым и обожженным.

В состав аптечки входят:

1. пантоцид (аквасепт) – 20 таблеток в трубке – средство для обеззараживания воды из непроверенных водоисточников (рек, озер и т. д.). Для обеззараживания воды во фляге необходимо в нее опустить 1...2 таблетки пантоцида – через 40 мин вода пригодна для питья;
2. раствор аммиака 10 % - 5 ампул с оплеткой по 1 мл – применяется для кратковременного рефлекторного возбуждения дыхательного центра при обморочных состояниях, отравлениях угарным газом;
3. спиртовой раствор йода 5 % - 10 ампул с оплеткой по 1 мл – применяется для обработки краев ран и микротравм;
4. марлевый бинт шириной 10 см, длиной 5 м, стерильный – 4 шт. – применяется для наложения повязок, иммобилизации переломов;
5. безопасная булавка – 5 шт. – для фиксации повязок и косынок;
6. медицинская косынка – 1 шт. – для повязок, подвешивания предплечья и кисти при переломах;
7. медицинская повязка малая стерильная – 3 шт. – для наложения на раны и ожоговые поверхности;
8. кровоостанавливающий жгут резиновый ленточный – 1 шт. – для временной остановки кровотечения из артериального сосуда.

1.3 Индивидуальная аптечка

Индивидуальная аптечка предназначена для оказания первой медицинской помощи на поле боя в порядке само- и взаимной помощи. Находится на оснащении у каждого военнослужащего.

Содержимое аптечки – шприц-тюбики и пеналы – размещено в пластмассовой коробке и удерживается внутренними перегородками корпуса. Масса аптечки 0,1 кг. Все лекарства в аптечке находятся в строго определенных местах.

В аптечке находятся (см. рисунок 1.2):

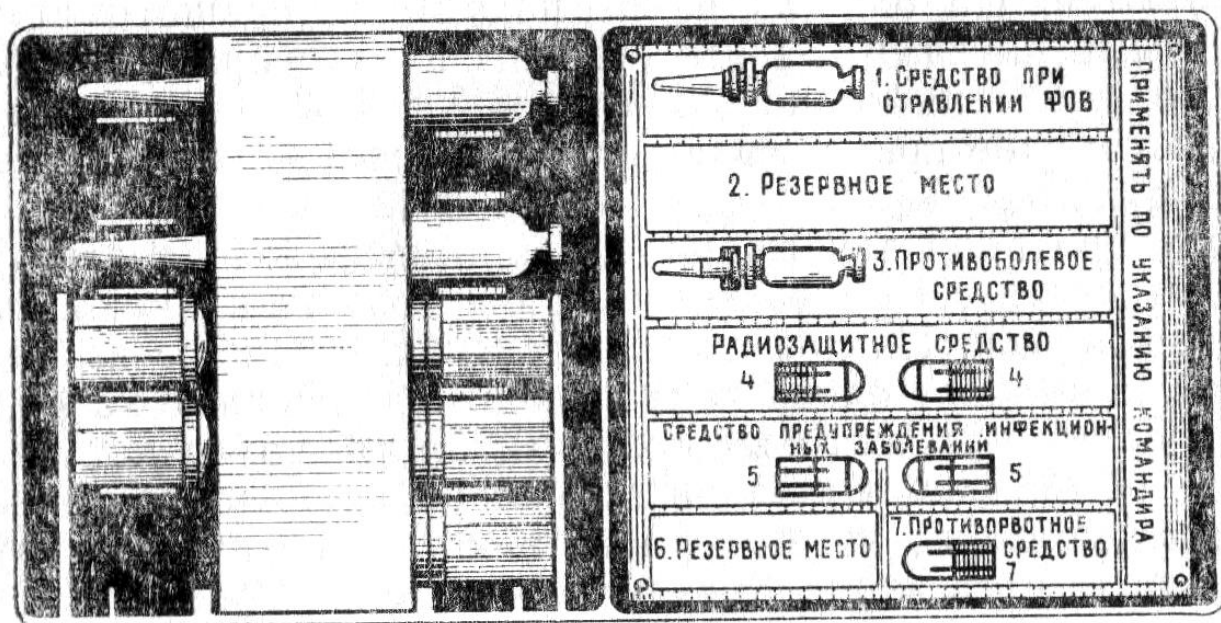


Рисунок 1.2 – Индивидуальная аптечка

1. – Афин (1 мл в шприц-тюбике с красным колпачком) – применяется при отравлении фосфорорганическими ОВ; для инъекции необходимо повернуть тюбик так, чтобы игла колпачка проколола тюбик, снять колпачок, сделать укол в бедро или ягодицу и плавно выдавить содержимое;

2. – резервное место;

3. – раствор промедола 2 % (1 мл в шприц-тюбике с белым колпачком) – противоболевое средство, вводится в бедро или ягодицу при ранениях, переломах костей, ожогах;

4. цистамин (в двух розовых пеналах по 6 таблеток в каждом) – радиозащитное средство. Снижает действие проникающей радиации в 1,5...2 раза, принимается за 60 мин до возможного воздействия проникающей радиации сразу 6 таблеток; через 6 ч можно повторно принять еще 6 таблеток (при сильном укачивании повторно принять 4 таблетки);

5 – гидрохлорид тетрациклина (в двух белых восьмигранных пеналах по 5 таблеток желтоватого цвета в каждом) – противомикробное средство, принимается сразу 5 таблеток при опасности заражения возбудителями инфекционных заболеваний, а также при ранениях и ожогах. Повторный прием (содержимое другого пенала) осуществляется через 6...8 ч после первого;

6 – резервное место;

7 – этаперазин (в ребристом пенале синего цвета 5 таблеток) – противорвотное средство, принимается по одной таблетке сразу после облучения или контузии (при появлении тошноты). Действие противорвотного средства продолжается в течение 4...6 ч после его приема. При необходимости (продолжающаяся тошнота, рвота) препарат в той же дозе следует принять повторно. При употреблении таблеток

рекомендуется запить их водой из фляги, при отсутствии воды – разжевать и проглотить.

Введение средств из шприц-тюбиков можно осуществлять через обмундирование (через материал брюк).

1.4 Индивидуальный комплект медицинской помощи ВДВ

Индивидуальный комплект медицинской помощи ВДВ (десантная аптечка) предназначен для оказания первой медицинской помощи на поле боя в порядке само- и взаимопомощи. Находится на индивидуальном оснащении каждого десантника.

В комплект входят:

1. резиновый ленточный жгут кровоостанавливающий – 1 шт;
2. индивидуальный перевязочный пакет (ИПП) – 2 шт;
3. пантоцид – 20 таблеток в трубке;
4. амилнитрит – 2 ампулы с оплеткой – противоядие при отравлении цианидами (синильной кислотой, хлорцианитом). При затруднении дыхания ампула раздавливается и вводится под лицевую часть противогаза.

1.5 Аптечка первой помощи индивидуальная АППИ

Аптечка первой помощи индивидуальная АППИ (ТУ 9398-001-58379990-2010) принята на снабжение приказом Министерства обороны РФ № 744 от 21 мая 2011 года.

АППИ предназначена для оснащения личного состава и оказания первой помощи в порядке само- и взаимопомощи.

АППИ обеспечивает проведение антидотной терапии при поражении фосфорорганическими отравляющими веществами; обезболивание при ранениях и ожогах; временную остановку наружного кровотечения, в том числе массивного при ранениях шеи, подмышечной области, паха, ягодиц; профилактику раневой инфекции и поражений бактериальными средствами; профилактику радиационных поражений; обработку окружности раны; наложение первичной асептической повязки на рану или ожоговую поверхность; проведение дегазации зараженных участков кожи и прилегающих участков обмундирования; обеззараживание индивидуального запаса воды.



Рисунок 1.3 – Аптечка первой помощи индивидуальная АППИ

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств, входящих в комплектацию аптечки первой помощи индивидуальной АППИ смотреть в таблице № 1.

Таблица № 1

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств

Наименование	Ед. изм.	Количество
1. Пакет перевязочный медицинский индивидуальный	шт.	1
2. Средство дезинфицирующее «Аква tabs» 3,5 (10 таблеток)	упак.	1
3. Средство перевязочное гемостатическое «ГЕМОСТОП™», стерильное	шт.	1
4. Жгут кровоостанавливающий резиновый рифленный с застёжкой в виде петли «Альфа»	шт.	1
<p><i>Примечание:</i></p> <p>2. Средство дезинфицирующее «Аква tabs» – дезинфицирующее средство в таблетках используется для обеззараживания воды: питьевой и для пищевого льда, в плавательных бассейнах, в колодцах, природных водоемах и подземных источниках;</p> <p>3. Средство перевязочное гемостатическое «ГЕМОСТОП™», стерильное предназначено для остановки наружного кровотечения различной интенсивности, в том числе при повреждении крупных сосудов. Может применяться для оказания первой медицинской и неотложной помощи при кровоточащих ранах и повреждении сосудов, в условиях стационара для остановки кровотечения из паренхиматозных органов при неэффективности традиционных методов гемостаза.</p> <p>Данное изделие применяется путем засыпания порошка в рану</p>		

непосредственно к источнику кровотечения. Упаковку необходимо вскрыть непосредственно перед применением, изделие повторному использованию не подлежит. При нарушении герметичности упаковки изделие для использования не годно из-за быстрого влагонасыщения порошка. Повторная стерилизация невозможна.

После заполнения полости раны поверх порошка необходимо наложить ватно-марлевый тампон или бинт, сложенный в несколько слоев (для профилактики образования ожогов вследствие выделяемого тепла). И осуществить ручную компрессию в течение 5...7 мин. После этого в случае остановки кровотечения тампон необходимо зафиксировать турами бинта (накладывается давящая повязка). Поврежденную конечность, целесообразно иммобилизовать для снижения риска повторного кровотечения. При неэффективном гемостазе показана повторная компрессия в течение 3...5 мин, если после этого кровотечение продолжается, необходимо выполнить наложение кровоостанавливающего жгута.

В процессе поглощения воды данным препаратом выделяется тепло, что при большом количестве крови может приводить к кратковременному подъему температуры.

4. Жгут кровоостанавливающий резиновый рифленый с застежкой в виде петли «Альфа» – применяется при артериальных кровотечениях верхних и нижних конечностей, при отеке легких в качестве туникетных жгутов для «бескровного кровопускания», при синдроме сдавления в качестве защитных жгутов.

1.6 Аптечка первой помощи групповая АППГ

Аптечка первой помощи групповая АППГ (ТУ 9398-001-58379990-2010) принята на снабжение приказом Министерства Обороны РФ № 744 от 21 мая 2011 года.

АППГ предназначена для оснащения боевых машин и военной техники на колесном и гусеничном ходу и оказания первой помощи в порядке само- и взаи- мопомощи экипажами (расчетами).

АППГ рассчитана на оказание помощи 3...4 раненым и обожженным.

АППГ обеспечивает проведение антидотной терапии при поражении угарным газом, обработку окружности раны и промывание глаз антисептиками, наложение первичных асептических и окклюзионных повязок, временную остановку кровотечения, снятие головной боли, проведение дегазации зараженных участков кожи и прилегающих участков обмундирования, обработку пораженных участков при термических и радиационных ожогах, фиксацию верхних конечностей.



Рисунок 1.4 – Аптечка первой помощи групповая АППГ

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств, входящих в комплектацию аптечки первой помощи групповой АППГ смотреть в таблице № 2.

Таблица № 2

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств

Наименование	Ед. изм.	Количество
1. Пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный	шт.	2
2. Средство перевязочное гемостатическое «ГЕМОСТОП™», стерильное	шт.	3
3. Парацетамол (парацетамол 0,5 гр. в таблетке, 10 штук в упаковке)	упак.	1
4. Средство перевязочное гидрогелевое, противоожоговое, стерильное исполнения «ЛИОКСАЗИН-СП»	шт.	4
5. Сульфацил-натрия (сульфацетамид 20 % раствор по 5 мл в тубике-капельнице, 2 штуки в контурной упаковке)	упак.	1
6. Ацизол 120 мг в капсуле, 10 штук в упаковке	упак.	1
7. Йода 5 % спиртовой раствор по 1 мл в ампуле	амп.	10
8. Лейкопластырь 1×500 см	шт.	1
9. Бинт марлевый медицинский стерильный, размер 5×10 см	шт.	1
10. Бинт марлевый медицинский стерильный, размер 7×14 см	шт.	1
11. Косынка медицинская (перевязочная)	шт.	1
12. Булавка безопасная	шт.	5
13. Жгут кровоостанавливающий резиновый с застежкой в виде петли «Альфа»	шт.	1
<p><i>Примечание:</i></p> <p>3. Парацетамол – является обезболивающим и жаропонижающим средством;</p> <p>4. Средство перевязочное гидрогелевое, противоожоговое,</p>		

стерильное исполнения «ЛИОКСАЗИН-СП» (в индивидуальной упаковке с салфетками из нетканого полотна различных размеров) – применяется для оказания первой помощи при ожогах I...II степени, в том числе радиационных, а также для обработки мест укусов насекомых.

Данное средство обладает охлаждающим, обезболивающим, бактериостатическим действием, создает условия для нормального течения процессов регенерации.

Данное средство выпускаются в 2-х исполнениях: «ЛИОКСАЗИН-СП» и «ЛИОКСАЗИН-Гель», следовательно первый может быть заменен на второй исполнения при отсутствии первого исполнения.

Средство перевязочное гидрогелевое, противоожоговое, стерильное исполнения «ЛИОКСАЗИН-Гель» применяется для оказания первой помощи при ожогах I...III а степени в том числе радиационных, а также для обработки мест укусов насекомых;

5. **Сульфацил-натрия (сульфацетамид)** – глазные капли предназначены для противомикробного бактериостатического средства;

6. **Ацизол** – применяют в качестве профилактического средства (антидота) при угрозе отравления и лечебного средства при отравлении различной степени тяжести оксидом углерода «угарного газа» (СО) и другими продуктами термоокислительной деструкции, а также для экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях при поражении людей окисью углерода и продуктами горения органических веществ в очагах крупномасштабных катастроф и химических аварий;

7. **Йод** – раствор применяют наружно для антисептической обработки кожи, для обработки кожи перед инъекциями, для обработки кожи операционного поля перед хирургическим вмешательством и при бактериальных, грибковых и вирусных инфекциях кожи.

1.7 Медицинский подсумок

Медицинский подсумок (артикул: П-МД-00) предназначен для использования в составе транспортно-разгрузочной системы УМТБС (ЖТУ 6Ш112, ЖТМ 6Ш116 и ЖТМ117) или любого другого комплекта боевой индивидуальной экипировки, оборудованного модульной системой крепления съемных подсумоков, совместимой с системой УМТБС (MOLLE, PALS).

Производитель – ООО НПФ «ТЕХИНКОМ» (г. Санкт-Петербург).



Рисунок 1.5 – Медицинский подсумок

Особенности:

1. Предназначена для размещения различных медицинских средств,
2. Закрывается на застежку-«молнию» с двумя замками,
3. Замки молнии закрываются расположенной сверху широкой фиксирующей стропой с текстильной застежкой. Она же является захватом, позволяющим оперативно раскрыть подсумок для доступа к содержимому,
4. В раскрытом положении подсумок раскладывается на два отделения. В обоих имеются плоские карманы и эластичные шлевки для размещения и фиксации медикаментов и других медицинских средств,
5. В донной части подсумка имеется отверстие для стока воды.

Техническая характеристика медицинского подсумка смотреть в таблице № 3.

Таблица № 3

Техническая характеристика медицинского подсумка

Наименование	Параметры
Габаритные размеры, мм:	
высота	190
глубина	80
ширина	140
Масса, гр.	150
Материалы:	Cordura 1000D или ткань арт. О4с27 «Моготекс»

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств, входящих в комплектацию медицинского подсумка смотреть в таблице № 4.

Таблица № 4

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств

Наименование	Ед. изм.	Количество
1. Анальгин 0,5 г «500 мг» (10 таблеток)	шт	1
2. Ацетилсалициловая кислота 0,5 г «500 мг» (10 таблеток)	шт.	1
3. Парацетамол 0,5 г «500 мг» (10 таблеток)	шт.	1
4. Амосин 0,5 г «500 мг» (10 таблеток)	шт.	2
5. Сульфацил-натрий 20 % 1,5 мл. (флакон)	шт.	2
6. Фталазол 0,5 г «500 мг» (10 таблеток)	шт.	1
7. Фурацилин 0,2 г «200 мг» (10 таблеток)	шт.	1
8. Стрептоцид 2 гр. (порош.)	шт.	2

9. Лоперамид 0,002 г. (10 таблеток)	шт.	1
10. Уголь активированный 0,25 г. (10 таблеток)	шт.	3
11. Дротаверин 0,04 г. (10 таблеток)	шт.	2
12. Диазолин 0,1 г. (10 таблеток)	шт.	1
13. Пустырника экстракт (10 таблеток)	шт.	1
14. Кофеин-Бензоат натрия 0,1 г. (6 таблеток)	шт.	1
15. Клей БФ-6 медицинский 10 гр. (тубик)	шт.	1
16. УПТС «Леккер-БЗ»-3 (маркер «Зеленка, 5 мл.)	шт.	1
17. Салфетка антисептическая спиртовая, 75×80 мм	шт.	5
18. Индивидуальный перевязочный пакет ИПП-1*	шт.	1
19. Жгут Эсмарха кровоостанавливающий	шт.	1
20. Бинт стерильный, 5 м × 10 см	шт.	2
21. Лейкопластырь рулонный, 4 см × 5 м	шт.	1
22. Лейкопластырь бактерицидный, набор № 20	шт.	1
23. Перчатки стерильные медицинские	пара	1
24. Вкладыши ушные противошумные (беруши)	пара	1
25. Ножницы малые	шт.	1
26. Булавка медицинская**	шт.	5
27. Блокнот для записей	шт.	1
28. Карандаш простой	шт.	1

Примечание:

1. * Рекомендуется комплектовать вне аптечки дополнительно еще одним индивидуальным перевязочным пакетом ИПП-1;

2. ** Булавки медицинские взять из ИПП-1;

1. **Анальгин** – обладает обезболивающим, жаропонижающим и слабым противовоспалительным действием;

2. **Ацетилсалициловая кислота** – обладает анальгезирующее, жаропонижающее, и противовоспалительное действие;

4. **Амосин** – антибиотик широкого спектра действия группы полусинтетических пенициллинов;

6. **Фталазол** – является антибактериальное средство (обладает широким спектром противомикробного действия);

7. **Фурацилин** – является противомикробное средство;

8. **Стрептоцид** (порошок для наружного применения) – является антибактериальным средством широкого спектра действия;

9. **Лоперамид** – является противодиарейное средство;

10. **Уголь активированный** (адсорбирующее средство) – является антидиарейное, дезинтоксикационное, энтеросорбирующее;

11. **Дротаверин** (спазмолитическое средство) – сосудорасширяющее, спазмолитическое, миотропное, гипотензивное;

12. **Диазолин** (противоаллергическое средство) – профилактика и лечение сезонного и аллергического ринита, поллиноза, крапивницы, пищевой и лекарственной аллергии, дерматозов, сопровождающихся кожным зудом (экзема, нейродермит);

13. Пустырника экстракт – оказывает седативное, противосудорожное, кардиотоническое и диуретическое действие и обладает антиспастическим, диуретическим, противовоспалительным, общеукрепляющим эффектом.

Препарат пустырника применяют при повышенной нервной возбудимости, психастении и неврастении, сопровождающихся бессонницей, чувством напряженности и повышенной реактивностью, а также вегетососудистой дистонии и неврозах;

14. Кофеин-Бензоат натрия – analeptическое, психостимулирующее, кардиотоническое действие. Оказывает возбуждающее действие на ЦНС, повышает рефлекторную возбудимость спинного мозга, возбуждает дыхательный и сосудодвигательный центры, регулирует и усиливает процессы возбуждения в коре головного мозга;

16. УПТС «Леккер-БЗ»-3 (маркер «Зеленка, 5 мл.) – антисептический препарат (активен в отношении грамположительных бактерий). Свежие послеоперационные и посттравматические рубцы, мейбомит, блефарит, пиодермия, ссадины, порезы, нарушения целостности кожных покровов;

19. Жгут Эсмарха кровоостанавливающий используется для временной остановки венозного или артериального кровотечения на верхних и нижних конечностях. Кроме того, его можно использовать при синдроме сдавливания в качестве защитных жгутов, а также при отёке лёгких – в качестве турникетных жгутов.

1.8 Набор первой помощи АИ-3-1ВС

Набор первой помощи АИ-3-1ВС содержит универсальный комплект средств первой медицинской помощи из 8 позиций.

Набор первой помощи АИ-3-1ВС предназначена для размещения, хранения и переноски лекарственных средств и медицинских изделий, необходимых для оказания первой медицинской само- и взаимопомощи и использования военнослужащими.



Рисунок 1.6 – Набор первой помощи АИ-3-1ВС

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств, входящих в комплектацию набор первой помощи АИ-3-1ВС смотреть в таблице № 5.

Таблица № 5

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств

Наименование	Ед. изм.	Количество
1. Жгут кровоостанавливающий	шт.	1
2. Пакет перевязочный ПИИ-3	шт.	1
3. Доксициклина гидрохлорид капс. 0,1 (10 таблеток)	шт.	1
4. ИПП-11	шт.	1
5. Акватабс (10 таблеток)	шт.	1
6. Футляр под шприц-тюбики	шт.	1
7. Состав-описание	шт.	1
8. Футляр-подсумок	шт.	1
<p><i>Примечание:</i></p> <p>3. Доксициклина гидрохлорид (фармакологическое действие) – бактериостатическое, антибактериальное, антибактериальное широкого спектра.</p> <p>Бронхит, пневмония (в том числе микоплазменная), плеврит, ангина, отит, инфекции моче- и желче-выводящих путей, инфекции кожи и мягких тканей, ЖКТ, иерсиниоз, легионеллез, хламидиоз, бруцеллез, холера, туляремия, риккетсиоз, лептоспироз, гонорея, сепсис, подострый септический эндокардит, инфицированные ожоги и раны, остеомиелит, гинекологические и послеоперационные осложнения вирусной инфекции;</p> <p>4. ИПП-11 (индивидуальный противохимический пакет) предназначен для профилактики кожно-резорбтивных поражений капельно-жидкими отравляющими и аварийно химически опасными веществами через открытые участки кожи, а также для дегазации этих веществ на коже и одежде человека, СИЗОД и инструментах в интервалах температур от + 50⁰ С до – 20⁰ С. При заблаговременном нанесении на кожу защитный эффект сохраняется в течение 24 часов.</p>		

1.9 Набор первой помощи АИ-Н-2 «Спецназ»

Набор первой помощи АИ-Н-2 «Спецназ» содержит универсальный комплект средств первой медицинской помощи из 30 позиций.

Набор первой помощи АИ-Н-2 «Спецназ» предназначен для оснащения бойцов спецподразделений, участвующих в боевых действиях в отрыве от основных сил, занимающихся проведением оперативных мероприятий, сотрудников личной охраны, инкассаторской и фельдъегерской служб.

Набор первой помощи АИ-Н-2 «Спецназ» располагается в трикотажной сумке-укладке черной или камуфляжной окраски, влагозащищен, ударозащищен, приспособлен к длительной эксплуатации в жестких условиях.

Габаритные размеры, мм: 140 × 200 × 40.

Универсальное крепление позволяет размещать набор на любом типе спецодежды.



Рисунок 1.7 – Набор первой помощи АИ-Н-2 «Спецназ»

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств, входящих в комплектацию набор первой помощи АИ-Н-2 «Спецназ» смотреть в таблице № 6.

Таблица № 6

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств

Наименование	Ед. изм.	Количество
1. Пакет перевязочный индивидуальный	шт.	2
2. Салфетка с феракрипом кровоостанавливающая	шт.	5
3. Салфетка ФАРМИТЕКС-ДЛРА	шт.	3
4. Салфетка ФАРМИТЕКС-Гем.ИАк	шт.	3
5. Бинт стерильный 5×10	шт.	1
6. Салфетка водноспиртовая	шт.	5
7. Антисептический маркер ЛЕККЕР (Йод или БЗ)	шт.	1
8. Пластырь бактерицидный	набор.	1

9. Р-р сульфацила натрия 20 % 1,5 мл		2
10. Лоперамид (10 таблеток)	шт.	1
11. Фталазол (10 таблеток)	шт.	1
12. Баралгин (Спазган) (10 таблеток)	шт.	1
13. Экстракт валерианы (10 таблеток)	шт.	1
14. Доксициклин капс. (10 таблеток) (Циплофлоксацин 10 таблеток)	шт.	1
15. Нитросорбит (Нитроглицерин) (10 таблеток)	шт.	1
16. Ножницы складные	шт.	1
17. Скальпель-лезвие	шт.	1
18. Диазолин (10 таблеток)	шт.	1
19. Клей БФ	шт.	1
20. Бальзам «Спасатель» («Хранитель»)	шт.	1
21. Раунатин (Папазол) (10 таблеток)	шт.	1
22. Акватабс (10 таблеток)	шт.	1
23. Нитка хирургическая с иглой	шт.	1
24. Жгут кровоостанавливающий АЛЬФА	шт.	1
25. Р-р аммиака (палочки № 2)	шт.	1
26. Перчатки медицинские нестерильные	пар.	1
27. Противошоковый набор	шт.	1
28. Перечень-Инструкция	шт.	1
29. Подсумок	шт.	1
30. Защитный капюшон	шт.	1

Примечание:

2. **Салфетка с феракриптом кровоостанавливающая** обладают гемостатическим, антибактериальным, противогрибковым и анестезирующим действием и комплексом биологических активных свойств, что позволяет применять их в различных сферах медицинской практики: для обработки кровоточащих ран (для остановки мелких капиллярных кровотечений), для применения в качестве гемостатического средства, для обезболивающего эффекта и как разнозаживляющее средство при наружных травмах и ожогах;

3. **Салфетка ФАРМИТЕКС-ДЛРА** – салфетка с обезболивающим и антисептическим действием для ран с выраженным болевым синдромом и ожоговым ран;

4. **Салфетка ФАРМИТЕКС-Гем.ИАк** с йодопироном и облепиховым маслом применяются при ожогах и для лучшего заживления ран;

5. **Бинт стерильный 5×10** – стерильный марлевый бинт применяется для фиксации повязок;

6. **Салфетка водноспиртовая** – для обеззараживания и очищения поверхности;

7. **Антисептический маркер ЛЕККЕР (Йод или БЗ)** представляет собой устройство типа маркера запечатанное фармакопейными растворами йода спиртового 5 % (ЛЕККЕР-Йод) или бриллиантового зеленого 1 %

(ЛЕККЕР-Бз), которое предназначено для домашнего применения, но удобны и в экстремальных ситуациях, раствором йода или бриллиантового зеленого в виде «Леккер», а можно локально обработать поврежденный участок кожи. Основное назначение – профилактика раневой инфекции;

8. **Пластырь бактерицидный** – применение при небольших порезах, ссадинах, царапинах и др. мелких повреждениях кожи;

9. **Раствор сульфацила натрия 20 %** – применение при конъюнктивитах, блефарит, гнойные язвы, роговицы, гонорейные заболевания глаз, пневмония, трахеобронхит, инфекции мочеполовых путей и инфицированные раны;

10. **Лоперамид** (антидиарейное действия) – симптоматическое лечение острой и хронической диареи различного генеза (в том числе аллергического, эмоционального, лекарственного, лучевого; при изменении режима питания и качественного состава пищи, при нарушении метаболизма и всасывания; как вспомогательное средство при диарее инфекционного генеза);

11. **Фталазол** (антибактериального действия) – дизентерия, колиты. Операции на кишечнике (для предупреждения гнойных осложнений);

12. **Баралгин (Спазган)** (жаропонижающего, обезболивающего, спазмолитического, анальгезирующего действия) – слабо или умеренно выраженный болевой синдром при спазмах гладкой мускулатуры внутренних органов: почечная и желчная колики; спазмы кишечника; дисменорея и другие спастические состояния внутренних органов; кратковременное симптоматическое лечение при болях в суставах, невралгии, ишиалгии, миалгии; как вспомогательное средство для уменьшения болей после хирургических и диагностических вмешательств; для снижения повышенной температуры тела при простудных и инфекционно-воспалительных заболеваниях;

13. **Экстракт валерианы** (седативного действия) – препарат применяют в качестве успокаивающего (седативного) средства при следующих состояниях: возбуждение; расстройство сна, связанное с перевозбуждением; мигрень; легкие функциональные расстройства сердечно-сосудистой системы и ЖКТ;

14. **Доксициклин** (бактериостатического, антибактериального, антибактериального широкого спектра действий) – бактериальные инфекции дыхательных путей и мочеполовой системы, холецистит, тонзиллит, синусит, инфекции кожи и мягких тканей, боррелиоз, гонорея, сифилис; инфекции, вызванные хламидиями, микоплазмами, риккетсиями; бруцеллез, туляремия;

15. **Нитросорбит (Нитроглицерин)** – назначают в качестве антиангинального средства для предупреждения приступов стенокардии и их лечения, для восстановительного лечения после инфаркта миокарда. Нитросорбит применяют также как периферический вазодилатор при тяжелых формах сердечной недостаточности. Иногда назначают при

эндартеринге и прочих заболеваниях, сопровождающихся ангиоспазмами;

18. **Диазолин** (противоаллергическим действием, уменьшает отек слизистых оболочек) – профилактика и лечения следующих состояний: аллергический ринит (сезонный, хронический), поллиноз; аллергический конъюнктивит; медикаментозные аллергические реакции; крапивница; отек Квинке; зудящий дерматоз (экзема, нейродермит); кожная реакция на укусы насекомых;

19. **Клей БФ** применяют для обработки микротравм – ссадин, царапин, порезов и других повреждений кожи, а также для покрытия корня зуба при хирургическом лечении околокорневых зубчатых очагов инфекции: кист, гранулем;

20. **Бальзам «Спасатель» («Хранитель»)** используется для ускорения заживления травматических повреждений, в том числе сопровождающихся воспалением без образования рубцов: раны поверхностные и глубокие; гнойные процессы в свежих ранах; ожоги I...III степени; ушибы, гематомы, ссадины; растяжение связок; острые воспалительные процессы на коже и слизистых оболочках;

21. **Раунатин (Папазол)** (гипотензивное средство растительного происхождения) – артериальная гипертония I степени тяжести;

24. **Жгут кровоостанавливающий АЛЬФА инструкция по применению:**

Жгут накладывается выше места повреждения артерии так, чтобы он полностью пережимал её.

Правильность наложения рифленого жгута определяется исчезновением периферического пульса на конечности и прекращением кровотечения.

В целях предупреждения ущемления кожи под резиновый жгуи подкладывают полотенце.

Вокруг основания поднятой вверх конечности накладывают сильно растянутый жгут, которым окружают конечность 2...3 раза, после чего завязывают его или закрепляют крючком к цепочке.

В связи с полным прекращением кровообращения в конечности при наложении кровоостанавливающего жгута создается прямая угроза омертвления тканей, поэтому жгут не должен сдавливать конечность в течение более 2-х часов.

В сопроводительном документе пострадавшего и на бумаге, прикрепленной к жгуту, указывается время его наложения.

Но и в течении этих 2-х часов необходимо 1...2 раза распустить резиновый жгут на несколько минут, пережав сосуд пальцем, а затем снова его занять;

25. **Раствор аммиака (палочки № 2)** – рвотное средство, а так же для приведения в чувство при потери сознания;

26. **Перчатки медицинские нестерильные** – любые действия с открытыми ранами (да и вообще) надо делать чистыми руками и в перчатках!;

27. **Противошоковый набор состав:**

27.1 **Дексаметазон** (противовоспалительного, противоаллергического, иммунодепрессивного, противошокового, глюкокортикоидного действия) – **препятствует выходу крови из сосудов в ткани;**

27.2 **Кеторолак трометамин (кетанов)** (жаропонижающего, противовоспалительного, болеутоляющего действия) – **сильное (не наркосодержащее) обезболивающее средство** (кратковременное лечение боли умеренной интенсивности, включая послеоперационную боль);

27.3 **Кордиамин** (стимулирующее метаболизм в ЦНС) – стимуляция сердечной и дыхательной деятельности (острые и хронические расстройства кровообращения; снижение сосудистого тонуса; ослабление дыхательной функции легких у больных инфекционными заболеваниями, особенно в период реконвалесценции; гипотонические состояния; в качестве дополнительного средства острый коллапс, асфиксия, шоковые состояния во время и после операций; шок; асфиксии, в том числе у новорожденных, отравление наркотиками, снотворными, анальгетиками);

27.4 **Спиртовая салфетка для инъекций** (пропитана 70 % медицинским спиртом);

27.5 **Шприц стерильный одноразовый объемом 5 мл.** Ударопрочный, выполнен из полимера;

27.6 **Контейнер ударопрочный полимерный** для хранения и транспортировки шприц-тюбиков комплекта.

1.10 Набор первой помощи АИ-Н-2 «Спасатель»

Набор первой помощи АИ-Н-2 «Спасатель» содержит универсальный комплект средств первой медицинской помощи из 30 позиций.

Набор первой помощи АИ-Н-2 «Спасатель» предназначен для сотрудников спецподразделений и спасателей.

Набор первой помощи АИ-Н-2 «Спасатель» рассчитан на оказание помощи 1...3 пострадавшим с острыми заболеваниями и травмами, шоком, ожогами, стрессовыми реакциями, инфекционными заболеваниями и т. д.

Располагается в трикотажной сумке-укладке черной или камуфляжной окраски, влагозащищен, ударозащищен.

Имеет габаритные размеры 120×200×40 мм.

Универсальное крепление позволяет размещать набор на любом типе спецодежды.

12. Лоперамид (10 таблеток)	шт.	1
13. Фталазол (10 таблеток)	шт.	1
14. Баралгин (Спазган) (10 таблеток)	шт.	1
15. Экстракт валерианы (10 таблеток)	шт.	1
16. Доксициклин капс. (10 таблеток) (Циплофлоксацин 10 таблеток)	шт.	1
17. Нитросорбит (Нитроглицерин) (10 таблеток)	шт.	1
18. Диазолин (10 таблеток)	шт.	1
19. Клей БФ	шт.	1
20. Бальзам «Спасатель» («Хранитель»)	шт.	1
21. Раунатин (Папазол) (10 таблеток)	шт.	1
22. Акватабс (10 таблеток)	шт.	1
23. Жгут кровоостанавливающий АЛЬФА	шт.	1
24. Хирургическая нить с иглой	шт.	1
25. Скальпель-лезвие	шт.	1
26. Р-р аммиака (палочки № 2)	шт.	1
26. Перчатки медицинские нестерильные	пар.	1
27. Противошоковый набор	шт.	1
28. Перечень-Инструкция	шт.	1
29. Подсумок	шт.	1
30. Защитный капюшон	шт.	1

1.11 Аптечка индивидуальная носимая АИ-Н-4 АСС

Аптечка индивидуальная носимая АИ-Н-4 АСС – наиболее полный индивидуальный набор первой помощи из 39 вложений для использования в условиях природной среды, в том числе для длительного и автономного пребывания.

Аптечка индивидуальная носимая АИ-Н-4 АСС может применяться как блок медицинского усиления мобильных групп действующих в отрыве от основных сил.

Аптечка индивидуальная носимая АИ-Н-4 АСС рассчитан на оказание помощи 1...5 пострадавшим.

Подсумок имеет быстросъемное дублирование крепление к стационарной платформе. Застежка футляра имеет элемент быстрого раскрытия и доступа к вложениям. На внешней стороне платформы расположен карман для плоских вложений с застежкой типа молния. На съемном блоке также имеется внешний карман для плоских вложений с застежкой типа велькро и ручка для переноски сигнального цвета.

На передней стенке подсумка расположена лента типа велькро для размещения съемных элементов символики, (красный или зеленый крест, принадлежность к подразделению и т. д.).

Особенности:

1. Современный дизайн;
2. Значительный вес и габаритные размеры;

3. Универсальное крепление к экипировке типа МОЛЛЕ;
4. Профессиональный подбор вложений;
5. Удобство и быстрота доступа к вложениям;
6. Надежная фиксация вложений в открытом виде;
7. Размещение подсумка на съемной платформе.



Рисунок 1.9 – Аптечка индивидуальная носимая АИ-Н-4 АСС

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств, входящих в комплектацию аптечки индивидуальной носимой АИ-Н-4 АСС смотреть в таблице № 8.

Таблица № 8

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств

Наименование	Ед. изм.	Количество
1. Пакет перевязочный с эластичным бинтом 4" FCP 0,7	шт.	1
2. Пакет перевязочный с эластичным бинтом 6" FCP 0,2	шт.	1
3. Бинт когезивный	шт.	1
4. Бинт стер 5 × 10	шт.	1
5. Бинт стер 7 × 14	шт.	1
6. Салфетки стерильные марлевые 16 × 14 № 20	шт.	1
7. Аквабриз 2.5 мг таб. № 10	шт.	1
8. Кеторол таб. № 10	шт.	1
9. Ципрофлоксацин таб. № 10	шт.	1
10. Лоперамид таб. № 10	шт.	2
11. Уголь активированный таб. № 10	шт.	1
12. Фталазол таб. № 10	шт.	1
13. Ранитидин таб. № 10	шт.	1
14. Нитросорбит таб. № 10	шт.	1
15. Экстракт валерианы таб. № 10	шт.	1
16. Лоратодин таб. № 10	шт.	1

17. Ацетилсалициловая кислота таб. № 10	шт.	1
18. Дротаверин таб. № 10	шт.	1
19. Сульфацил натрия 5 мл. мл.	шт.	1
20. Клей медицинский БФ-6	шт.	1
21. Антисептический маркер ЛЕККЕР (Йод или БЗ)	шт.	1
22. Перекись водорода 100 мл.	шт.	5
23. Салфетка ФАРМИТЕКС-Гем.ИАк	шт.	7
24. Салфетки кровоостанавливающие с феракрилом	шт.	10
25. Салфетки спиртовые антисептические	шт.	2
26. Полоски для сведения краев ран (нить хирургическая с иглой)	шт.	1
27. Гель противоожоговый «Апполо» туба 20 гр.	шт.	1
28. Лейкопластырь в рулоне 3 × 500	шт.	1
29. Покрывало спасательное	шт.	1
30. Средство перевязочное гемостатическое «ГЕМОСТОП™», стерильное	шт.	2
31. Перчатки нитриловые	шт.	1
32. Ножницы спасательные	шт.	1
33. Пинцет анатомический	шт.	1
34. Противошоковый набор (комплектацию см. выше)	шт.	1
35. Жгут кровоостанавливающий АЛЬФА с замыкателем	шт.	1
36. Маска для дыхательной реанимации с клапаном или воздуховод	шт.	1
37. Состав	шт.	1
38. Платформа	шт.	1
39. Съёмная эмблема красного креста	шт.	1
40. Футляр подсумок	шт.	2
<p><i>Примечание:</i></p> <p>1. Пакет перевязочный с эластичным бинтом 4" FCP 0,7 (две подушки) (перевязочный пакет Израиль) – комплект для остановки массивных кровотечений по размеру 4", что соответствует в метрической системе 101,6 мм);</p> <p>2. Пакет перевязочный с эластичным бинтом 6" FCP 0,2 (одна подушка) (перевязочный пакет Израиль) – комплект для остановки массивных кровотечений по размеру 6", что соответствует в метрической системе 152,4 мм);</p> <p>3. Бинт когезивный – предназначен для закрепления марлевых салфеток, повязок, компрессов, для фиксации различных медицинских устройств (трубок, катетеров, электродов, шин) и повязок;</p> <p>6. Салфетки стерильные марлевые 16 × 14 № 20 (стерильного действия) – предназначена для использования в качестве готовых операционно-перевязочных средств; для изготовления и наложения повязок и для общей обработки ран;</p> <p>8. Кеторол (жаропонижающего, противовоспалительного,</p>		

анальгирующего, ингибирующие ЦОГ действия) – предназначен для симптоматической терапии, уменьшения интенсивности боли и воспаления на момент использования; на прогрессирование заболевания не влияет (болевого синдром сильной и умеренной выраженности: травмы, зубная боль, боли в послеродовом и послеоперационном периоде, вывихи, растяжения, ревматические заболевания и т. д.);

9. Ципрофлоксацин (*противомикробный препарат широкого спектра действия*) – предназначен для инфекционно-воспалительных заболеваний, вызванных чувствительными к препарату микроорганизмами: дыхательных путей; уха, горла и носа; почек и мочевыводящих путей; половых органов; пищеварительной системы; желчного пузыря и желчевыводящих путей; кожных покровов, слизистых оболочек и мягких тканей; опорно-двигательного аппарата; сепсис; перитонит;

13. Ранитидин (*противоязвенное действие*) – предназначена для лечения и профилактики обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки;

16. Лоратодин (*противоаллергического, противозудного, антиэкссудативного действия*) – предназначен для лечения сезонного и круглогодичного аллергического ринита, конъюнктивита, острой крапивницы и отека Квинке, симптомы гистаминергий, аллергические реакции на укусы насекомых, комплексное лечение зудящих дерматозов;

18. Дротаверин (*сосудорасширяющего, миотропного, спазмолитического действия*) – применяется для борьбы со спазмом гладких мышц внутренних органов: почечная колика, желчная колика, дискинезия желчевыводящих путей и желчного пузыря и т. д.);

22. Перекись водорода (*антисептического действия*) – применяется для лечения воспалительных заболеваний слизистых оболочек, гнойных ран, капиллярного кровотечения из поверхностных ран, носового кровотечения, для дезинфекции и дезодорирования (стоматит, ангина, тонзиллит);

24. Салфетки кровоостанавливающие с феракрилом – предназначены для остановки мелких капиллярных кровотечений в бытовых условиях, для оказания первой помощи. А также в поликлинических условиях при заборе крови;

25. Салфетки спиртовые антисептические – предназначены для наружного, местного применения в качестве антимикробного и стерилизующего средства, для обработки неповрежденной кожи, дезинфекции рук, подготовки операционного поля и мест проколов (внутримышечных и внутривенных инъекций), до и после постановки инъекций, заборов крови, для обработки инструментов и различных поверхностей, а также, как средство личной гигиены для обработки рук и первичного снятия загрязнения с неповрежденной кожи;

26. Полоски для сведения краев ран (нить хирургическая с иглой) – предназначены для наложения кожного шва на раны людям и животным, содержит антибиотик «доксциклин», который препятствует развитию

инфекции в ране;

27. Гель противоожоговый «Апполо» туба 20 гр. – предназначен для оказания первой помощи при ожогах и лечения ожоговых ран.

1.12 Аптечка индивидуальная носимая АИ-Н-4 «Горный Охотник» АСС

Аптечка индивидуальная носимая АИ-Н-4 «Горный Охотник» АСС предназначена для размещения, хранения и переноски лекарственных средств и медицинских изделий, необходимых для оказания первой медицинской само- и взаимной помощи в условиях природной среды военнослужащими и бойцами спецподразделений, спасателями в автономных условиях, действующих в отрыве от основных сил.

Футляр подсумок имеет универсальное крепление к экипировке типа моле. Подсумок имеет к быстротъемное дублированное крепление к стационарной платформе. Застежка футляра имеет элемент быстрого доступа вложениям.

На передней стенке подсумка нашта лента типа велькро для размещения съемных элементов символики, (красный/зеленый крест, принадлежность к подразделению и т. д.).



Рисунок 1.10 – Аптечка индивидуальная носимая АИ-Н-4 «Горный Охотник» АСС

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств, входящих в комплектацию аптечки индивидуальной носимой АИ-Н-4 «Горный Охотник» АСС смотреть в таблице № 9.

Таблица № 9

Перечень средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств

Наименование	Ед. изм.	Количество
1. Пакет перевязочный 4" FCP 0.1	шт.	1
2. Пакет перевязочный 6" FCP 0.2	шт.	1
3. Бин когезивный	шт.	1
4. Бинт стерильный 5 × 10	шт.	1

5. Бинт стерильный 7 × 14	шт.	1
6. Салфетки стерильные марлевые 16 × 14 № 20	шт.	1
7. Аквабриз 2,5 мг таб. № 10	шт.	2
8. Кеторол. таб. № 10	шт.	1
9. Ципрофлоксацин таб. № 10	шт.	1
10. Лоперамид таб. № 10	шт.	1
11. Дротаверин таб. № 10	шт.	1
12. Нифедипин таб. № 10	шт.	1
13. Диакارب таб. № 10	шт.	1
14. Гипоксен (Милдронат) таб. № 10	шт.	2
15. Лоратодин таб. № 10	шт.	1
16. Аскорбиновая кислота таб. № 10	шт.	2
17. Ренни таб. № 10	шт.	1
18. Називин фл.	шт.	1
19. Антиангин таб. № 10 (Стрепсилс таб. № 10)	шт.	1
20. Капли глазные флакон	шт.	2
21. Салфетка ФАРМИТЕКС-Гем.ИАк	шт.	3
22. Полоски для сведения краев ран (нить хирургическая с иглой)	шт.	1
23. Офломелид мазь	шт.	1
24. Бальзам «Спасатель» («Хранитель»)	шт.	1
25. Йод раствор спиртовой в непроливаемой таре	шт.	1
26. Гель противоожоговый «Апполо» туба 20 гр.	шт.	1
27. Клей медицинский БФ-6	шт.	1
28. Покрывало спасательное	шт.	1
29. CELOX порошок	шт.	1
30. Перчатки медицинские	шт.	2
31. Пластырь бактерицидный набор	шт.	1
32. Лейкопластырь в рулоне 5 × 500	шт.	1
33. Салфетки спиртовые антисептические	шт.	5
34. Противошоковый набор (описание см. выше)	шт.	1
35. Дексаметазон амп. 4 мг	шт.	5
36. Жгут кровоостанавливающий АЛЬФА с замыкателем	шт.	1
37. Автономный источник тепла (можно взять из комплекта КС БЭ «Ртаник»)	шт.	2
38. Шприц однократного применения	шт.	3
39. Ножницы первой помощи	шт.	1
40. Пинцет	шт.	1
41. Состав	шт.	1
42. Футляр подсумок	шт.	1

Примечание:

1. **Пакет перевязочный 4" FCP 0.1 (одна подушка)** (перевязочный пакет Израиль) – комплект для остановки массивных кровотечений по размеру 4", что соответствует в метрической системе 101,6 мм);

2. Пакет перевязочный 6" FCP 0.2 (одна подушка) (перевязочный пакет Израиль) – комплект для остановки массивных кровотечений по размеру 6", что соответствует в метрической системе 152,4 мм);

12. Нифедипин – предназначена для лечения ишемической болезни сердца – стенокардия напряжения и покоя, артериальная гипертензия;

13. Диакарб (*диуретического действия*) – применяется при отечном синдроме (слабой и умеренной выраженности, в сочетании с алкалозом), глаукома (первичная и вторичная, острый приступ), эпилепсия и горная болезнь;

14. Гипоксен (Милдронат) (*психостимулирующего, кардиопротективного, антигипоксического, метаболического действия*) – применяется для повышения работоспособности в экстремальных и неблагоприятных условиях, сопровождающихся недостатком кислорода (высокогорье, условия Заполярья, подводные работы и др.); умственное и физическое перенапряжение, операторская деятельность и другие интенсивные нагрузки, сопровождающиеся хронической усталостью и утомляемостью; в комплексной терапии тяжелых травматических поражений, кровопотери, обширных оперативных вмешательств, заболеваний органов дыхания (бронхиальная астма, пневмония, обструктивный бронхит); в составе комплексной терапии стабильной стенокардии и т. д.;

17. Ренни (*антацидного действия*) – симптомы, связанные с повышенной кислотностью желудочного сока (изжога, кислая отрыжка, периодические боли в области желудка, чувство переполнения или тяжести в эпигастральной области, диспепсия и т. д.);

18. Називин фл. (*альфа-адреномиметического, антиконгестивного действия*) – применяется для лечения острых респираторных заболеваний, сопровождающихся насморком; аллергический ринит; вазомоторный ринит; для восстановления дренажа при воспалении придаточных пазух полости носа, евстахиите, среднем отите и для устранения отека перед диагностическими манипуляциями в носовых ходах;

19. Антиангин (Стрепсилс) (*антисептического действия*) – применяется для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний полости рта и глотки (облегчает боль и смягчает раздражение в горле);

23. Офломелид мазь (противомикробное комбинированное средство) – применяется для лечения противомикробное средство назначается при гнойных, инфицированных раневых поражениях различной этиологии и локализации в гнойно-некротической (первой) фазе раневого процесса, в том числе при сопутствующем болевом синдроме (трофические язвы, пролежни, инфицированные ожоги 2...4 степени, раны после оперативного вскрытия флегмон и абсцессов, после хирургической обработки гидраденитов, карбункулов, абсцедирующих фурункулов, нагноившихся липом и атером; посттравматические и послеоперационные свищи и раны;

29. CELOX порошок – предназначен для остановки крови

(кровоточащих ран любого вида; артериального и венозного кровотечений; поверхностных и глубоких ран, рваных ран, ссадин и небольших порезов);

31. Пластырь бактерицидный набор (*антисептического действия*) – предназначен для закрытия небольших ран, ссадин царапин;

35. Дексаметазон (капли глазные) – предназначен для лечения чувствительных к стероидам неинфекционных воспалительных и аллергических состояний конъюнктивы, роговицы и переднего сегмента глаза; воспалительные процессы после травм глаза и хирургического вмешательства.

2 ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ В УСЛОВИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

2.1 Анализ типичных ситуаций, которые приводят к безвозвратным потерям из-за бездействия или безграмотности личного состава

ПЕРВАЯ СИТУАЦИЯ

Раненый с ЧМТ в состоянии комы, лежа на спине, погибает от асфиксии и аспирации в течение 5...6 минут.

Действия: сделать «гражданский поворот» на живот через ось вытянутой руки для фиксации шейного отдела позвоночника.

Время исполнения с учетом оценки состояния раненного: не более 10...15 секунд.

Варианты исполнения: в положение лежа или положении стоя на коленях.

Вид помощи: только взаимопомощь.

ВТОРАЯ СИТУАЦИЯ

Ранение мягких тканей головы с признаками обильного кровотечения. Раненый может погибнуть в течение нескольких секунд от воздушной эмболии сосудов мозга или одного часа от невосполнимой потери крови.

Действия: произвести тампонаду раны куском материи или скаткой бинта. Зафиксировать тампон головным убором, скотчем или повязкой.

Время исполнения: не более 5 секунд.

Варианты исполнения: в положении лежа или сидя.

Вид помощи: самопомощь или взаимопомощь.

ТРЕТЬЯ СИТУАЦИЯ

Обильное кровотечение из раны конечностей. Если кровотечение из бедренной артерии не остановлено в течение 2...3 минут, то раненые не выживают в 100 % случаев.

Действия: пережать поврежденный сосуд выше раны кулаком с последующим наложением атравматичного кровоостанавливающего жгута по всем правилам наложения жгута при артериальном кровотечении. В случаях травматической ампутации фрагмента конечности пережать культю на 3...4 см выше ее окончания с дальнейшим наложением жгута. В случаях травматического отрыва конечности – произвести тугую тампонаду раны.

Время исполнения: не более 15...20 секунд.

Варианты исполнения: в положении лежа или сидя.

Вид помощи: взаимопомощь, возможна самопомощь.

ЧЕТВЕРТАЯ СИТУАЦИЯ

Огнестрельное ранение шеи. Смерть в первые секунды наступает от воздушной эмболии в случае ранения яремных вен, или в течение нескольких минут в случаях ранения сонной артерии.

Действия: произвести тампонаду раны с прижатием сосудов большим пальцем через воротник одежды с последующей тампонадой бинтом и прижатия тампона жгутом.

Время исполнения: не более 5 секунд.

Варианты исполнения: в положении лежа или сидя.

Вид помощи: взаимопомощь, возможна самопомощь.

Решение проблемы: обучить каждого военнослужащего практическим навыкам тампонады раны шеи и наложения жгута при ранении шеи.

ПЯТАЯ СИТУАЦИЯ

Рефлекторная остановка сердца в случаях: воздействие ударной волны, удара в грудь, эмоциональных потрясений.

Время эффективности использования прекардиального удара не превышает 3...4 минут.

Действия: произвести удар кулаком по средне трети грудины.

Время исполнения: не более 3 секунд.

Варианты исполнения: в положении лежа или сидя.

Вид помощи: только взаимопомощь.

ШЕСТАЯ СИТУАЦИЯ

Проникающее ранение грудной клетки. Смерть раненого в случаях извлечения из раны инородного предмета в течение нескольких секунд. Смерть от осложнения пневмоторакса, плапрогенного шока может наступить в течение часа.

Действия: пережать входное и выходное отверстие ладонями с последующим наложением ИПП или герметизирующих повязок.

Время исполнения: не более 20 секунд.

Варианты исполнения: в положении лежа или сидя.

Вид помощи: взаимопомощь, возможна самопомощь.

2.2 Рекомендации к использованию раздела «Первая помощь в условиях проведения боевых действий» в медицинской подготовке личного состава СпН ВС МО, ГРУ, ССО, ФСБ и ФС ВНГ

Данный раздел предназначен для обучения группы из 8...12 человек.

В разделе подробно разобраны вопросы оказания первой медицинской помощи в каждой из шести, наиболее частых ситуациях ранений военнослужащих, приводящих к безвозвратным потерям. Особое внимание уделяется проблемам оказания помощи в секторе обстрелов и по временном укрытии.

2.2.1 Оказание первой помощи в секторе обстрела

В максимально сжатое время требуется оказать только тот минимальный объем помощи, который позволит раненому дожить до окончания боя или обеспечит жизнеспособность во время его транспортировки в укрытие.

Именно в этой ситуации подготовка личного состава требует жесткого выполнения алгоритма навыков оказания первой помощи с соблюдением собственной безопасности и четкого выполнения норматива времени до одной секунды. Как показывает опыт занятий с лучшими спецподразделениями МВД, требуется не менее 15...20 попыток выполнения каждой манипуляции для доведения навыков ее исполнения до уровня профессионального автоматизма, когда боец, не теряя времени на осмысление техники выполнения той или иной манипуляции, решает вопрос наиболее рациональных действий с учетом поставленной боевой задачи.

В разделе уделяется большое внимание вопросам оценки состояния раненого на расстоянии и предварительного выбора тактики рациональных действий при оказании первой помощи, нормативы выполнения которых в секторе обстрела не должны превышать 20-ти секунд.

2.2.2 Оказание первой помощи в укрытии

Во временном укрытии норматив оказания первой медицинской помощи для подготовки раненого к транспортировке на следующий этап эвакуации не должен превышать 4-х минут.

Выполнение установленного норматива возможно только при условии согласованности действий бойцов при осмотре раненого, проведении комплекса сердечно-легочной реанимации, наложении повязок на раны и внутривенного введения растворов.

Практические занятия с использованием данного раздела следует проводить в условиях, максимально приближенных к боевым действиям под контролем секундомера и технологических карт аттестации. В оценке занятия учитывается не только время выполнения задания, но и сумма штрафных минут, начисленных за допущенные погрешности, согласно технологическим картам аттестации.

Для успешного прохождения аттестационного зачета группой из 8...12 человек, разбитой на команды из 4-х бойцов требуется не менее 16 учебных часов. Каждый, успешно сданный таким образом зачет, позволяет рассчитывать на сохранение жизни еще одного спецназовца.

2.3 Два основополагающих правила оказания первой медицинской помощи в зоне огневого контакта

Правило первое

В секторе обстрела следует в максимально сжатое время оказать только тот минимальный объем помощи, который позволит раненому дожить до окончания боя или обеспечит его жизнеспособность во время транспортировки в укрытие.



Рисунок 2.1

Пояснение к рисунку 2.1

Если на поврежденную бедренную артерию в течение 2-х минут не наложен жгут, то раненый обязательно погибнет от невосполнимой потери крови



Рисунок 2.2

Пояснение к рисунку 2.2

Если на поврежденные артерии плеча и предплечья в течение 30...40 минут не наложен жгут, то раненый может погибнуть от невосполнимой потери крови.



Рисунок 2.3

Пояснение к рисунку 2.3

Если раненный в состоянии комы в течение 5...6 минут не будет повернут на живот, то он может погибнуть от западения языка и попадания рвотных масс в дыхательных пути.

Правило второе

Проводить осмотр раненого, а также комплекс сердечно-легочной реанимации, накладывать повязки на раны и налаживать внутривенное введение жидкостей можно только в укрытии, где есть возможность безопасно встать на колени.



Рисунок 2.4

Пояснение к рисунку 2.4

Во временном укрытии время оказания первой медицинской помощи для подготовки раненного к транспортировке на следующий этап эвакуации не должно превышать 4-х минут.

2.4 Тактика действий в секторе обстрела, когда раненый не подает признаков жизни

Если раненый не подает признаков жизни: не кричит, не шевелится и не реагирует на окружающее, то можно предположить только три варианта его состояния



Рисунок 2.5

Первый вариант состояния раненого – клиническая смерть.

Увидеть признаки клинической смерти можно только в укрытии.

Нанести прекардиальный удар и проводить сердечно-легочную реанимацию, можно только после освобождения раненного от бронежилета.

Действия

Повернуть на живот и оставить до окончания боя или транспортировать в укрытие в положение «лежа на животе».

Второй вариант состояния раненого – он жив.

У раненого нет сознания, но есть пульс на сонной артерии (кома).

В положении на спине он в любую секунду может погибнуть: удавиться языком или захлебнуться рвотными массами.

Раненого в условиях боя может спасти только поворот на живот.

Этот минимальный объем помощи можно выполнить в секторе обстрела.

Действия

Повернуть на живот и оставить до окончания боя или транспортировать в укрытие в положении «лежа на животе».

Третий вариант состояния раненого – он мертв

Любая помощь потеряла всякий смысл, но увидеть признаки биологической смерти можно только в укрытии.

Действия

Повернуть на живот и оставить до окончания боя или транспортировать в укрытие в положении «лежа на животе».

Пояснение

В секторе обстрела нельзя снять шлем-маску, бронежилет, посмотреть зрачки и прощупать пульс на сонной артерии. Поворот на живот и транспортировка раненого в положении «лежа на животе» позволит сохранить жизнь в состоянии комы – самой частой причины смерти на поле боя.

2.5 Почему раненые в состоянии комы, лежащие на спине, часто погибают в первые минуты после потери сознания

Развитие комы обязательно сопровождается рвотой, угнетением глотательного и кашлевого рефлексов. Лежащий на спине раненый обязательно захлебнется рвотными массами. Многовековое солдатское поверье: «Если сраженный воин упал на спину, то он скорее всего убит», – к сожалению, часто соответствует реальности.

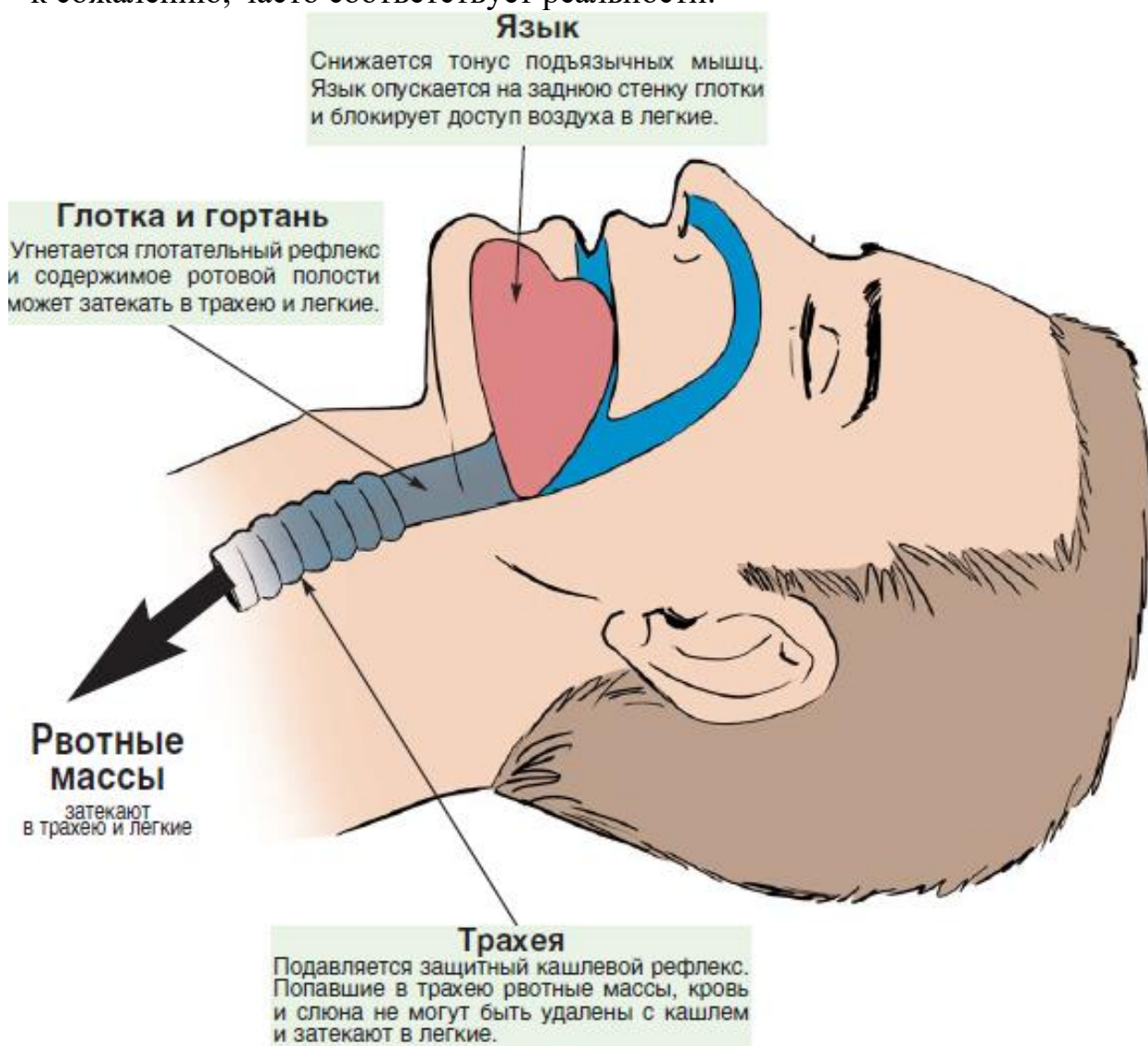


Рисунок 2.6

Внимание!

Раненые в состоянии комы, лежащие на спине, часто погибают в течение 5...10 минут.

2.6 Почему раненые в состоянии комы, лежащие на животе, чаще выживают на поле боя

У раненого, лежащего на животе, происходит самопроизвольное очищение дыхательных путей. В этом случае солдатская примета, утверждающая, что сраженный воин, упавший лицом вниз, скорее всего жив – часто имеет практическое подтверждение.

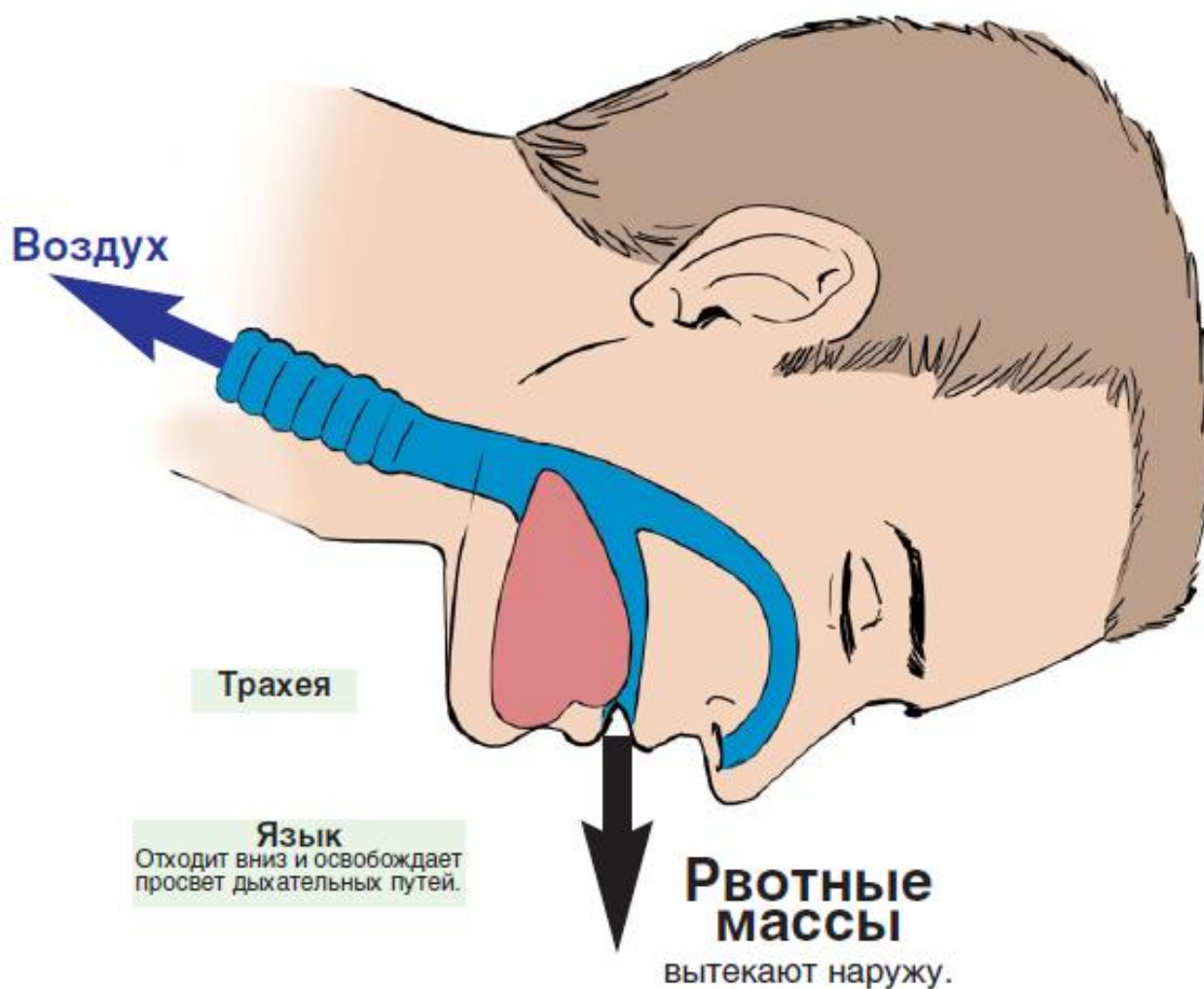


Рисунок 2.7

Внимание!

Раненые в состоянии комы должны дожидаться оказания квалифицированной медицинской помощи или транспортироваться

2.7 Правила поворота раненого на живот с последующим оставлением его на месте до окончания боя

Правило первое.

Завести руку раненого за его голову.



Рисунок 2.8

Пояснение

В состоянии комы или клинической смерти нельзя выявить признаки повреждения шейного отдела позвоночника. Поэтому поворот на живот следует производить с обязательной подстраховкой шейного отдела позвоночника. Заведенная за голову рука подстраховывает шею и играет роль оси, которая значительно ускоряет и облегчает поворот раненого на живот.

Правило второе.

Плотно прижавшись к земле, захватить раненого за дальнее от себя плечо и резко повернуть его на живот не поднимая свою голову и плечи выше головы раненного.





Рисунок 2.9

Норматив

Время поворота раненного на живот не должно превышать 5-ти секунд.

Правило третье.

Оставить раненого в положении «лежа на животе» и продолжить решение боевой задачи, если нет возможности транспортировать его в безопасное место.



Рисунок 2.10

Пояснение

У раненого в состоянии комы и, лежащего на животе, происходит самопроизвольное очищение дыхательных путей. При отсутствии несовместимых с жизнью повреждений, у него есть реальный шанс дожить до окончания боя.

2.8 Правила поворота раненого на живот для транспортировки в укрытие

Правило первое.

Завести руку раненого за его голову и захватить его за дальнее от себя плечо.



Рисунок 2.11

Пояснение

В состоянии комы или клинической смерти нельзя выявить признаки повреждения шейного отдела позвоночника.

Поэтому поворот на живот следует производить с обязательной подстраховкой шейного отдела позвоночника.

Заведенная за голову рука подстраховывает шею и играет роль оси, что значительно ускоряет и облегчает поворот раненого на живот.

Правило второе.

Захватить раненого за дальнее от себя плечо, плотно прижаться к его туловищу и ногой захватить его голень.

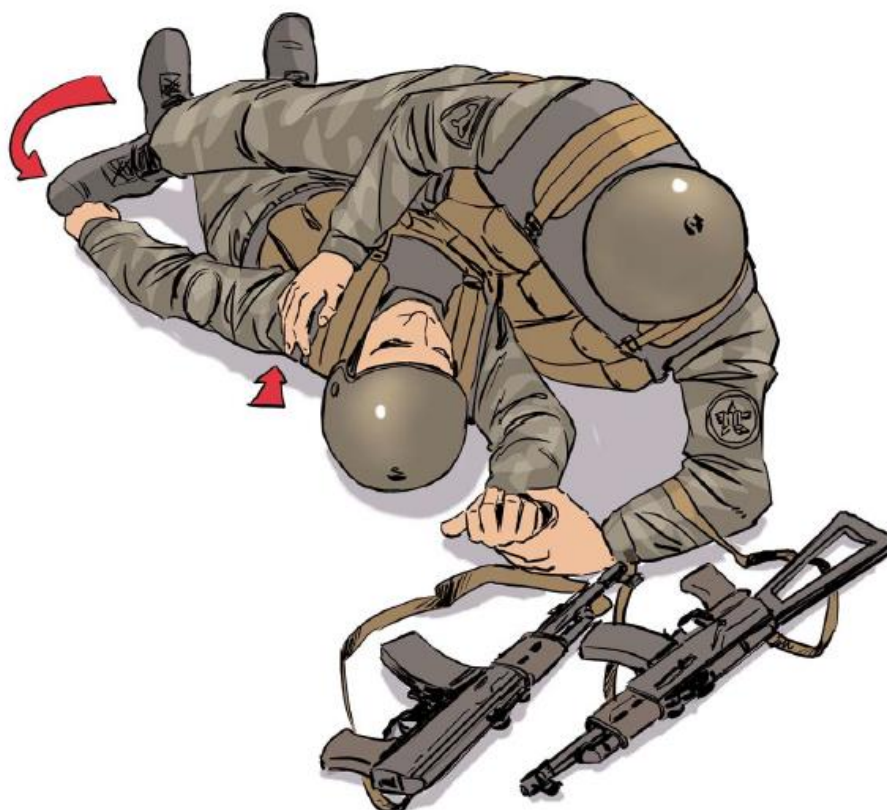


Рисунок 2.12

Пояснение

Захват за дальнее от себя плечо и захват голени своей ногой позволят максимально быстро и с минимальными усилиями перекатить раненого на себя

Правило третье.

Захватить своей ногой голень раненого и резко повернуться с ним на спину.



Рисунок 2.13

Норматив

Время поворота раненого на живот в положении лежа для дальнейшей транспортировки в укрытие не должно превышать 5-ти секунд.

2.9 Расположение оружия во время транспортировки раненого в укрытие

Свое оружие взять за цевье в левую руку. Правой рукой захватить в кулак ремень оружия раненого и лямку его разгрузочного жилета, после чего приступить к передвижению в укрытие.



Рисунок 2.14

Пояснение

Удержание ремня оружия и лямки разгрузочного жилета в одной руке позволяет жестко фиксировать раненого при передвижении, а при необходимости быстро воспользоваться его оружием или оставить раненого (погибшего) бойца на месте и продолжать выполнение боевой задачи.

2.10 Варианты проведения заградительного огня во время транспортировки раненого

Первый вариант



Рисунок 2.15

Второй вариант



Рисунок 2.16

Пояснение

Такой способ транспортировки раненого позволяет контролировать состояние раненого и боевую ситуацию

2.11 Правила транспортировки раненного в укрытие

Правило первое.

Транспортировать раненого следует в положении «лежа на животе», используя для передвижения свою левую ногу и правую руку.

Правило второе.

Во избежание быстрого расходования сил через каждые 10...15 метров следует сменить толчковые руку и ногу на противоположные.

Правило третье.

Во время транспортирования следует быть готовым в любой момент открыть заградительный огонь из автомата, расположенного за спиной раненого.



Рисунок 2.17

Норматив

Скорость перемещения с раненым должна быть не менее 1 метра в секунду.

2.12 Правила быстрого втаскивания раненого и спасающего бойцов в укрытие



Рисунок 2.18

Правило первое.

Боец, доставивший раненого к укрытию, подхватывается за лямки разгрузочного жилета и резко втаскивается вместе с раненым в укрытие.

Правило второе.

Втаскиваемый в укрытие боец выпрямляет ноги и прекращает любые попытки перемещения в положении «лежа на спине».

Пояснение

Проще и быстрее втащить двух бойцов в виде пассивного груза, чем одного, который постоянно смещает центр тяжести и толчкообразно изменяет скорость своего перемещения. Поэтому в момент захвата лямок разгрузочного жилета боец должен выпрямить ноги и не мешать действиям помощника.

2.13 Распределение задач между бойцами при оказании первой помощи раненому в укрытии



Рисунок 2.19

Первый номер. Помогает третьему номеру втащить раненого в укрытие. Затем приступает к снятию каски и выявлению признаков биологической смерти. Осматривает голову на наличие ран и повреждения костей человека. Во время транспортировки к санитарному транспорту несет головной конец носилок слева.

Второй номер. Расстилает плащевые носилки или плащ-палатку. Затем снимает с раненого разгрузочный жилет и бронежилет, определяет пульс на сонной артерии. В случае клинической смерти наносит прекардиальный удар, проводит непрямой массаж сердца. Во время транспортировки к санитарному транспорту несет головной конец носилок справа.

Третий номер. После транспортировки раненого в укрытие помогает снять разгрузочный жилет и затем бронежилет. Расстегивает поясной

ремень. Во время проведения реанимации приподнимает ноги. При транспортировке к санитарному транспорту несет ножной конец носилок.

Четвертый номер. Обеспечивает огневое прикрытие. При возможности помогает перенести раненого с земли на носилки и транспортировать его к санитарному транспорту, оставляя за собой задачу огневого прикрытия.

2.14 Согласование действий бойцов в подготовке раненого к осмотру

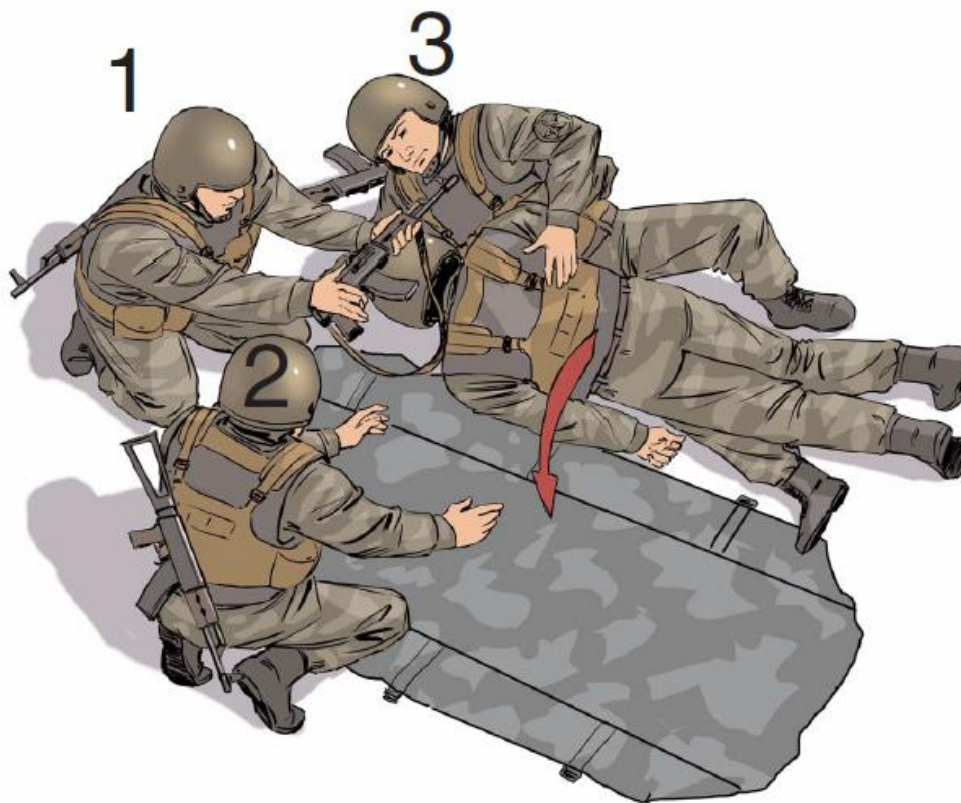


Рисунок 2.20

Первый номер. Снимает с раненого оружие, если оно оставалось за спиной на ремне.

Второй номер. Расстилат носилки или плащ-палатку и располагается слева от нее.

Третий номер. Перекладывает раненого на носилки положение «лежа на спине».

2.15 Согласование действий бойцов во время осмотра раненого в укрытии

Первый номер. Выявляет признаки биологической смерти. Осматривает голову на наличие ран и повреждений костей черепа. В случае клинической смерти проводит искусственное дыхание способом «изо рта в рот».

Второй номер. Определяет пульс на сонной артерии. В случае клинической смерти наносит удар по груди и при необходимости приступает к непрямому массажу сердца.

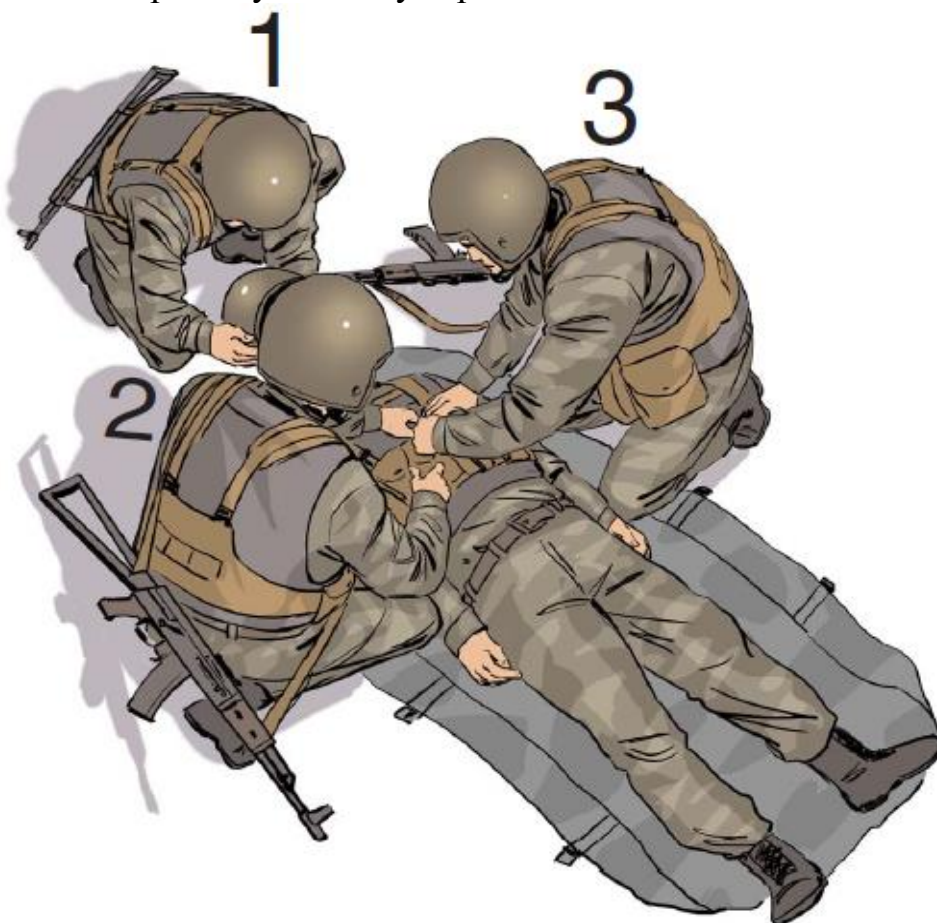


Рисунок 2.21

Третий номер. Расстегивает поясной ремень раненого. Осматривает его шею, грудь, живот и ноги на наличие ран и кровотечений. В случае клинической смерти приподнимает ноги раненого, восстанавливает силы после транспортировки.

2.16 Тактика действий в укрытии, в зависимости от трех ситуаций состояния раненого, неподающего признаков жизни

Первая ситуация.
Высыхание роговицы, деформация зрачка.
(биологическая смерть)

Действия
Повернуть погибшего на спину, накрыть плащ-палаткой, эвакуировать в последнюю очередь.




Рисунок 2.22

Вторая ситуация.

Нет сознания и пульса на сонной артерии. Нет признаков биологической смерти (клиническая смерть)

Действия

Нанести удар по груди, и при отсутствии эффекта приступить к реанимации.



Рисунок 2.23

Третья ситуация.

нет сознания, но есть пульс на сонной артерии (состояние комы)

Действия

Повернуть раненого на живот.



Рисунок 2.24

2.17 Действия в случае, когда нет сознания, и нет пульса на сонной артерии (клиническая смерть)



Рисунок 2.25

Второй номер. Убеждается в отсутствии пульса на сонной артерии.

Норматив.

Время определения пульса на сонной артерии не должно превышать 10-ти секунд.



Рисунок 2.26

Второй номер. Наносит удар по груди.

Норматив.

Время исполнения удара после оценки состояния не должно превышать 2-х секунд.

2.17.1 Правила нанесения прекардиального удара



Рисунок 2.27

Правило первое. Удар нельзя наносить при наличии пульса на сонной артерии.

Правило второе. Локоть должен быть направлен в сторону живота раненого.

Правило третье. После удара проверить пульс на сонной артерии. В случае отсутствия пульса сделать еще одну-две попытки. После каждого удара следует контролировать пульс на сонной артерии.

Правило четвертое. Если после 2...3 ударов пульс на сонной артерии не появился, приступить к непрямому массажу сердца.

Пояснение.

Чем быстрее произведен удар по груди, тем больше шансов на спасение. Уже через четыре-пять минут с момента остановки сердца он полностью теряет свою эффективность.



Рисунок 2.28

Второй номер. Приступает к непрямому массажу сердца.

2.17.2 Правила проведения непрямого массажа сердца



Рисунок 2.29

Правило первое. Расположить основание ладони так, чтобы большой палец был направлен на подбородок или живот раненого. Другую ладонь расположить сверху.

Правило второе. Переместить центр тяжести на грудину раненого и проводить непрямой массаж сердца прямыми руками.

Правило третье. Продавливать грудную клетку не менее чем на 3...5 см с частотой не реже 60 раз в минуту.

Правило четвертое. Каждое следующее надавливание следует начинать только после того, как грудная клетка вернется в исходное положение.

Правило пятое. Оптимальное соотношение надавливаний на грудную клетку и вдохов искусственной вентиляции легких – 30 : 2, независимо от количества участников реанимации.

Правило шестое. Если после 30-го надавливания оживления не произошло, сделать 2 вдоха искусственного дыхания.

Пояснение.

При каждом надавливании на грудную клетку происходит активный выход, а при ее возвращении в исходное положение – пассивный вдох. Когда выделения изо рта раненого представляют угрозу для здоровья спасающего, можно ограничиться проведением непрямого массажа сердца, то есть безвентиляционным вариантом реанимации.



Рисунок 2.30

Первый номер. Приступает к проведению вдоха искусственного дыхания.

Пояснение.

В случаях, когда проведение искусственного дыхания способом «изо рта в рот» невозможно, то следует ограничиться проведением непрямого массажа сердца.

2.17.3 Правила проведения вдоха искусственного дыхания

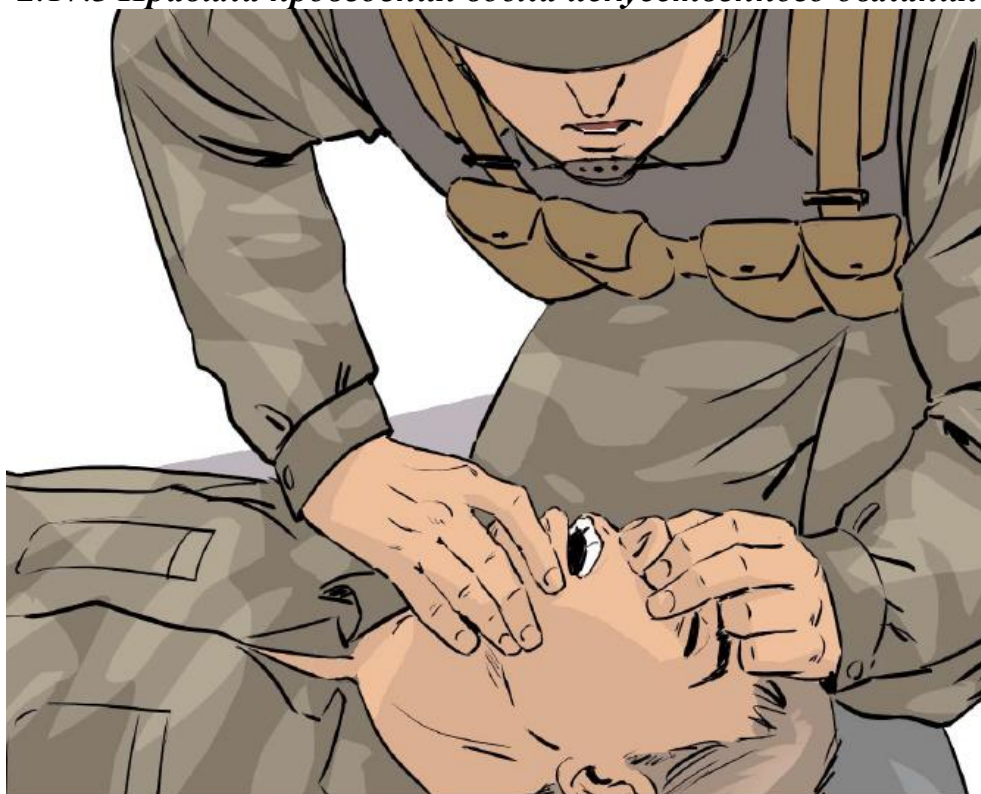


Рисунок 2.31

Правило первое. Правой рукой обхватить подбородок так, чтобы пальцы, расположенные на нижней челюсти и щеках раненого, смогли разжать и раздвинуть его губы.

Правило второе.левой рукой зажать нос.

Правило третье. Запрокинуть голову раненого. Удерживать голову пострадавшего в таком положении до окончания проведения вдоха.

Правило четвертое. Плотнo прижаться губами к губам раненого и сделать в него максимальный выдох. Если во время проведения вдоха ИВЛ спасатель под пальцами правой руки почувствует раздувание щек, то он может сделать безошибочный вывод о неэффективности попытки вдоха.

Правило пятое. Если первая попытка вдоха ИВЛ оказалась неудачной, следует увеличить угол запрокидывания головы и сделать повторную попытку.

Правило шестое. Если вторая попытка вдоха ИВЛ оказалась неудачной, то необходимо сделать 30 надавливаний на грудину, повернуть пострадавшего на живот, очистить пальцами ротовую полость и только затем снова сделать вдох ИВЛ.

2.18 Правила проведения реанимации более 10 минут



Рисунок 2.32

Правило первое. Первый номер делает вдох искусственного дыхания. Контролирует реакцию зрачков и пульс на сонной артерии и информирует бойцов о состоянии пострадавшего: «**Есть реакция зрачков!**» или «**Есть пульс!**» и т. п.

Правило второе. Второй номер проводит непрямой массаж сердца и отдает команду: «**Вдох!**». Контролирует эффективность вдоха искусственного дыхания по подъему грудной клетки и констатирует: «**Вдох прошел!**» или «**Нет вдоха!**».

Правило третье. Третий номер приподнимает ноги пострадавшего для улучшения притока крови к сердцу. Восстанавливает силы и готовится сменить первый номер. Координирует действия партнеров.

Правило четвертое. Через каждые 2...3 минуты реанимации обязательно производится смена участников. Если пренебречь этим правилом, очень велика вероятность обморока у первого номера.

Пояснение

Такое расположение участников позволяет:

1. проводить реанимацию более 10 минут;
2. избегать столкновений головами;
3. привлечь к реанимации необученного бойца. Сначала ему следует доверить поддержание ног, а затем задействовать в проведении реанимации.

Норматив

В выполнении этой задачи нет норматива времени.

Реанимация проводится либо до появления сознания, пульса на сонной артерии, либо до появления признаков биологической смерти: высыхания роговицы и деформации зрачков, которые появляются через 15...20 минут после остановки сердца.

2.19 Правила транспортировки раненого с угрозой повторной остановки сердца



Рисунок 2.33

Первый номер. Несет носилки за правую переднюю лямку, контролирует состояние раненого и сообщает позади идущему о возможных препятствиях.

Второй номер. Несет носилки за правую руку, контролирует состояние раненого и сообщает позади идущему о возможных препятствиях.

Третий номер. Несет носилки в ногах, взяв в одну руку две ручки, и готов в любой момент приступить к ведению огневого прикryтия.

Четвертый номер. Продолжает обеспечивать огневое прикryтие.

2.20 Действия в случае, когда нет сознания, но есть пульс на сонной артерии (состояние комы)



Рисунок 2.34

Первый номер. Исключает признаки биологической смерти. Осматривает голову на наличие ран и повреждений костей черепа.

Второй номер. Определяет пульс на сонной артерии. Если пульс есть, приступает к повороту на живот.

Третий номер. Расстегивает поясной ремень. Осматривает грудь, живот и ноги на наличие ран и кровотечений.

Норматив

Время определения пульса на сонной артерии не должно превышать 10-ти секунд.

Правило первое. Вставь на два колена и завести руку раненого за его голову.



Рисунок 2.35

Правило второе. Повернуть раненого на свои колени и очистить пальцами его ротовую полость.



Рисунок 2.36

Правило третье. Повернуть раненого на живот.

Пояснение

Когда челюсти раненого сжаты, не следует пытаться их разжимать. Плотно стиснутые зубы не препятствуют прохождению воздуха и жидкости.

Норматив

Время поворота раненого на живот в положении стоя на коленях не должно превышать 5-ти секунд.

2.21 Правила транспортировки раненого в состоянии комы

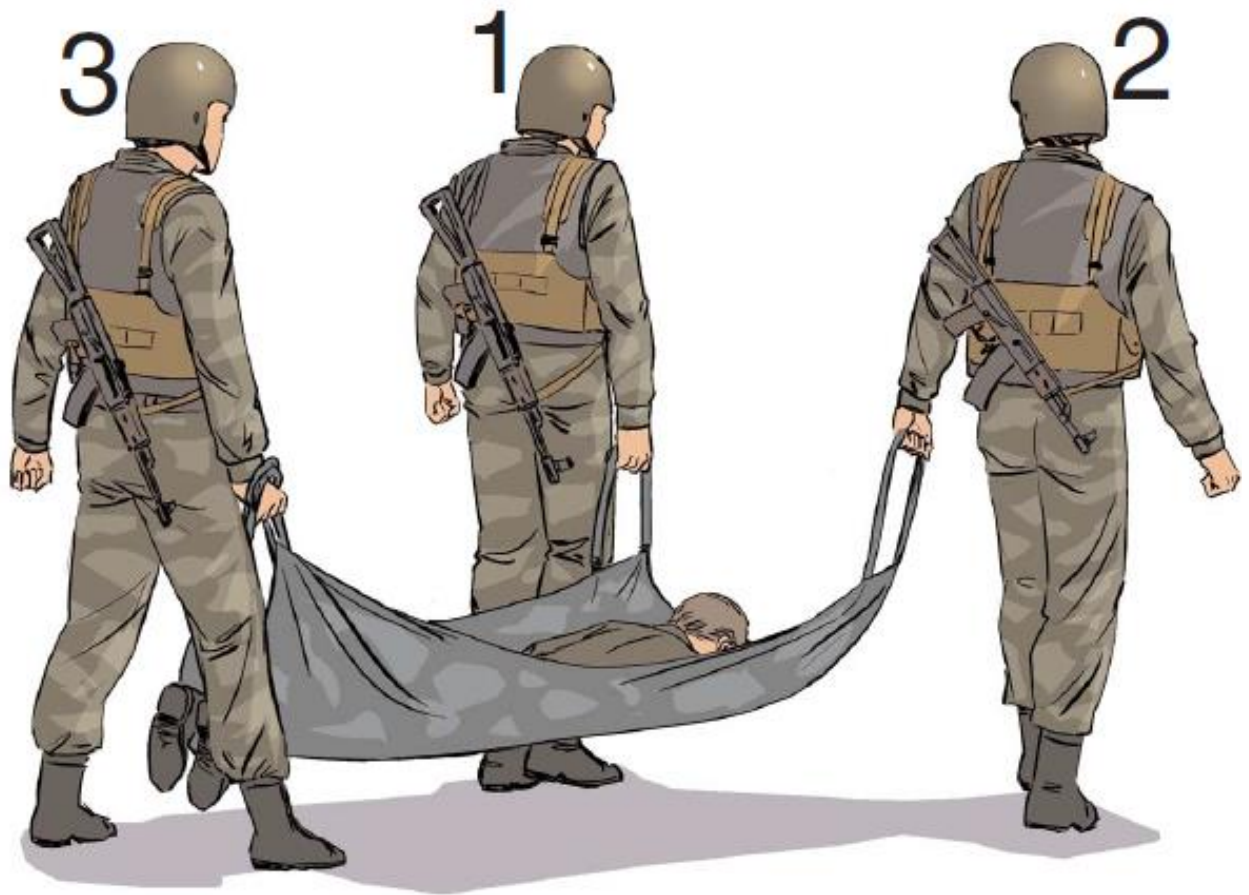


Рисунок 2.37

Первый номер. Несет носилки за левую переднюю лямку, контролирует состояние раненого и сообщает позади идущему о возможных препятствиях.

Второй номер. Несет носилки за правую переднюю лямку, контролирует состояние раненого и сообщает позади идущему о возможных препятствиях.

Третий номер. Несет носилки в ногах за две задних лямки и готов в любой момент приступить к ведению огневого прикрытия.

Пояснение

Транспортировать раненого в состоянии комы можно только в положении «лежа на животе».

Норматив

Время от начала осмотра раненого и оказания первой медицинской помощи в укрытии до начала транспортировки на дальнейший этап эвакуации не должно превышать 2-х минут.

2.22 Тактика действий в секторе обстрела, когда возле головы и туловища раненого видна лужа крови



Рисунок 2.38

Первый вариант — ранение головы.

Обнаружить рану и оказать помощь без снятия каски невозможно.

Действия

Повернуть на живот и оставить до окончания боя или транспортировать в укрытие в положении «лежа на животе».

Второй вариант — ранение шеи.

Можно увидеть место ранения и оказать минимальный объем помощи.

Действия

Прижать пальцем рану на шее, наложить через тампон жгут, повернуть на живот и оставить до окончания боя или транспортировать в укрытие в положении «лежа на животе».

Третий вариант — ранение грудной клетки.

Обнаружить рану и оказать помощь без снятия бронежилета невозможно.

Действия

Повернуть на живот и оставить до окончания боя или транспортировать в укрытие в положении «лежа на животе».

Пояснение

Учитывая, что при тяжелых ранениях возможна внезапная потеря сознания, бойца возле головы и туловища которого есть лужа крови, следует быстро повернуть на живот и в таком положении оставить его до окончания боя или транспортировать в укрытие.

2.23 Правила наложения жгута на шею в секторе обстрела

Правило первое.

Прижать пальцем рану на шее через воротник одежды или непосредственно рану.



Рисунок 2.39

Пояснение

Причиной смерти в первые секунды после ранения может стать попадание воздуха в вену (воздушная эмболия). Ткань, прижатая к ране, быстро пропитается кровью и станет герметичной для воздуха.

Прижатый к ране палец, также прекратит поступление воздуха в поврежденную вену, но с гораздо меньшим эффектом.

Правило второе. Подложить под палец бинт, освобожденный от упаковки.



Рисунок 2.40

Пояснение

Многослойная ткань значительно повысит эффект герметизации и даст полную гарантию от попадания воздуха в поврежденную вену.

Правило третье. Положить руку раненого на свое плечо.

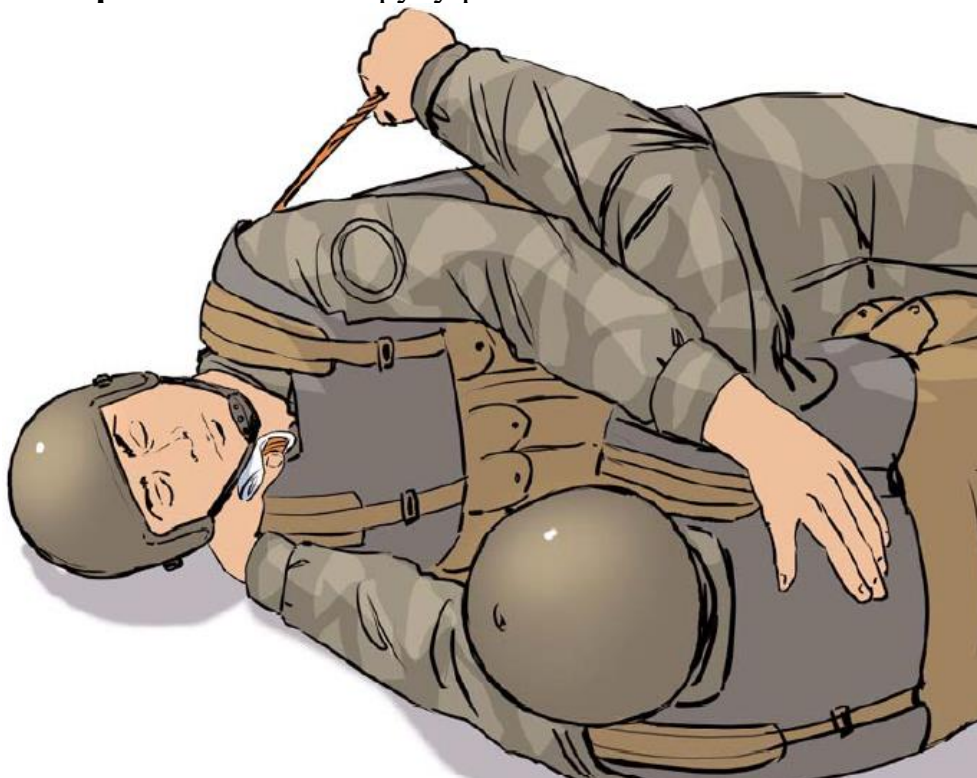


Рисунок 2.41

Правило четвертое. Наложить жгут через подмышечную впадину.



Рисунок 2.42

Правило пятое. Не нужно отмечать время наложения жгута.



Рисунок 2.43

Пояснение

Жгут, протянутый подмышкой можно не снимать в течение нескольких суток, в отличие от жгута, наложенного через поднятую руку.

Норматив

Время наложения жгута на шею не должно превышать 10-ти секунд.

Правило шестое. Повернуть раненого на живот и оставить дожидаться окончания боя или транспортировать его в укрытие в положении «лежа на животе».



Рисунок 2.44

Пояснение

Боец с ранением шеи может в любую секунду потерять сознание и впасть в состояние комы. Поэтому следует быстрее повернуть его на живот.

2.24 Согласование действий бойцов в укрытии во время осмотра бойца с ранением шеи



Рисунок 2.45

Первый номер. Осматривает голову на наличие ран и повреждений костей черепа. В случае необходимости производит тампонаду раны и фиксирует тампон банданой или вязанной маской.

Второй номер. Прижимает тампон к ране после снятия жгута во время освобождения раненого от разгрузочного жилета и бронежилета.

Третий номер. Расстегивает поясной ремень раненого. Осматривает его грудь, живот и ноги на наличие ран и кровотечений.

2.25 Правила наложения жгута на шею в положении раненого «сидя»



Рисунок 2.46

Правило первое.

Прислонить раненого спиной к своему колену.

Правило второе.

После наложения жгута раненый должен иметь возможность сглатывать слюну.

Правило третье.

Не вкладывать записку о времени наложения жгута.

2.26 Правила оказания помощи в случае ранения головы



Рисунок 2.47

Правило первое. Нельзя использовать пальцевое прижатие при артериальном кровотечении, особенно в области височных костей.

Правило второе. Приложить к ране скатку бинта или бандану, сложенную в несколько раз.

Пояснение

Кровотечение из артерий мягких тканей головы не опасно для жизни. Оно прекращается в течение 10...15 минут. Но вместе с артериями часто повреждаются кости черепа, поэтому очень опасно использовать пальцевое прижатие, особенно в области височных костей, из-за возможного вдавливания их отломков в мозг.



Рисунок 2.48

Правило третье. Нельзя отстранять от раны тампон. В случае сильного пропитывания его кровью, поверх приложить другой, который, при необходимости, можно заменять новым.

Правило четвертое. Зафиксировать тампон на голове бинтовой повязкой, шапочкой или банданой.

Пояснение

Венозное кровотечение из ран головы представляет смертельную опасность. Любое, безобидное на вид, касательное ранение может привести к смерти по двум причинам.

В первом случае, в просвет поврежденных вен всасывается воздух, что может привести к мгновенной смерти от воздушной эмболии сосудов питающих мозг.

Во втором случае, длительное обильное кровоистечение из вен головы часто приводит к опасной для жизни кровопотере. От нелепой смерти может уберечь каска или даже бандана.

Норматив

Время оказания помощи при ранении мягких тканей головы не должно превышать 20-ти секунд.

2.27 Правила оказания помощи в случае обнаружения входного пулевого отверстия на передней поверхности грудной клетки

Правило первое. Прижать ладонью рану (можно через гимнастерку).

Правило второе. Посадить раненого с упором на свое колено.



Рисунок 2.49

Пояснение

Изначально бросается в глаза выходное отверстие. Учитывая, что в большинстве случаев огнестрельное ранение имеет прямолинейный характер, следует одновременно зажать ладонями, как выходное, так и входное (или его предполагаемое место расположения) отверстия раны.

Правило третье. Раскрыть ИПП и приложить к входному отверстию раны герметизирующую оболочку и марлевую подушечку.

Правило четвертое. Усадить раненого с упором на свое колено.

Правило пятое. Прижать коленом подушечку ИПП к спине раненого и прибинтовать обе подушечки к груди.



Рисунок 2.50

Пояснение

Проникающее ранение грудной клетки обязательно приведет к попаданию воздуха в плевральную полость, что значительно ухудшает состояние раненого. Это объясняется тем, что поступающий воздух сжимает легкое. Появится чувство нехватки воздуха. Смещение органов грудной клетки обязательно сопровождается сильнейшими болями и вызывает развитие болевого шока.

Правило шестое. Обязательно ввести в плечо обезболивающее средство и приколоть пустой шприц-тюбик к воротнику или рукаву одежды.

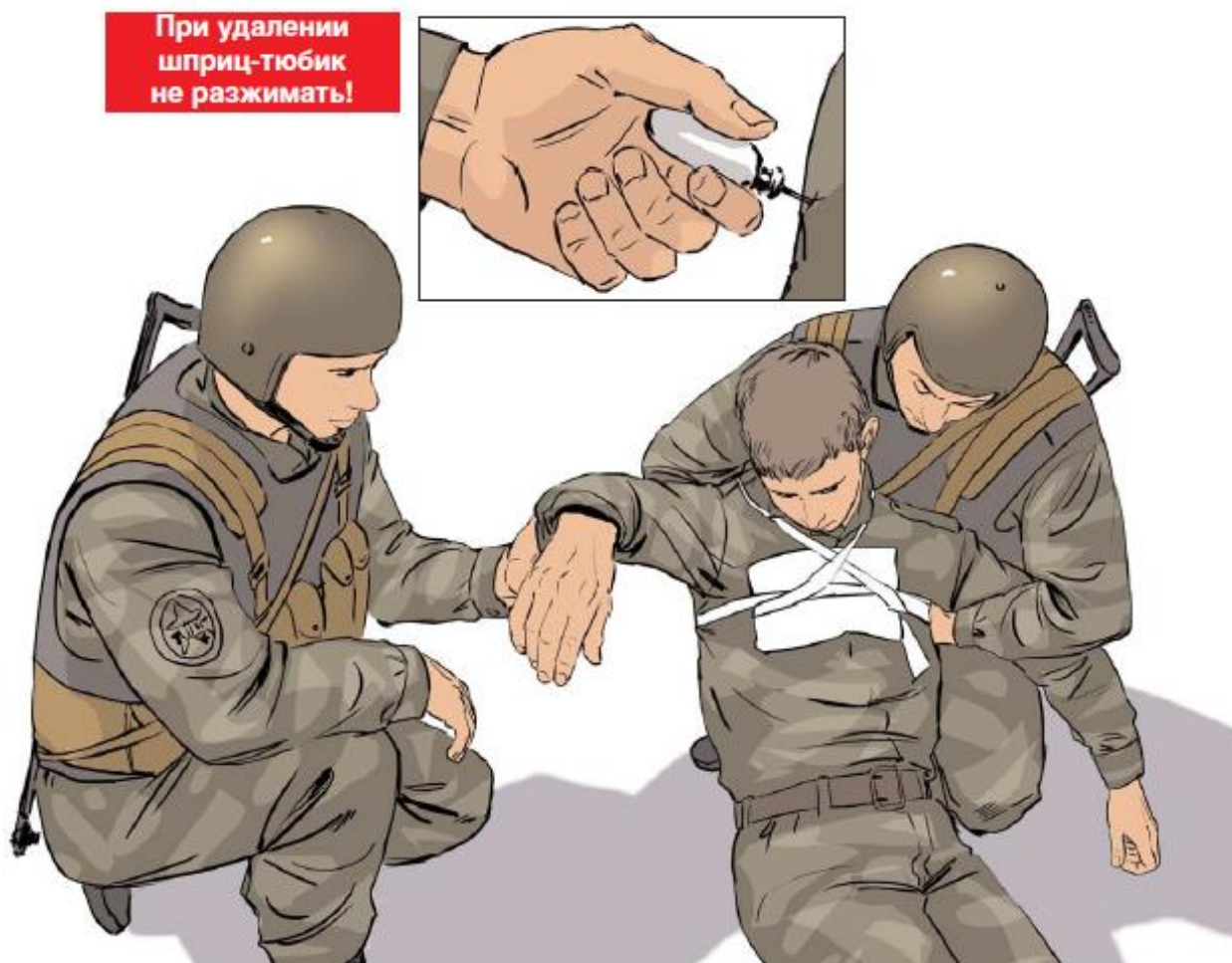


Рисунок 2.51

Пояснение

Проникающее ранение грудной клетки обязательно приведет к попаданию воздуха в плевральную полость, что значительно ухудшает состояние раненого. Поступающий воздух сжимает легкое, и вызывает чувство нехватки воздуха. Сжатие легкого и смещение органов грудной клетки обязательно сопровождаются сильнейшими болями и вызывают развитие болевого шока. Поэтому обезболивание следует произвести сразу же после герметизации входного отверстия раны.

Норматив

Время оказания первой помощи бойцу с ранением грудной клетки не должно превышать 2-х минут.

2.28 Правила переноса на носилках раненого с повреждениями грудной клетки

Правило первое. Переносить раненого на носилках можно только в положении полу сидя.

Правило второе. Даже если боец с ранением грудной клетки потерял сознание, его следует переносить в положении на спине с приподнятым головным концом носилок.



Рисунок 2.52

Пояснение

При ранении грудной клетки раненому легче дышать в положении сидя.

2.29 Оказание первой помощи раненому с обильным кровотечением из раны руки в секторе обстрела



Рисунок 2.53

Пояснение № 1

Если при ранении плечевой артерии жгут не будет наложен в течение 30...40-минут, то раненый может погибнуть от невосполнимой потери крови.

Пояснение № 2

Если при ранении плечевой артерии жгут наложен в первые пять минут после ранения, то боец может частично выполнять боевую задачу в течение часа или самостоятельно добраться до укрытия.

Пояснение № 3

На поле боя нет возможности проконтролировать правильность наложения жгута. Поэтому его следует накладывать с максимальным усилием, и время его наложения не должно превышать 10 секунд.

2.30 Правила оказания первой помощи раненому с обильным кровотечением из раны руки в секторе обстрела

Правило первое.

Положить руку раненого на свое плечо.



Рисунок 2.54

Правило второе.

Наложить на плечо кровоостанавливающий жгут без контроля пульса на лучевой артерии.



Рисунок 2.55

Норматив

Время наложения кровоостанавливающего жгута на плечо не должно превышать 10-ти секунд.

Правило третье.

Обязательно ввести обезболивающее средство выше места наложения жгута.

При удалении шприц-тюбик не разжимать!



Рисунок 2.56

Правило четвертое.

Приколоть шприц-тюбик к рукаву, возле наложенного жгута.

Правило пятое.

После обезболивания раненого необходимо повернуть на живот и оставить в таком положении до окончания боя или транспортировать его в укрытие в положении «лежа на животе».



Рисунок 2.57

Пояснение

Очень часто при огнестрельном ранении руки повреждаются кости предплечья и плечевая кость, что приводит к развитию болевого шока.

При обильном кровотечении возникает угроза потери сознания, поэтому сразу после наложения жгута и обезболивания раненого следует повернуть на живот. Оставлять его до окончания боя или транспортировать в укрытие следует только в положении «лежа на животе».

2.31 Правила контроля правильности наложения жгута в укрытии

Правило первое.

Если рука ниже места наложения жгута бледная и на лучевой артерии нет пульса, жгут оставить на месте.

Правило второе.

Если рука ниже места наложения жгута посинела и отекла, а на лучевой артерии есть пульс, жгут немедленно распустить и наложить заново.

Правило третье.

Проверить отметку об обезболивании (наличие пустого шприц-тюбика, приколотого возле жгута) или спросить раненого об обезболивании.



Рисунок 2.58

Пояснение

Если неправильно наложенный жгут находился на руке более 15 минут, то возникает угроза ампутации конечности.

2.32 Правила наложения жгута на плечо в условиях укрытия

Правило первое.

Усадить раненого.

Правило второе.

Поднять руку выше туловища раненого.

Правило третье.

Захватить раненую руку снизу.

Правило четвертое.

Обернуть жгута вокруг руки с максимальным усилием.

Правило пятое.

Наложить следующие витки жгута с меньшим усилием. Обернуть петлю-застежку вокруг жгута и зацепить ее за свободный конец жгута (см. рисунок 2.60).



Рисунок 2.59



Рисунок 2.60

Правило шестое.

Убедиться в отсутствии пульса на лучевой артерии.



Рисунок 2.61

Пояснение № 1

Атравматичный жгут, «Альфа» (врача Бубнова) можно накладывать на голую кожу с максимальным усилием без риска ущемить кожу, повредить сосуды или нервы. Данный эффект возможен благодаря специальному рельефу жгута.

Пояснение № 2

Через каждый час, независимо от времени года, жгут следует полностью снимать и через минуту накладывать вновь. Таким образом, раненого можно транспортировать в течение 10...12 часов. В записке обязательно отметить время первоначального наложения.

Правило седьмое.

Наложить стерильную повязку на рану.

Правило восьмое.

Зафиксировать раненую руку к груди банданой или одеждой.

Правило девятое.

Если обезболивающее средство не было использовано, то ввести содержимое шприц-тюбика выше наложенного жгута и прикрепить его к рукаву.

Правило десятое.

Вложить записку о времени наложения жгута.



Рисунок 2.62

2.33 Тактика действий в секторе обстрела, если возле ног и туловища которого видна лужа крови



Рисунок 2.63

Первый вариант – ранение живота

Действия

Оставить лежать на спине. Обезболить. Транспортировать в укрытие можно только в положении «лежа на спине».

Второй вариант – ранение бедренной артерии

Действия

Наложить жгут на бедро. Если нет ранения живота, повернуть на живот. Транспортировать в укрытие в положении «лежа на животе».

Третий вариант – повреждение костей таза и нижней конечности

Действия

Обезболить. Повернуть на живот и оставить до окончания боя или транспортировать в укрытие в положении «лежа на животе».

Пояснение

Учитывая, что при тяжелых ранениях возможна внезапная потеря сознания, бойца с ранением бедренной артерии, ампутацией фрагмента нижней конечности после наложения жгута следует быстро повернуть на живот. Оставлять его до окончания боя или транспортировать в укрытие следует только в положении «лежа на животе».

2.34 Правила наложения жгута на бедро в секторе обстрела

Правило первое.

Завести раненую ногу на свое плечо.

Правило второе.

Прижать скатку бинта без упаковки к месту пережатия бедренной артерии.



Рисунок 2.64

Пояснение

Если в течение 2-х минут после ранения бедренной артерии не будет наложен кровоостанавливающий жгут, то раненый обязательно погибнет от невосполнимой потери крови.

Правило третье.

Наложить жгут с максимальным усилием.

Правило четвертое.

В случае травматического отрыва фрагмента нижней конечности жгут следует наложить на 3...4 см от края культи.



Рисунок 2.65

Пояснение

Жгут, наложенный с недостаточным усилием и находившийся на ноге более 30...40 минут, может привести к ампутации ноги или смерти раненого.

Норматив

Время наложения кровоостанавливающего жгута на бедро не должно превышать 15-ти секунд.

Правило пятое.

Обязательно ввести обезболивающее средство выше места наложения жгута.



При удалении шприц-тюбик не разжимать!

Рисунок 2.66

Пояснение

Часто с бедренной артерией повреждается и бедренная кость. Для предотвращения развития болевого шока, сразу же после наложения жгута следует ввести обезболивающее средство.

Правило шестое.

Приколоть использованный шприц-тубик возле наложенного жгута.

Правило седьмое.

Повернуть раненого на живот и оставить в таком положении до окончания боя или транспортировать его в укрытие в положении «лежа на животе».



Рисунок 2.67

Пояснение

При большой кровопотери возможна внезапная потеря сознания, поэтому бойца с ранением бедренной артерии, травматической ампутации фрагмента нижней конечности после наложения жгута следует быстро повернуть на живот. Оставлять его до окончания боя или транспортировать в укрытие следует только в положении «лежа на животе».

2.35 Оказание первой медицинской помощи бойцу с ранением бедренной артерии во временном укрытии**Правило первое.**

Проверить правильность наложения жгута. Если нога посинела и отекла, сначала с максимальным усилием наложить второй жгут выше наложенного, и только затем распустить первый. Обязательно сделать отметку о времени наложения первого жгута.

Правило второе.

Если жгут был наложен верно: нога не отекла и не посинела, то вложить записку с указанием реального времени наложения жгута.

Правило третье.

Проверить отметку об обезболивании (наличие использованного шприц-тубика, приколотого к одежде) или спросить раненого об обезболивании. Если обезбоживание не проводилось, ввести содержимое шприц-тубика в плечо и приколоть использованный шприц-тубик возле жгута.

Правило четвертое.

Наложить на рану стерильную повязку.



Рисунок 2.68

Правило пятое.

Переложить раненого на носилки с импровизированным щитом.

Правило шестое.

Наладить внутривенное введение плазмозамещающего раствора.

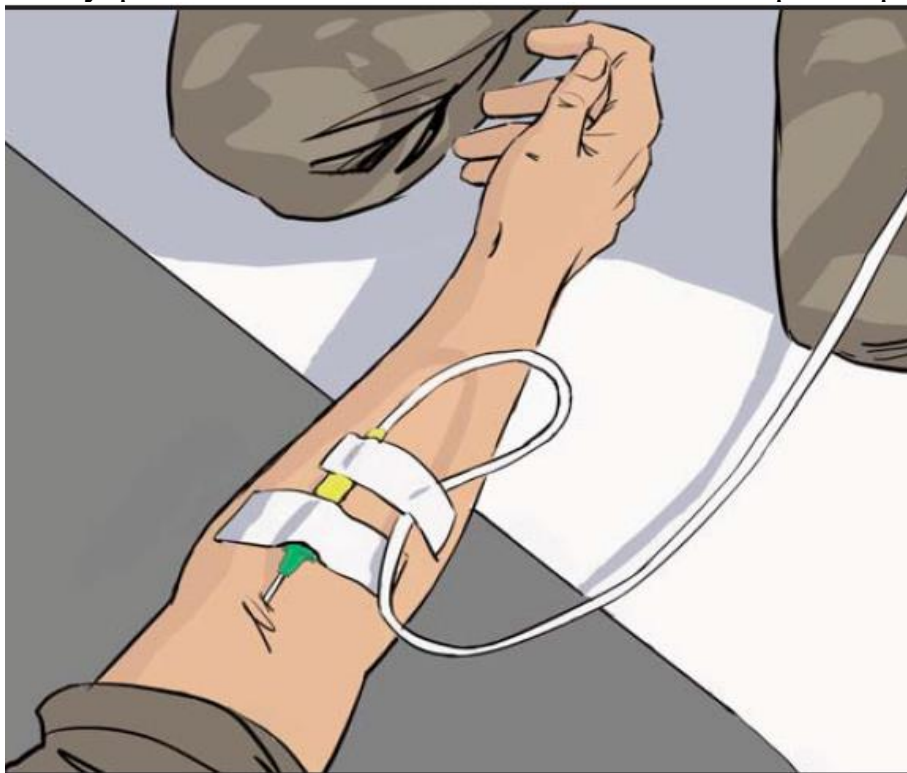


Рисунок 2.69

Норматив

Время оказания первой медицинской помощи во временной укрытии не должно превышать 3-х минут.

2.36 Правила переноса на носилки раненого с подозрением на повреждение бедренных костей и костей таза

Правило первое.

Положить на носилки разложенный бронежилет.

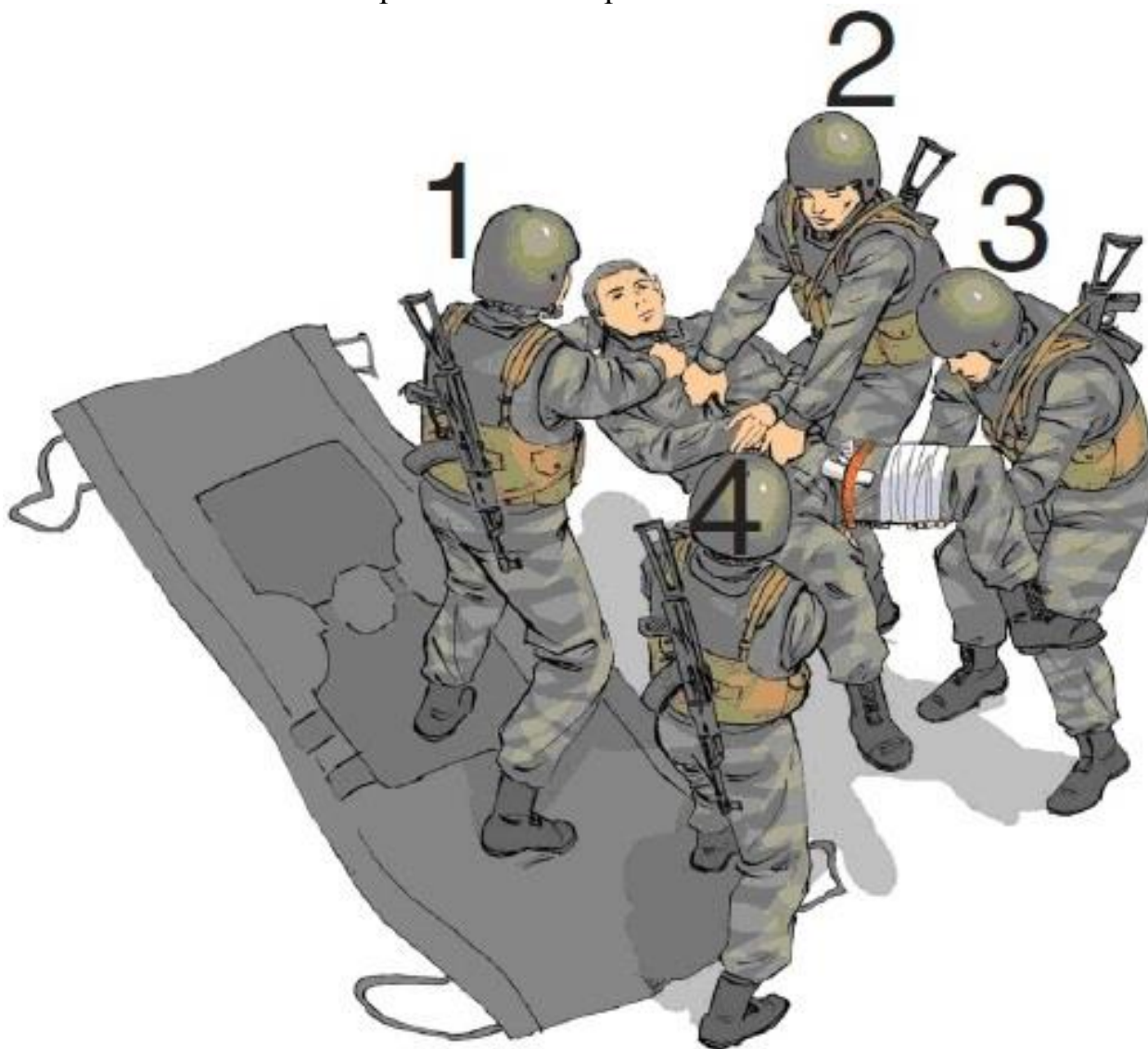


Рисунок 2.70

Правило второе.

Осуществлять максимально щадящий перенос раненого на носилки можно только с помощью четкого согласования действий четырех бойцов.

Первый номер. Левой рукой придерживает голову раненого, а правой захватывает в «скатку» верхнюю часть гимнастерки.

Второй номер. Правой рукой захватывает в «скатку» среднюю часть гимнастерки, а левой берется за поясной ремень.

Третий и четвертый номера. Двумя руками придерживают бедра раненого. По команде второго номера аккуратно перекладывают раненого с земли на носилки, удерживая его ноги в «позе лягушки».

Правило третье.

На носилках под колени раненого на бронежилет положить валик из одежды или плащ-палатки.

Пояснение

Размещение раненого с повреждениями костей таза или бедренных костей на щите (бронежилете), с валиком под коленями, позволит переносить его в защитной позе «лягушки» с наименьшим причинением боли и дополнительных повреждений.

2.37 Монтаж одноразовой системы для переливания плазмозамещающих растворов



Рисунок 2.71 – Закрепить пакет с раствором с помощью карабина, пуговицы или булавки



Рисунок 2.72 – Снять жестяную крышку и обработать резиновую пробку спиртовой салфеткой



Рисунок 2.73 – Вскрыть упаковку одноразовой системы капельного введения растворов



Рисунок 2.74 – Проткнуть перфоратором резиновую пробку пакета с раствором

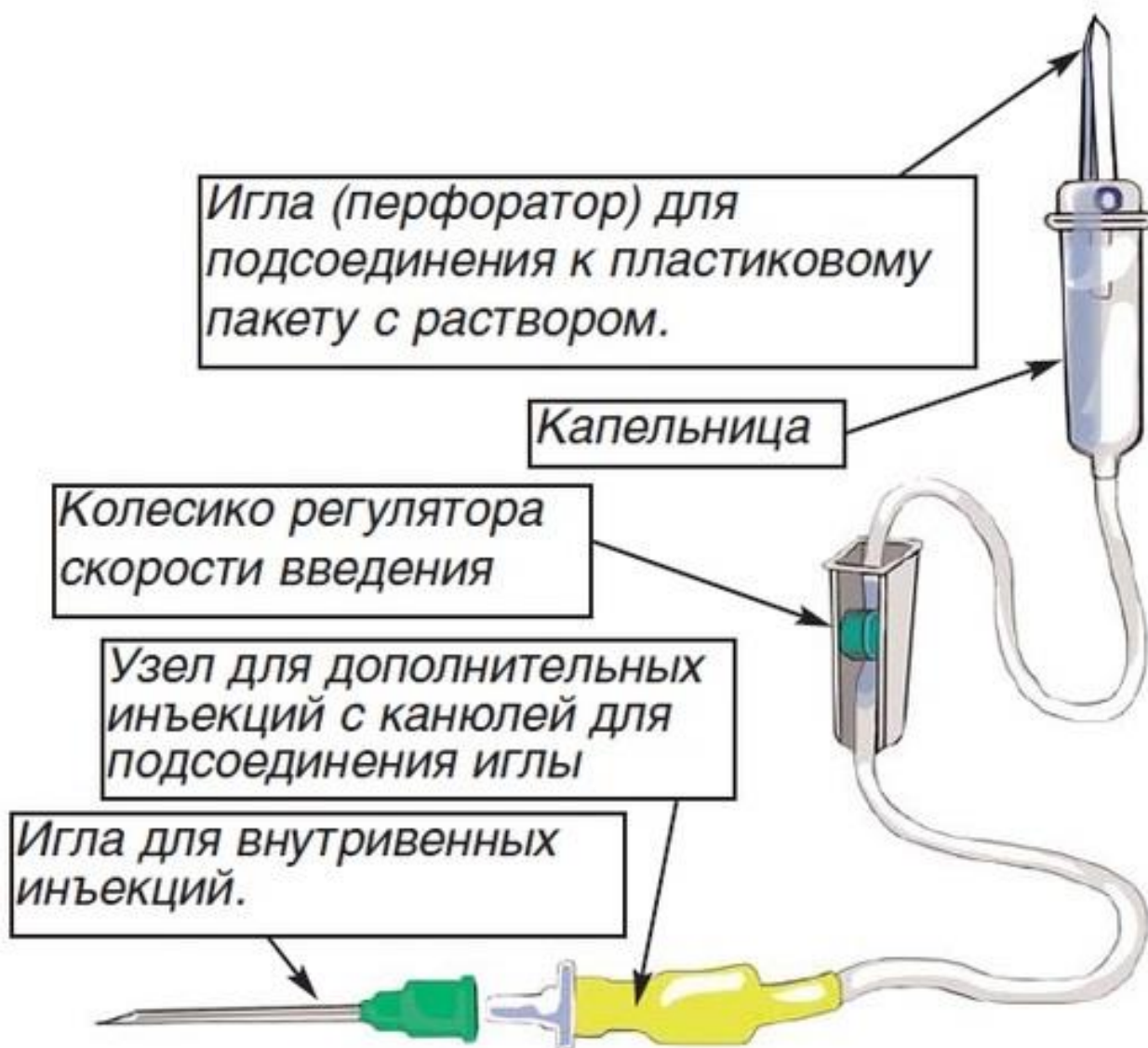


Рисунок 2.75

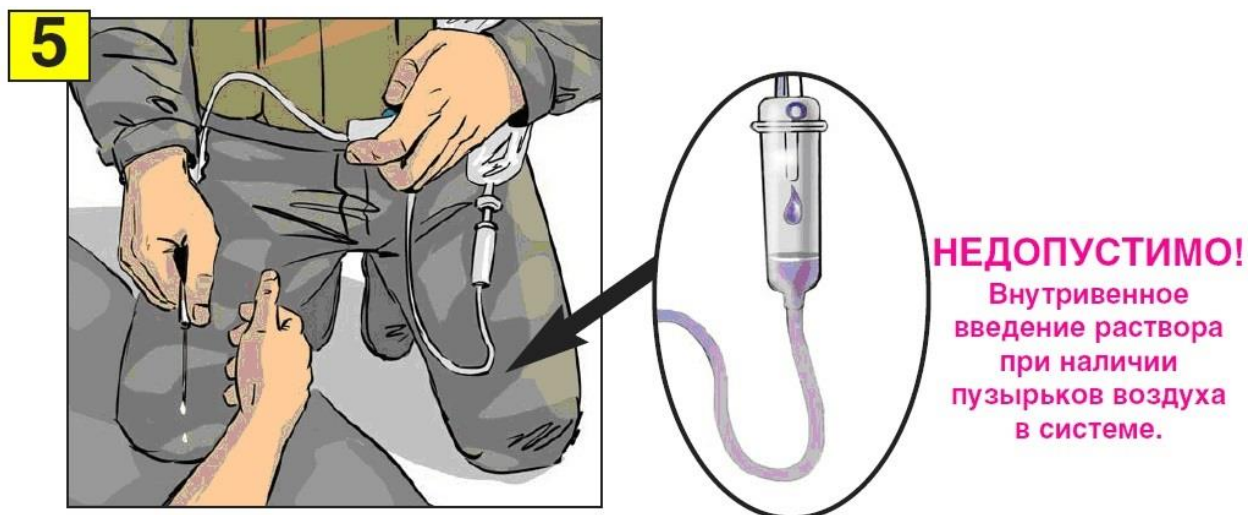


Рисунок 2.76 – Максимально открыть колесико регулятора и заполнить систему раствором до полного вытеснения пузырьков воздуха из системы. После удаления пузырьков закрыть капельницу.

2.38 Техника внутривенного капельного вливания растворов



Рисунок 2.77 – Наложить жгут на плечо. Обработать место инъекции спиртовой салфеткой



Рисунок 2.78 – Ввести иглу под кожу срезом верху под углом не более 30°. При попадании в вену из канюли иглы появится кровь. Часто в первые минуты развития травматического шока из вены течет ярко алая кровь (симптом «алой вены»).



Рисунок 2.79 – Распустить жгут. Подсоединить к игле канюлю капельной системы.

Норматив
Время монтажа системы и подсоединения ее к вене не должно превышать 2-х минут.

Рисунок 2.80 – Прикрепить канюлю иглы, узел для дополнительных инъекций и трубочку капельной системы к коже лейкопластырем.

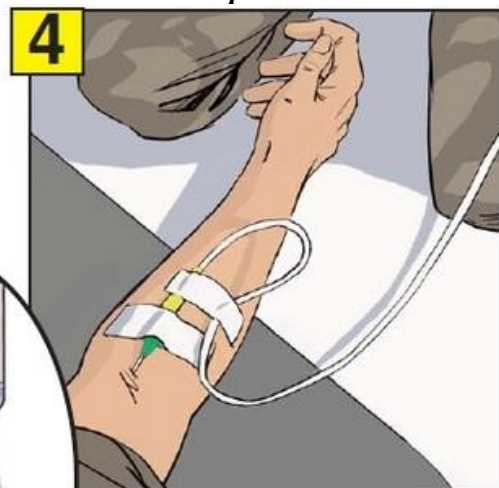


Рисунок 2.81 – Отрегулировать колесиком скорость капельного введения раствора до 40...60 капель в минуту.



2.39 Правила переноса раненого на носилках с работающей системой капельного вливания растворов



Рисунок 2.82

Правило первое.

Третий номер. Несет пластиковый пакет с раствором, следит за работой капельницы и состоянием раненого.

Правило второе.

Нельзя опускать пакет с раствором ниже уровня руки раненого.

Правило третье.

При уменьшении количества раствора до 50 мл немедленно перекрыть введение раствора колесиком регулятора.

3 ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИЯХ, ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ, УШИБАХ

3.1 Виды ран

Раной называется такое повреждение тела, которое сопровождается нарушением целостности кожного покрова или слизистых оболочек, наружным, а иногда и внутренним кровотечением (в брюшную полость, грудную полость, полость черепа). При этом одновременно могут быть повреждены и глубже лежащие ткани – мышцы, сосуды, внутренние органы, кости.

Раны могут быть нанесены любым предметом, холодным или огнестрельным оружием и иметь различную величину, форму и глубину.

Огнестрельные ранения бывают слепые и сквозные:

1. при сквозном ранении имеются два отверстия – входное и выходное;
2. при слепом – только входное, ранящий предмет (пуля, осколок) при этом остается в тканях.

Раны, нанесенные крупными осколками, бывают неправильной формы с рваными краями; с ровными краями; раны, полученные от удара тупым предметом, могут быть разнообразной формы и величины. В ране могут находиться инородные тела (осколки стекла, камня, куски дерева и т. д.).

Каждое ранение опасно не только потому, что может быть поврежден жизненно важный орган, но и вследствие осложнений, которое оно вызывает. К осложнениям ранений относятся: сильное кровотечение при повреждении крупных сосудов; инфицирование ран; омертвление тканей и органов.

На коже человека, одежде, окружающих предметах, на земле всегда имеются микробы, которые попадают в рану вместе с ранящим предметом. Поэтому во всех ранах всегда находятся микробы. Попадая в рану в месте с ранящим предметом, микробы быстро размножаются в ней и могут вызвать ее нагноение. Размножению микробов в ране способствует также наличие поврежденных, потерявших жизнеспособность тканей (кожа, мышцы, кости) и свернувшейся крови, представляющих хорошую питательную среду для бактерий. Нагноение раны удлиняет сроки ее заживления, а иногда может угрожать жизни раненого.

3.2 Общие правила наложения повязок

В профилактике инфицирования ран большое значение имеет вовремя и правильно наложенная первичная асептическая повязка. Эта повязка накладывается на рану на месте получения ранения. Повязка накладывается с целью остановить кровотечение, предупредить попадание в рану микробов, а также заражение ее радиоактивными и отравляющими веществами.

При наложении повязки нельзя промывать рану, трогать рану руками, удалять из нее куски одежды, осколки и другие инородные тела; края и окрестность раны смазать йодом.

Повязка накладывается только из стерильного материала, в положении, удобном как для раненого, так и для оказывающего помощь. Во время бинтования оказывающий помощь должен наблюдать за лицом раненого. Если раненый лежит, оказывающий помощь должен находиться со стороны поврежденной части тела.

Бинтовать начинают с наложения нескольких укрепляющих ходов, чтобы предупредить смещение перевязочного материала с поверхности раны в процессе дальнейшего бинтования. Бинтовать конечности начинают с периферии (во избежание задержки оттока венозной крови), продвигаясь постепенно к основанию конечности. Ходы бинта нужно укладывать гладко, без морщин и складок. Каждый последующий ход бинта должен прикрывать предыдущий на $\frac{1}{2}$ его ширины, тогда повязка будет хорошо держаться и производить равномерное давление (см. рисунок 3.1).

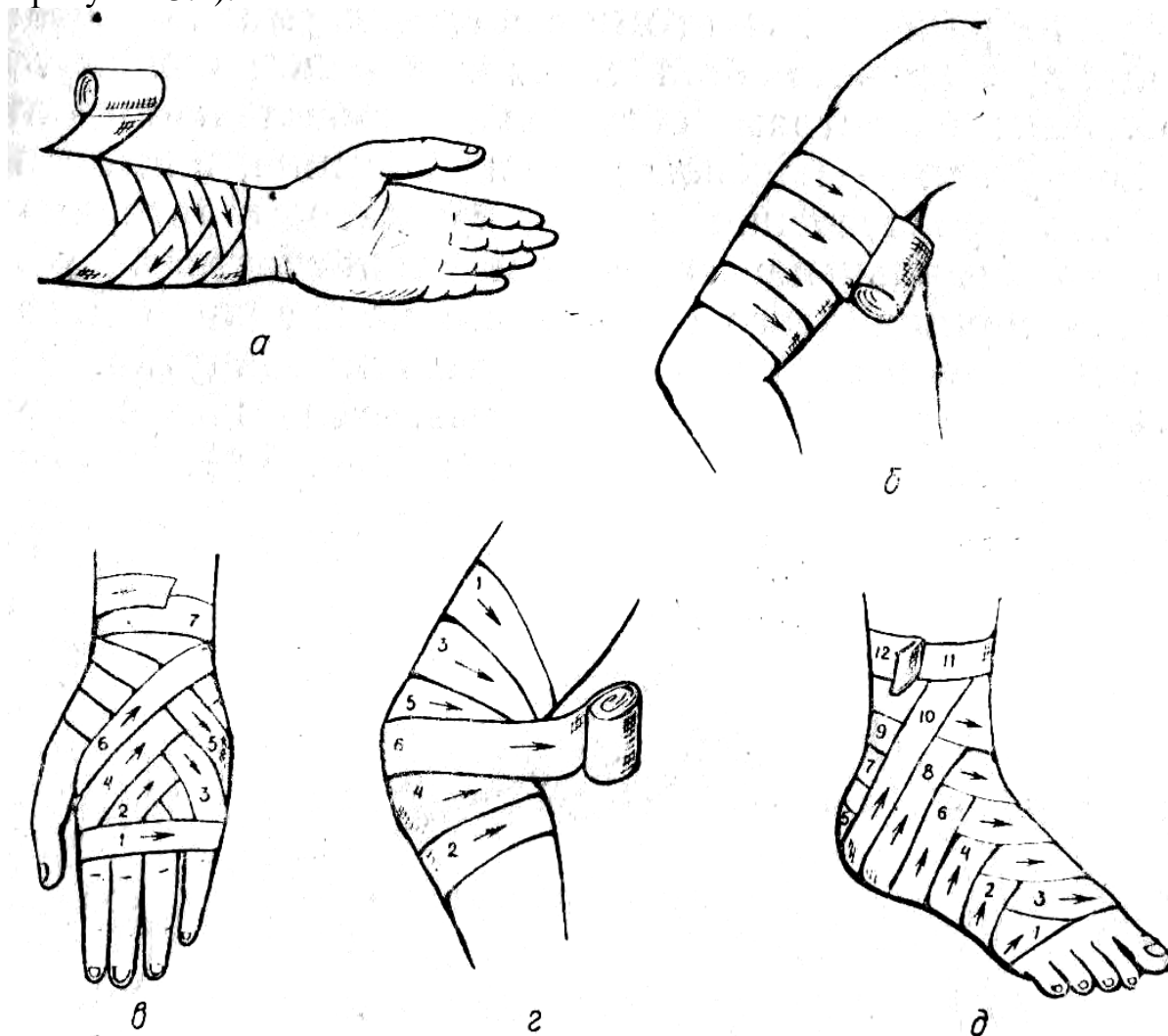


Рисунок 3.1 – Способы наложения повязок

а) На предплечье; б) На плечо; в) На кисть; г) На локтевой (коленный) сустав;
д) На стопу

В полевых условиях для наложения первичной повязки одежду разрезают или распарывают по шву, не загрязняя рану и не причиняя боли раненому, а зимой, чтобы избежать охлаждения раненого, вырезают клапан. При ранении конечности (стопы или голени) разрезают задний шов голенища сапога до задника и осторожно стягивают сапог. В холодное время года, если из-за характера ранения оставлять на ноге сапог нельзя, после наложения повязки принимают меры к утеплению ноги (запасными портянками, полотенцем или в крайнем случае надевают на пальцы стопы рукавицу).

При проникающем ранении грудной клетки рану надо закрывать герметически. Для этого на нее накладывают прорезиненную оболочку от индивидуального перевязочного пакета и ватно-марлевые подушечки, после чего грудь туго забинтовывают.

При ранении живота внутренние органы могут выпасть наружу. Вправлять их обратно в брюшную полость нельзя во избежание заноса инфекции. Повязку нужно положить поверх выпавших внутренностей, непосредственно прибинтовав их к животу. Раненому в живот нельзя давать пить.

При ранениях одновременно с наложением стерильной повязки раненому необходимо ввести для уменьшения боли промедол, находящийся в его индивидуальной аптечке.

3.3 Способы остановки кровотечения

Всякое ранение сопровождается кровотечением вследствие повреждения стенок кровеносных сосудов. Кровотечение бывает артериальное, венозное и капиллярное.

Артериальное кровотечение наиболее опасно. Кровь выбрасывается из раны сильной, прерывистой, толчкообразно-пульсирующей струей. Цвет крови – ярко-красный. При венозном кровотечении кровь более темного цвета, изливается спокойной, непрерывной, более слабой, чем при артериальном кровотечении, струей. Капиллярное кровотечение проявляется в виде множества мелких кровянистых капель, сливающихся в общую медленно кровотокающую раневую поверхность (кровь сочится, как из губки).

Смертельная кровопотеря 2...2,5 л крови. Кровотечение – опасное осложнение ранения. Поэтому быстрое и умелое оказание первой помощи при кровотечении спасает жизнь раненому.

К табельным средствам остановки кровотечения относятся жгуты; к подручным – поясной ремень, косынка, платок и др.

Остановить кровотечение можно прижатием артерии к кости пальцами; максимальным сгибанием конечности в суставе или приданием её приподнятого положения; наложением давящей повязки; наложением на конечность жгута или закрутки.

Наложение жгута

Жгут накладывается при артериальном кровотечении на конечности выше раны (см. рисунок 3.2). Чтобы не прищемить кожу, жгут накладывается поверх одежды или на подкладку (платок, косынку, полотенце и т. п.). Жгут затягивается до прекращения кровотечения и исчезновения пульса. Первый виток жгута должен быть наиболее тугим.

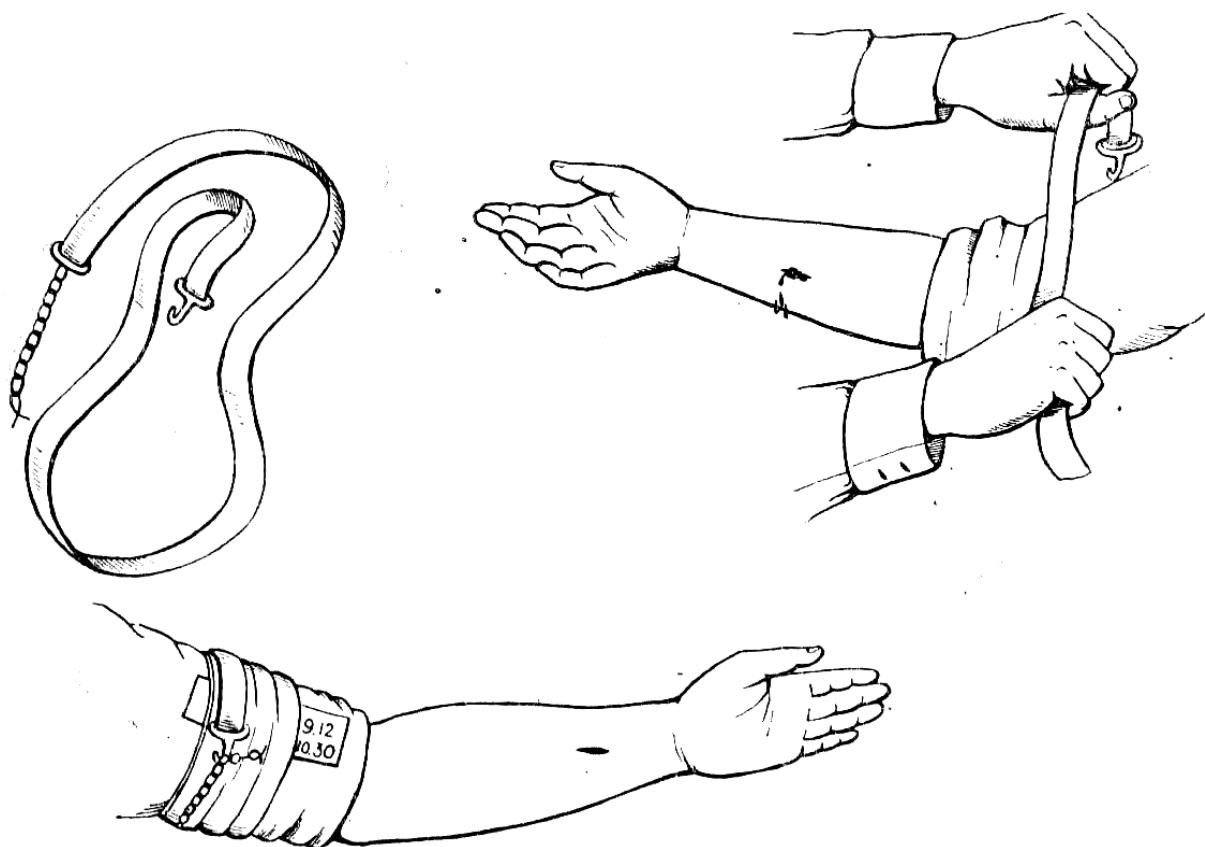


Рисунок 3.2 – Наложение жгута

При наложении жгута конечности следует придать приподнятое положение. Наложённый жгут надёжно закрепляется. К нему крепится бирка, в которой указываются время и дата его наложения.

Жгут накладывается на конечность летом не более чем на 2 ч., зимой – на 1 ч. В зимнее время конечность, перетянутую жгутом, тепло укутать одеждой или толстым слоем ваты, но не обкладывать грелками.

Раненого с наложенным жгутом следует немедленно эвакуировать в лечебное учреждение в положении лежа и установить за ним наблюдение:

1. жгут должен быть хорошо заметен, его нельзя закрывать;
2. во время эвакуации по истечении 2 ч летом или 1 ч зимой жгут необходимо ослабить на 3...5 мин для восстановления кровообращения в конечности, при этом одновременно прижать артерию пальцами выше места ранения, а затем затянуть жгут несколько выше или ниже прежнего места;

3. распускать жгут надо медленно, постепенно ослабляя его натяжение, чтобы хлынувшая по сосудам кровь не вытолкнула сгусток крови, закупоривший поврежденный сосуд.

3.4 Оказание первой помощи при переломах костей

Переломом называется полное или неполное нарушение целостности кости, возникающее под влиянием внешней травмы или вследствие болезненных изменений кости и сопровождающееся обычно повреждением мягких тканей (мышц, кровеносных сосудов, нервов).

Перелом кости с нарушением целостности кожи и мягких тканей называется открытым переломом, без повреждения кожи – закрытым.

К признакам закрытого перелома костей конечности относятся:

1. неправильная, необычная форма конечности (согнута в таком месте, где нет суставов);
2. резкая боль при ощупывании места предполагаемого перелома и при попытке произвести движение;
3. укорочение конечности.

Основная задача оказания первой помощи при переломах кости – сделать отломки кости неподвижными (иммобилизировать их).

Оказывать помощь раненому, у которого имеется или подозревается перелом костей, а также переносить или оттаскивать его надо очень осторожно, потому что отломки костей своими острыми концами могут поранить кровеносные сосуды и вызвать сильное кровотечение или повредить кожу и тем превратить закрытый перелом в открытый. Кроме того, резкая боль при неосторожном передвижении может вызвать шоковое состояние. Поэтому раненому с переломом костей оказывающий помощь обязан прежде всего ввести при помощи шприц-тюбика обезболивающее средство (промедол).

Правила наложения шин. При открытом переломе и наличии кровотечения, прежде чем наложить шину, необходимо остановить кровотечение и наложить асептическую повязку.

Для создания неподвижности отломков костей шину нужно наложить так чтобы стали невозможными движения в двух соседних суставах (выше и ниже места перелома), а при переломе бедра – в трех суставах (тазобедренном, коленном, голеностопном).

Металлические шины перед наложением изгибаются по форме конечности. Шину, как правило, нужно накладывать поверх одежды и обуви. Под шину подкладывают мягкую подстилку (вату, ветошь, мох и т. д.), особенно в местах костных выступов, чтобы не вызывать болей при транспортировании.

Повязку поверх шины следует накладывать равномерно, плотно, но не очень туго. Нельзя прибинтовывать шину повязкой на уровне перелома.

3.5 Первая помощь при ушибах

Ушиб возникает при ударе тупым предметом, падении, воздействии ударной волны ядерного взрыва, при взрывах снарядов, мин, бомб. При ушибе наблюдаются повреждение мягких тканей с разрывом кровеносных сосудов и кровоизлияние в ткани, но целостность кожных покровов не нарушается.

Признаки ушиба: боль, припухлость ушибленного места, нарушение функции, кровоизлияние в ткани. Боли особенно выражены сразу после ушиба. Когда нарастают кровоизлияние и сдавливание излившейся кровью чувствительных нервных окончаний.

Первая медицинская помощь сразу же после ушиба должна быть направлена на уменьшение боли и кровоизлияния в ткани. С этой целью применяют холод и накладывают давящую повязку. На область ушиба накладывают холодную примочку или на давящую повязку кладут пузырь со льдом, грелку с холодной водой, кусочки льда, снег и т. д. При наличии на месте ушиба ссадины примочки делать не следует. Ссадину смазывают йодом. На место ушиба накладывают стерильную давящую повязку, а на нее кладут пузырь со льдом. Ушибленной части тела создают покой. Для ускорения рассасывания кровоизлияния через 2...3 суток после ушиба применяют тепло и массаж.

4 ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ, ОТМОРОЖЕНИЯХ, НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЯХ И ОТРАВЛЕНИЯХ

4.1 Первая помощь при ожогах

Ожогом, называется повреждение тканей тела, вызванное действием высокой температуры (термический ожог) или действием химических веществ (химический ожог).

Тяжесть термического ожога определяется глубиной и размерами повреждений поверхности тела: чем глубже повреждение тканей при ожоге, чем больше обожженная поверхность, тем тяжелее ожог.

Различают четыре степени ожогов:

1. первой степени (самые поверхностные) – покраснение и припухлость обожженного участка, появление острой жгучей боли в области ожога;
2. второй степени – на покрасневшей и припухшей обожженной поверхности сразу же или через некоторое время отслаивается роговой слой кожи и образуются пузырьки, наполненные прозрачной или слегка мутноватой жидкостью; обожженный участок кожи резко болезнен, часть пузырей лопается, обнажая саднящую поверхность;
3. третьей степени – омертвение кожи на различную глубину;
4. четвертой степени – омертвение не только кожи, но и глубже лежащих тканей (подкожно-жировой клетчатки, мышц, сухожилий, а иногда и костей).

При химических ожогах в тканях происходит те же изменения, что и при термических. Кислоты вызывают свертывание белков тканей, отнимают у них воду, образуя плотный струп. Щелочи не свертывают белки, но глубоко проникают в ткани, образуя мягкий белый струп, при отпадении которого части наблюдаются кровотечения.

Ожоги, вызванные горящим фосфором, очень опасны, они глубоки и болезненны. Фосфор, всасавшийся в кровь, может вызвать поражение печени.

Ожоги, вызванные напалмом, также тяжелые. Горящий напалм легко прилипает к телу и предметам, мало растекается по поверхности и медленно сгорает, вызывая глубокие термические ожоги, нередко эти ожоги сопровождаются тяжелыми (иногда смертельными) отравлениями окисью углерода, образующегося при неполном сгорании горячей смеси.

При оказании первой помощи к ожогам следует относиться так же, как к ранам. Область ожога необходимо предохранить от загрязнения и заражения микробами наложением повязки, предварительно сняв с пострадавшего обгоревшую одежду. Если одежда пристала к обожженному телу срывать ее нельзя. Повязку в этом случае накладывают поверх приставшей одежды. Нельзя вскрывать пузырьки, образовавшиеся на обожженном месте, и обмывать обожженную поверхность. Пострадавшего надо тепло укутать, согреть горячим и обильным питьем, ввести обезболивающее средство. При значительных ожогах конечностей

и туловище необходимо создать надежную иммобилизацию обожженных участков и максимально уменьшить боли рот транспортировании.

При химических ожогах надо немедленно обильно обмыть пораженный участок струей воды для удаления химических веществ, наложить асептическую повязку и эвакуировать пострадавшего в госпиталь.

При горении фосфора на теле человека необходимо сначала потушить пламя путем погружения конечностей в воду или обмывания водой мест ожогов. Кусочки фосфора осторожно удалить, на обожженную поверхность наложить асептическую повязку, после чего сразу же эвакуировать пострадавшего в госпиталь.

Горящий напалм тушат, прекратив к нему доступ воздуха, для чего укутывают пострадавшего в плащ-палатку, шинель, погружают конечность или часть тела в воду. Потушив напалм, его нужно аккуратно снять и наложить на место ожога асептическую повязку.

При горении напалма воздух на расстоянии до 100 м от места горения раскаляется. Во избежание ожогов дыхательных путей нужно реже дышать и прижиматься лицом к земле, где температура воздуха более низкая.

4.2 Первая помощь при отморожениях

Местное воздействие холода на организм называют отморожением, общее воздействие, сопровождающееся глубокими изменениями во всех тканях, – замерзанием.

При длительном воздействии холода, причем не только на морозе, но и в сырое холодное весенне-осеннее время, может возникнуть ознобление, характеризующееся появлением болезненного припухания, синюшностью, похолоданием и зудом кожи. Ознобление наблюдается на открытых участках тела: кистях рук, лице, ушных раковинах; нередко возникает ознобление стоп.

Возникновение отморожения в значительной степени зависит не только от продолжительности действия холода, но и от воздействия влажного воздуха. Холодного ветра, а также в результате повышенной потливости ног, промокших обуви и портянок, мокрого обмундирования, нарушения кровообращения в конечностях из-за тесной обуви, туго завязанных тесемок от кальсон, длительного пребывания в воде, грязи, сырых окопах, отсутствия горячей пищи и недостаточного сна, кровопотери, усталости, ранее перенесенных отморожений, вынужденного неподвижного положения и т. п.

Различают четыре степени отморожения:

1. первой степени и ознобление – характеризуются бледной окраской кожи, отеком (припухлостью), болью, сильным зудом, потерей чувствительности. Через несколько дней все эти явления проходят, кожа принимает нормальный вид, но кровообращение долго остается

нарушенным (ощущение холода, синюшность кожи и повышенная чувствительность к холоду);

2. второй степени – характеризуется омертвением поверхностных слоев кожи; на пораженном участке появляются пузырьки, наполненные светло-желтоватой жидкостью. Отек кожи, неприятные ощущения выражены резче, чем при отморожениях первой степени;

3. третьей степени – характеризуется теми же изменениями, что и отморожение второй степени, но содержимое пузырей уже с примесью крови; кожа и подкожная клетчатка омертвевают;

4. четвертой степени – характеризуется распространением омертвения на всю глубину мягких тканей и костей.

Первая помощь пострадавшему заключается в восстановлении кровообращения в отмороженном участке тела, защите от инфекции и согревании. Для этого необходимо поместить пострадавшего по возможности в теплое помещение, дать ему горячий чай и пищу, отмороженные участки растереть руками (лучше предварительно смочить руки спиртом или одеколоном) или чистой мягкой тканью до покраснения и восстановления чувствительности кожи.

При отморожении конечностей их надо, если позволяет обстановка, согреть с помощью теплых водяных ванн. Начальная температура воды $19^{\circ}\dots 20^{\circ}$ С, затем постепенно в течение 30 мин добавляя горячую воду, повести температуру воды в ванне до $35^{\circ}\dots 37^{\circ}$ С. Одновременно отмороженные участки нежно растирают. После восстановления кровообращения кожу пораженной области протирают спиртом и накладывают сухую асептическую повязку.

Пострадавшего направляют в госпиталь на носилках, тепло укутав.

Если в области отморожения уже имеются пузыри, массаж делать нельзя, чтобы не повредить коду и не внести инфекцию. Нужно осторожно обмыть кожу спиртом, наложить асептическую повязку и толстый слой серой ваты.

Снегом и грубым материалом растирать отмороженные участки недопустимо, так как можно нанести на кожу массу незаметных глазу ссадин и царапин, через которые проникает инфекция.

4.3 Первая помощь при утомлении

Тонущего человека необходимо извлечь из воды, пальцами, обернутыми марлей или платком (число тряпочкой), очистить ему рот и нос от песка, грязи, водорослей и других попавших туда предметов. Если челюсти судорожно сжаты, разжать их, просунув палец за коренные зубы. Язык вытянуть изо рта наружу. Затем оказывающий помощь должен положить пострадавшего животом на свое колено так, чтобы его голова и плечи оказались опущенными, и, ритмично надавливая ладонями на спину, удалить воду из легких и из желудка.

Когда прекратится истечение воды изо рта и носа, уложить пострадавшего на землю и приступить к искусственному дыханию. Одновременно все тело пострадавшего растереть и согреть, укрыв сухой одеждой.

Искусственное дыхание выполняют до восстановления естественного дыхания, на что никогда требуется несколько часов.

4.4 Первая помощь при поражении электрическим током

При электрических ожогах глубоко поражаются не только кожа, но и мышцы и кости. В более тяжелых случаях пострадавший теряет сознание, у него появляются судороги, наступают упадок сердечной деятельности, расстройство дыхания и даже смерть.

В результате судорожного сокращения мышц под воздействием тока пострадавший не может оторваться от источника тока. Необходимо немедленно выключить ток или перерубить провода каким-либо инструментом с сухой деревянной или другой, хорошо изолированной ручкой (саперной лопатой, топором). Если нет возможности выключить ток или перерубить провода, пострадавшего необходимо оттащить от них. При этом ни в коем случае нельзя касаться его голыми руками, так как может поразить и оказывающего помощь. Надо надеть на руки резиновые перчатки или обмотать их сухими тряпками. Можно отбросить провод сухой палкой.

Освободив пострадавшего от действия тока, ему при необходимости делают искусственное дыхание. На обожженные места накладывают стерильную повязку.

4.5 Первая помощь при тепловом ударе

При тепловом (солнечном) ударе появляются общая слабость, головная боль, тошнота. Лицо у пострадавшего краснеет. Иногда он теряет сознание. Пострадавшего надо уложить в тень так, чтобы голова была несколько выше тела, расстегнуть воротник кителя (рубашки), снять снаряжение, ремень, смочить голову и грудь водой, дать выпить воды и понюхать нашатырный спирт. Если у пострадавшего остановилось дыхание, делать ему искусственное дыхание.

4.6 Первая помощь при отравлении техническими жидкостями

К техническим жидкостям, обладающим сильной ядовитостью, относятся: низкотемпературная охлаждающая жидкость (антифриз), метиловый спирт, этилированный бензин, дихлорэтан.

Первая помощь заключается в освобождении желудка пострадавшего от технической жидкости, для чего надо вызвать рвоту двух пальцев. Можно предварительно дать пострадавшему выпить 10...15 стаканов воды, затем вызвать рвоту. Провести эту процедуру 2...3 раза.

После оказания первой помощи на месте происшествия пострадавшего необходимо срочно доставить в ближайший медицинский пункт.

5 СПОСОБЫ ИСКУССТВЕННОГО ДЫХАНИЯ

Искусственное дыхание нужно начинать как можно скорее, так как отсутствие дыхания у человека даже в течение короткого времени может привести к очень тяжелым последствиям.

Перед тем как производить искусственное дыхание, необходимо устранить все, что мешает прохождению воздуха в легкие (удалить изо рта землю, пищу, слюну и т. д.), и вытянуть наружу язык; снять одежду с верхней части туловища, а если этого сделать нельзя, то расстегнуть воротник и ослабить пояс, чтобы они не стесняли шею и грудную клетку.

При проведении искусственного дыхания необходимо соблюдать нормальный ритм дыхания – 16...20 дыхательных движений в минуту.

Первый способ: пострадавшего укладывают на спину лицом вверх, под лопатки подкладывают валик из одежды, шинели и др. Оказывающий помощь становится на колени у головы пострадавшего, берет его руки за предплечья около локтевых суставов. По счету «раз-два» плавно, без рывков отвести руки пострадавшего в стороны и вверх, грудная клетка его при этом расширяется – происходит вдох. По счету «три-четыре» согнуть руки пострадавшего в локтевых суставах, прижать их к туловищу и к боковым сторонам грудной клетки, при этом грудная клетка пострадавшего сжимается – происходит выдох.

Второй способ: пострадавшего кладут на живот, руки его вытягивают вперед, при этом одну руку сгибают в локте и кладут под голову. Голова повернута набок. Оказывающий помощь становится на колени так, чтобы бедра пострадавшего были у него между ногами. и кладет свои руки на нижнюю часть грудной клетки пострадавшего. Большие пальцы его при этом обращены в сторону позвоночника, а ладонь и остальные пальцы обхватывают боковые стенки грудной клетки. Наклоняясь вперед и не сгибая локтей, оказывающий помощь налегает тяжестью своего тела на ладони и, сдавливающий помощь налегает тяжестью своего тела на ладони и, сдавливая грудную клетку пострадавшего с боков, вытесняет из нее воздух – происходит выдох. Выждав 2...3 с и не отнимая рук от спины пострадавшего, оказывающий помощь откидывается немного назад и прекращает надавливание. Грудная клетка пострадавшего расширяется и всасывает воздух – происходит вдох.

Первый и второй способы искусственного дыхания нельзя применять при переломе верхних конечностей и повреждениях грудной клетки.

Третий способ – «изо рта в рот»: пострадавшего укладывают на спину, рот его по возможности прикрывают марлей, платком и т. п. Оказывающий помощь встает на колени или ложится на живот рядом с пострадавшим. Одну руку он подсовывает под затылок пострадавшего так, чтобы его шея максимально разогнулась, а рот широко раскрылся,

другой рукой он зажимает ноздри пострадавшего. Сделав глубокий вдох, оказывающий помощь прикладывает свой рот ко рту пострадавшего и делает полный выдох. Легкие пострадавшего вследствие проникновения в них воздуха раздуваются – происходит вдох. Выдох у пострадавшего осуществляется пассивно путем спадения легких и удаления из них воздуха. Оказывающий помощь в это время отстраняется и производит очередной вдох. В одну минуту производит 12...16 вдуваний.

Четвертый способ – «изо рта в нос»: одной рукой, лежащей на темени пострадавшего, держат его голову запрокинутой, а другой рукой приподнимают челюсть и закрывают рот. Делают глубокий вдох и, охватив губами через платок нос пострадавшего, вдувают воздух. Если во время выдоха легкие пострадавшего спадаются недостаточно (что может быть из-за прилегания мягкого неба к задней стенке глотки), рот на это время приоткрывают. Вдувание воздуха через нос удобно производить через плотную резиновую трубку, которую вводят в один из носовых ходов. Другой носовой ход закрывают пальцем.

6 ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЯДЕРНЫМ И ХИМИЧЕСКИМ ОРУЖИЕМ

Основными задачами по оказанию первой помощи в **очаге ядерного поражения** являются:

1. розыск тяжело пораженных, извлечение их из-под обломков и других труднодоступных мест;
2. оказание первой помощи по неотложным показаниям (остановка кровотечения, наложение повязок и т. д.);
3. надевание на тяжело пораженных противогазов или наложение на нос и рот нескольких слоев увлажненной марли и закрепление их плащевидной повязкой (в тех случаях, когда по данным радиационной разведки местность заражена радиоактивными веществами);
4. эвакуация из очага поражения и частная санитарная обработка открытых частей тела.

Частичная санитарная обработка пораженных радиоактивными веществами заключается в протирании открытых участков их тела (лицо, кисти рук, шея, уши) ветошью или марлей, смоченными водой из фляги. Чтобы удалить радиоактивные вещества изо рта, носа, глаз, следует дать прополоскать пораженному полость рта, простереть у него наружные отверстия носа влажной или сухой тряпкой, промыть глаза водой.

Местный материал (жерди, доски и т. д.), находившийся в зараженной зоне, использовать для оказания первой помощи и санитарной обработки без предварительной дезактивации **запрещается**.

Оказание первой помощи пораженным **отравляющими веществами** заключается в защите дыхательных путей пораженных от дополнительного проникновения в них отравляющих веществ (надевание противогазов на тех пораженных, у которых они не одеты, проверка

исправности надетых противогазов и при необходимости их замена); введении с помощью шприц-тюбика антидота (афина) при поражении ФОВ и ампулы с амилнитритом под шлем маску противогаз при расстройстве дыхания; выносе (вывозе) пострадавшего из зараженной зоны.

При попадании капельно-жидких ОВ на открытых участки кожи (лицо, руки) или на одежду необходимо провести частичную санитарную обработку при помощи индивидуального противохимического пакета. До наложения повязки на раны на открытых участках тела кожа вокруг ран также обрабатывается жидкостью индивидуального противохимического пакета. Если противохимического пакета нет, капли ОВ можно снять ветошью, паклей и затем обмыть зараженные места водой из фляги.

Тяжелораненые и пораженные должны быть немедленно вынесены с зараженного участка местности.

7 РОЗЫСК РАНЕННЫХ, ИЗВЛЕЧЕНИЕ ИХ ИЗ БОЕВЫХ МАШИН И ЭВАКУАЦИЯ

Розыск наблюдением. Важно знать отличительные признаки падения раненых от падения здорового человека, совершающего перебежку. Раненый падает как подкошенный, взмахивая руками, или медленно опускается в неопределенном направлении. Здоровый никогда не выпускает из рук оружия, падает лицом вниз, головой и сторону движения, немедленно отползает и, как правило, окапывается.

Розыск способом «санитарных пробежек». Применяется на умеренно пересеченной местности вне прицельного огня противника и при отсутствии его авиации. Солдаты, производящие розыск, выстраиваются в цепь на расстоянии зрительной видимости друг от друга и прочесывают местность. Помощь оказывается в порядке взаимопомощи, при этом цепь свое движение не прекращает. После оказания помощи раненые выносятся или вывозятся с поля боя. При неблагоприятных условиях видимости (ночью, лесистая местность и т. п.) рекомендуется прочесывание района дважды: перпендикулярно и параллельно линии фронта.

Розыск поисковыми группами. Применяется в боях за населенные пункты, при преодолении укрепрайонов с широко развитой системой инженерных сооружений. Поисковая группа разбивается на звенья по 2...3 человека, которые получают для розыска раненых определенный сектор, оказывают им помощь, извлекают из-под завалов.

При розыске раненых ночью необходимо заблаговременно изучить местность, наметить ориентиры, обозначить маршруты выноса (вывоза) раненых. В ходе розыска соблюдается полная тишина (необходимо прислушиваться к стонам раненых); используются световые сигналы (сигнальные фонари) для связи и обозначения мест нахождения раненых, а также средства радиосвязи.

При розыске раненых на зараженной местности предусматриваются дополнительные укрытия, их дезактивация, дегазация и дезинфекция, а также средства для освобождения раненых и пораженных из-под завалов. Первая медицинская помощь оказывается в индивидуальных средствах защиты, что требует дополнительной тренировки; при необходимости раненым и пораженным вводят antidоты, дают средства профилактики радиационного поражения и инфекционных заболеваний. Необходимо избегать оттаскивания раненых, а переносить их на носилках и других средствах транспортирования, предварительно накрыв защитой накидкой или плащ-палаткой, при этом действия солдат должны быть быстрыми и энергичными.

Извлечение раненых из боевых машин. Для оказания первой медицинской помощи членам экипажа надо проникнуть внутрь боевой машины, для чего открыть ключом люк ОБТ, БМП, БРМ, БМД, БТР, САО снаружи и застопорить его, а затем открыть остальные люки изнутри.

Боевые машины имеет несколько люков (например, БМД): снаружи открывается люк наводчика-оператора, а остальные изнутри. САО имеет три люка: командира, механика-водителя, наводчика и заряжающего.

Ввиду ограниченности свободного пространства в боевой машине первой медицинской помощи раненым членам экипажа, как правило, должна оказываться после извлечения их из боевой машины, за исключением случаев, не терпящих отлагательств (угрожающее жизни кровотечение, асфиксия, тушение горячей одежды и др.).

Извлекают раненых из боевых машин несколькими способами с использованием подручных (поясной ремень, веревка) и табельных (специальная лямка М-4 и носилочная лямка) средств.

В зависимости от обстановки, положения раненого, а также от характера и места ранения лямку можно накладывать на раненого несколькими способами: со стороны головы; со стороны ног; кольцом вокруг груди.

Наиболее простой и доступный способ извлечения раненых из боевых машин – вручную; один подхватывает раненого за подмышечные впадины и подтягивает его, а второй (внутри машины) поддерживает его за бедра и голени. При ранении плеча и грудной клетки раненого надо понимать за одежду и поясной ремень.

При извлечении раненого с помощью **поясных ремней** нужно одним ремнем плотно охватить раненого по груди под мышками, а вторым, застегнутым со стороны спины перпендикулярно первому вытащить раненого через люк.

При извлечении раненого через люк, за исключением кормового, поступают так: один солдат проникает внутрь машины и, наложив на раненого лямку, поднимает и направляет его тело, а двое других, стоя на башне, осторожно принимают раненого.

СПОСОБЫ ИЗВЛЕЧЕНИЯ РАНЕННЫХ ИЗ ТАНКА, БОЕВОЙ МАШИНЫ ПЕХОТЫ (БМП) И БРОНЕТРАНСПОРТЕРА БТР-60ПБ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЯМКОВ



Извлечение раненых из танка, боевой машины пехоты и бронетранспортера производится с помощью или веревки, баррикады, в устье общего выхлопного, нагнетательного и выхлопного дымовых труб.

При извлечении раненых из танка, боевой машины пехоты и бронетранспортера необходимо проводить работу в соответствии с правилами, изложенными в инструкции по эксплуатации боевой машины пехоты и бронетранспортера.

Извлечение раненых из танка через люк в корпусе производится следующим образом:



1. Раненый извлекается из танка через люк в корпусе. Раненый должен быть в положении, когда его можно будет вытолкнуть наружу.



2. Раненый извлекается из танка через люк в корпусе. Раненый должен быть в положении, когда его можно будет вытолкнуть наружу.



3. Раненый извлекается из танка через люк в корпусе. Раненый должен быть в положении, когда его можно будет вытолкнуть наружу.



4. Раненый извлекается из танка через люк в корпусе. Раненый должен быть в положении, когда его можно будет вытолкнуть наружу.

Извлечение раненых из танка через люк в днище производится следующим образом:



5. Раненый извлекается из танка через люк в днище. Раненый должен быть в положении, когда его можно будет вытолкнуть наружу.



6. Раненый извлекается из танка через люк в днище. Раненый должен быть в положении, когда его можно будет вытолкнуть наружу.



7. Раненый извлекается из танка через люк в днище. Раненый должен быть в положении, когда его можно будет вытолкнуть наружу.



8. Раненый извлекается из танка через люк в днище. Раненый должен быть в положении, когда его можно будет вытолкнуть наружу.



9. Раненый извлекается из танка через люк в днище. Раненый должен быть в положении, когда его можно будет вытолкнуть наружу.

СПОСОБЫ ИЗВЛЕЧЕНИЯ РАНЕНЫХ ИЗ Боевой машины пехоты (БМП) И Бронетранспортера БТР-60ПБ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛЯМКИ

Схема извлечения раненого
из боевой машины пехоты (БМП)



1. Лямка подвешивается к крюку.
2. Лямка подвешивается к крюку.
3. Лямка подвешивается к крюку.
4. Лямка подвешивается к крюку.

Возвращение раненого в боевую машину пехоты (БМП)



Возвращение раненого в боевую машину пехоты (БМП)



Возвращение раненого в бронетранспортер (БТР-60ПБ)



Возвращение раненого в бронетранспортер (БТР-60ПБ)



Возвращение раненого в бронетранспортер (БТР-60ПБ)



Возвращение раненого в бронетранспортер (БТР-60ПБ)

Схема извлечения раненого
из бронетранспортера (БТР-60ПБ)



1. Лямка подвешивается к крюку.
2. Лямка подвешивается к крюку.
3. Лямка подвешивается к крюку.
4. Лямка подвешивается к крюку.



Через кормовой люк раненых извлекают следующим образом: один солдат проникает в кормовой отсек через люк наводчика-оператора или другой открытый люк, открывает защелку кормового люка, откидывает его до стопора; второй проникает через открытый кормовой люк и с помощью первого солдата на руках извлекает раненого. При заклинивании кормового люка раненого из кормового отсека можно извлечь через люк командира или через люк пулеметчика, но для этого с помощью двух солдат, проникших в машину, раненых из кормового отсека осторожно подтягивают к одному из указанных люков и аккуратно извлекают их из боевой машины.

Если раненый (больной) находится в боевой машине, то в зависимости от обстановки и его состояния первая медицинская помощь оказывается в машине или после извлечения из нее.

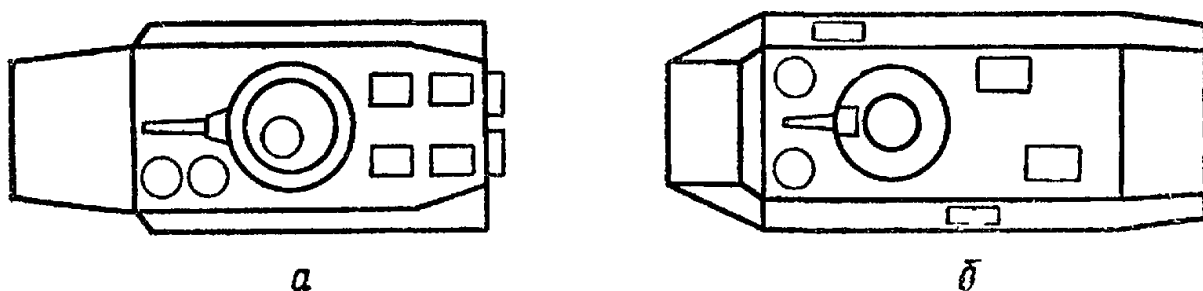


Рис. 96. Места расположения люков:

а — в БМП; б — в БТР-60ПБ

а)

б)

Рисунок 7.1 – Места расположения люков

а) в боевой машине пехоты БМП; б) в бронетранспортере БТР

Извлечение раненых из боевой машины производится вдвоем или втроем, бережно, с учетом общего состояния, тяжести и характера ранения.

На рисунке 7.1 показаны места расположения люков в боевой машине пехоты БМП и бронетранспортере БТР.

Раненые могут извлекаться через все люки.

Прием извлечения раненного из боевой машины пехоты БМП показан на рисунке 7.2 – через люк механика-водителя, на рисунке 7.3 – через люк наводчика-оператора и на рисунке 7.4 – через двери кормового люка.

Прием извлечения раненного из бронетранспортера БТР показаны на рисунке 7.5 – через посадочный люк командира, на рисунке 7.6 – через передний посадочный люк десанта и на рисунке 7.7 – через люк запасного выхода десанта и экипажа.

При оказании помощи раненному или обожженному непосредственно в машине необходимо соблюдать определенную последовательность. Так, при ранении в голову, верхние конечности и грудь первую помощь лучше всего оказать на рабочих местах в положении сидя. При ранении в нижние конечности командира БМП (БТР) первую медицинскую помощь должен



Рисунок 7.2 – Извлечение раненного из боевой машины пехоты БМП через люк механика-водителя

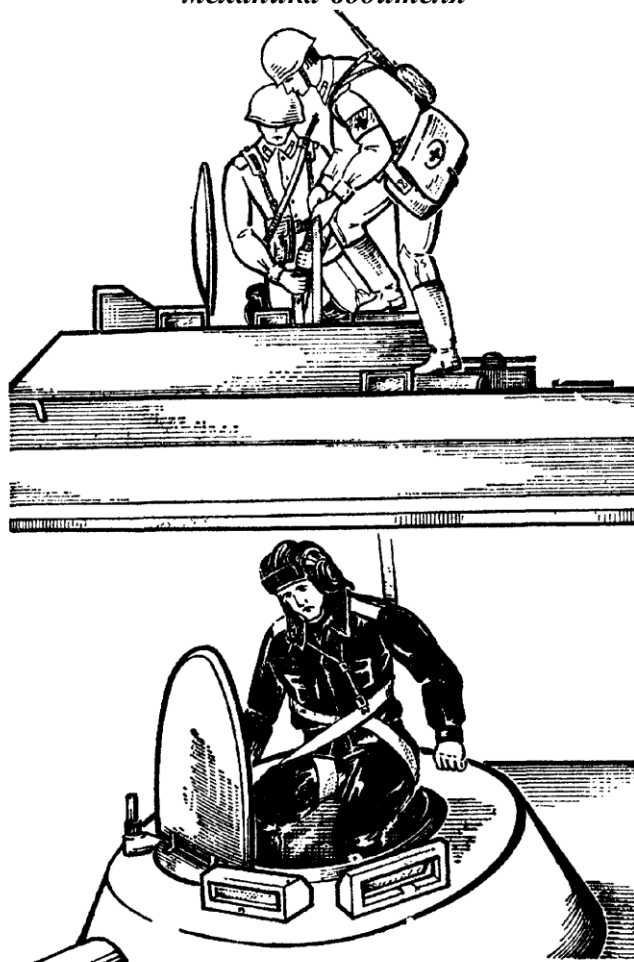


Рисунок 7.3 – Извлечение раненного из боевой машины пехоты БМП через люк наводчика-оператора

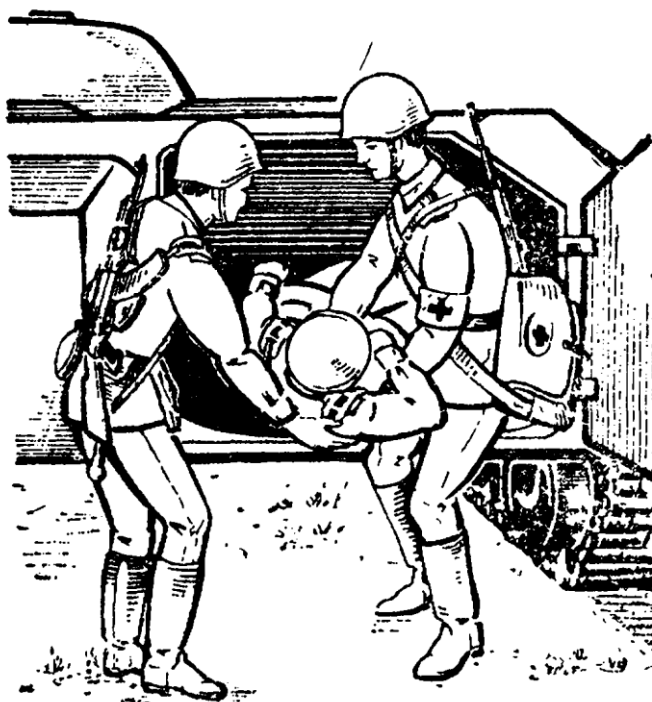


Рисунок 7.4 – Извлечение раненого из боевой машины пехоты БМП через двери кормового люка

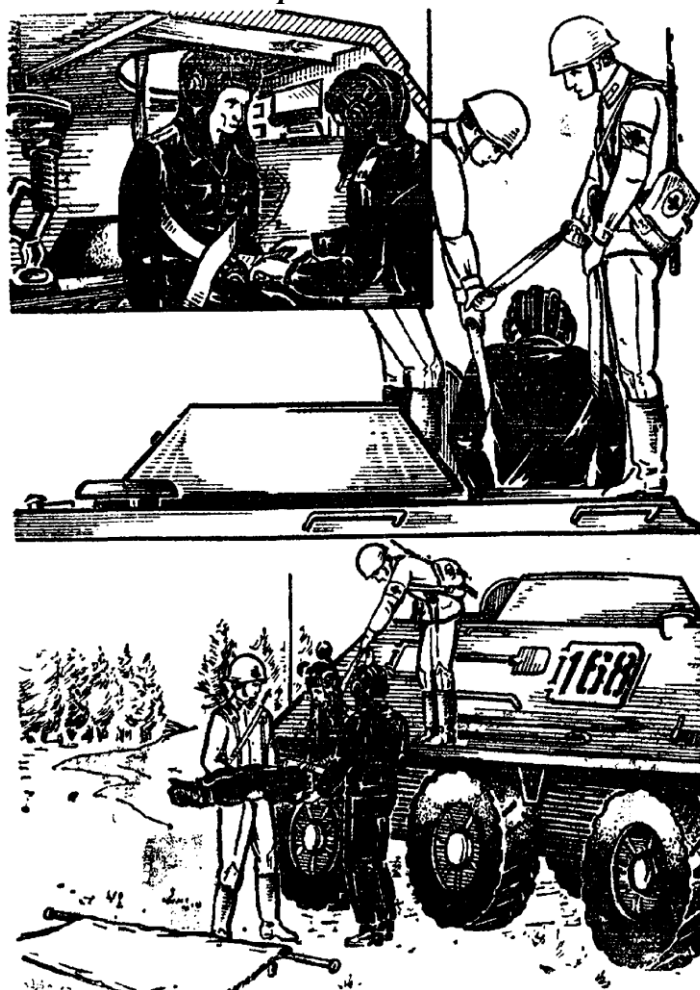


Рисунок 7.5 – Извлечение раненого из бронетранспортера БТР через посадочный люк командира

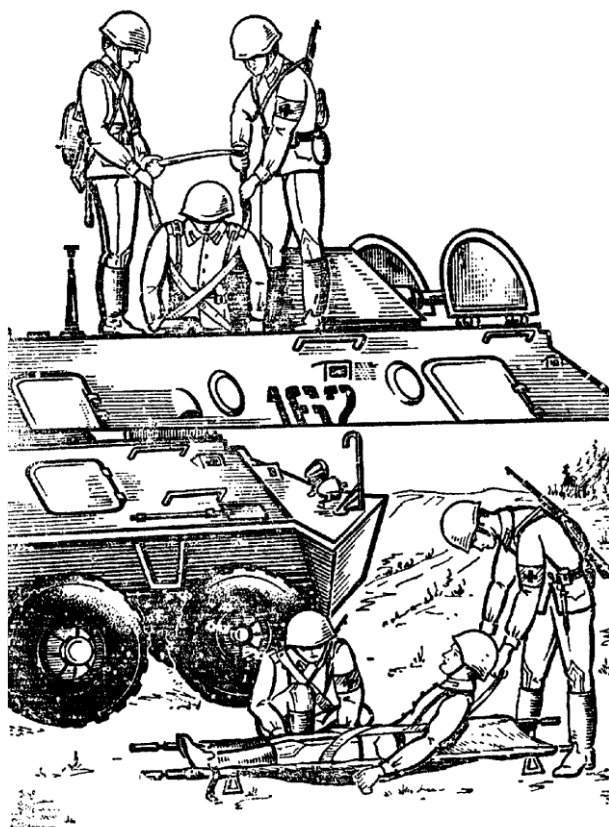


Рисунок 7.6 – Извлечение раненого из бронетранспортера БТР через посадочный люк десанта

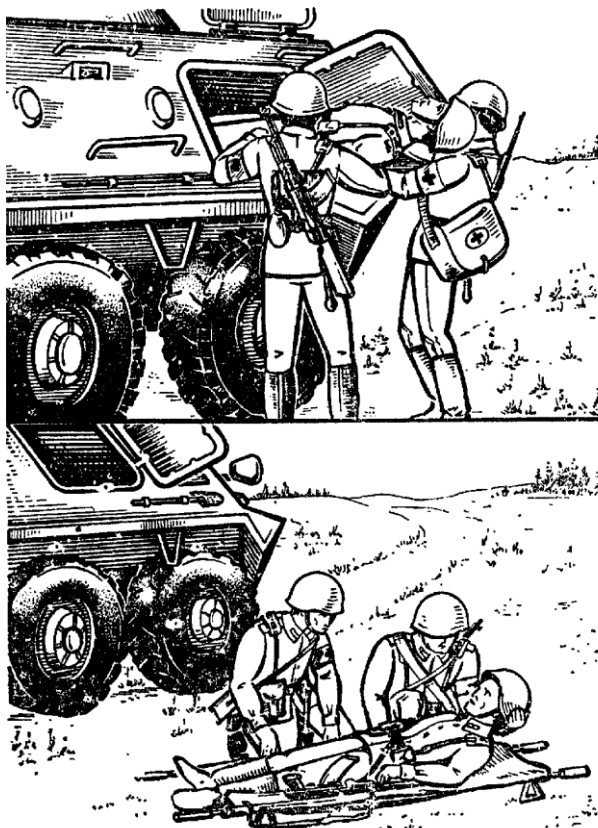


Рисунок 7.7 – Извлечение раненого из бронетранспортера БТР через люк запасного выхода

оказать механик-водитель в положении сидя или лежа. Перед оказанием помощи механику-водителю, раненному в таз и нижние конечности, необходимую спинку его сиденья опустить в горизонтальное положение, раненного оттащить несколько назад и, заняв удобное положение, оказать помощь.

Если требуется наложить шину, то раненого кладут на днище корпуса машины.

При оказании первой медицинской помощи при ранениях прежде всего надо остановить кровотечение из поврежденных крупных кровеносных сосудов, защитить рану от дальнейшего попадания инфекции предупредить возникновение у раненого шока.

Остановка кровотечения. В зависимости от вида поврежденного сосуда различают кровотечения артериальные, венозные, капиллярные. Кровотечения делятся также на наружные когда кровь изливается из поврежденного сосуда наружу, и внутренние, когда кровь изливается в какую-либо полость тела (живот, грудь, голову).

Артериальное кровотечение наиболее опасно для жизни. Кровь из поврежденного сосуда выбрасывается под большим давлением прерывистой (толчкообразной) струей и имеет ярко-красный (алый) цвет.

При **венозном кровотечении** кровь равномерно изливается через края раны и имеет темно-красный цвет.

Капиллярные кровотечения сопровождают всякую рану, кровь сочится со всей поверхности раны.

Это кровотечение часто останавливается самостоятельно.

Временное кровотечение можно остановить одним из следующих способов: наложением давящей (тугой) повязки, прижатием кровоточащего сосуда пальцем, наложением кровоостанавливающего жгута, максимальным сгибанием конечности.

При кровотечении поврежденному участку тела, если позволяют условия, необходимо придать возвышенное положение и обеспечить покой. Этим создаются более благоприятные условия для остановки кровотечения.

Наложение давящей (тугой) повязки – наиболее простой способ остановки незначительных кровотечений. Для давящей повязки используется индивидуальный перевязочный пакет.

Давящую повязку не следует накладывать слишком туго. Если после наложения такой повязки нога или рука посинеет, это означает, что повязка сдавила вены, отток крови к сердцу затруднен, она застаивается. От этого кровотечение может только усиливаться. Побледнение конечности ниже места наложения давящей повязки будет означать полное прекращение кровообращения.

Прижатие артерии пальцами в целях остановки кровотечения может быть применено в любой обстановке.

Прижатие осуществляется не в ране, а выше, ближе к сердцу по кровотоку и проводится перед наложением жгута или повязки. Точки прижатия артерий показаны на рисунке 7.8.

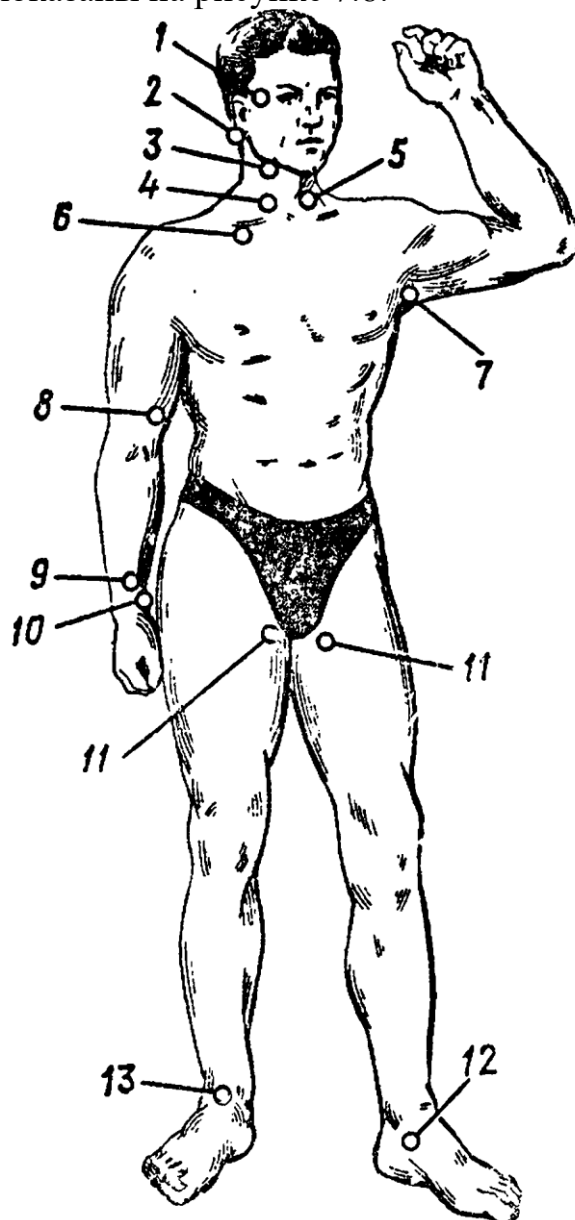


Рисунок 7.8 – Точки прижатия крупных артерий

1. Височная; 2. Затылочная; 3. Нижнечелюстная; 4. Правая общая сонная;
5. Левая общая сонная; 6. Подключичная; 7. Надмышечная; 8. Плечевая;
9. Лучевая; 10. Локтевая; 11. Бедренная; 12. Задняя большеберцовая;
13. Артерия тыла стопы

Чтобы умело и быстро остановить кровотечение этим способом, надо хорошо знать места прижатия артерий. Местонахождение артерий определяется по пульсу. Нашупав артерию, прижимают ее к подлежащим костям выше места ранения до исчезновения пульса и остановки кровотечения.

При ранении лица нужно прижать следующие сосуды: если рана на блу – височную артерию впереди от уха, при ранении подбородка или щеки –

наружную челюстную артерию, при ранении шеи, головы или лица сонную артерию прижимают сбоку от гортани к позвоночнику.

При кровотечениях в области плеча и плечевого пояса можно подключичную артерию прижать к первому ребру в надключичной ямке, подмышечную артерию – к плечевой кости в области подмышечной ямки.

При кровотечениях из ран предплечья прижимают плечевую артерию с внутренней стороны плеча к плечевой кости.

При кровотечении из ран бедра, голени и стопы прижимают бедренную артерию.

Наложение кровоостанавливающего жгута производится при сильном кровотечении из ран конечностей. Жгут накладывают выше раны и по возможности ближе к ней. Не следует накладывать жгут в средней трети плеча из-за опасности сдавливания нерва и развития в последующем паралича конечности.

Место, где будет накладываться жгут, необходимо защитить одеждой, полотенцем, ватно-марлевой повязкой или другими материалами.

Затем сильно растягивают резиновый жгут, делают им вокруг конечности одно-два кольца и концы фиксируют с помощью крючка (см. рисунок 7.9). На правильность наложения жгута указывает прекращение кровотечения из раны, а также отсутствие пульса и побледнение конечности.

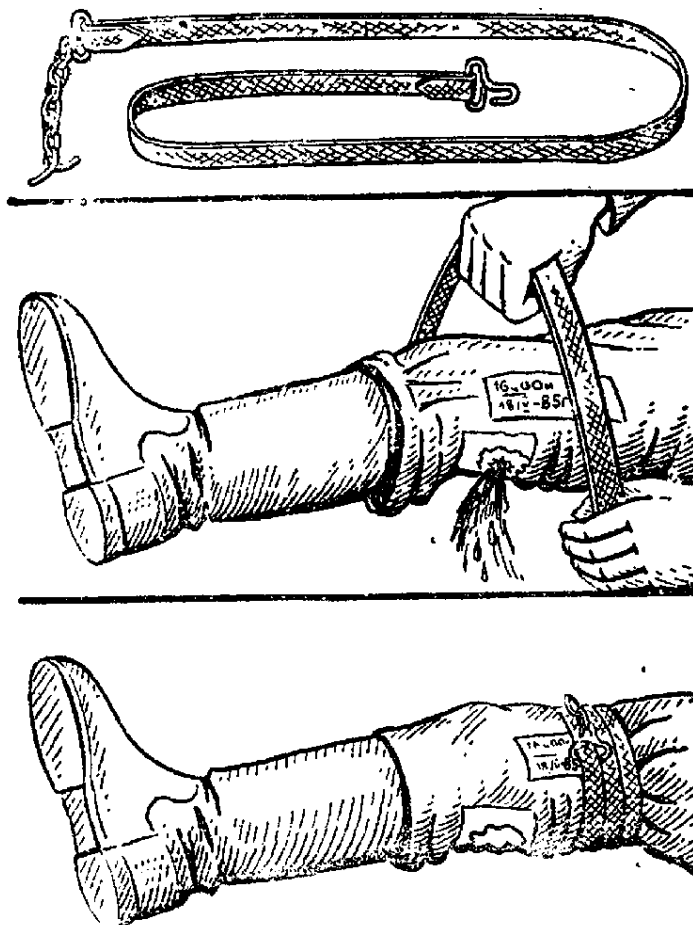


Рисунок 7.9 – Наложение кровоостанавливающего жгута

При отсутствии жгута для остановки кровотечения надо уметь использовать закрутку, которую можно сделать из любой достаточно прочной ткани, ремня, тесьмы, веревки.

Как и при наложении жгута место, где накладывается закрутка, защищают мягкой прокладкой (ватой, одеждой). Закрутку обвертывают вокруг конечности и концы ее завязывают узлом. В образовавшееся кольцо вставляют палку и закручивают до тех пор, пока кровотечение не прекратится. Конец палки фиксируется бинтом или другим способом (см. рисунок 7.10).

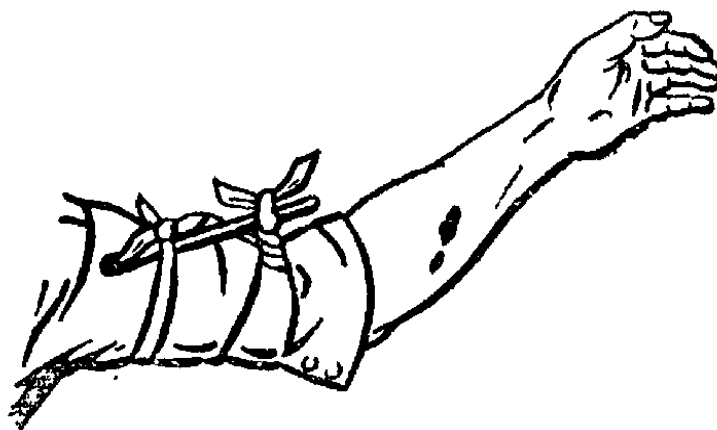


Рисунок 7.10 – Остановка крови с помощью закрутки

Наложив на конечность жгут или закрутку, рану прикрывают первичной повязкой, на которую отмечают время наложения жгута.

Пометку о времени можно сделать и на листке, прикрепив его к повязке последними оборотами или подложив под жгут.

Жгут накладывают на конечности летом не более чем на час, а зимой – на полчаса. По истечении этого времени необходимо прижать пальцами соответствующую артерию и затем ослабить жгут. Когда конечность порозовеет и потеплеет, он вновь затягивается.

В общей сложности жгут накладывают не более чем на 2 ч. В холодное время конечность со жгутом должна быть хорошо утеплена.

8 ЭВАКУАЦИЯ РАНЕННЫХ РАЗВЕДЧИКОВ ИЗ-ПОД ОГНЯ ПРОТИВНИКА В ХОДЕ ОБМ

Командир группы должен максимально быстро принять решение об эвакуации раненого. Выживаемость раненых и остальных разведчиков-диверсантов из личного состава разведывательно-поисковой группы (РПГ) и разведывательно-диверсионной группы (РДГ) зависят от быстрых, четких и слаженных действий всей группы.

Если командир группы промедлит с принятием решения, противник, который также ведет наблюдение за полем боя, сможет сконцентрировать огонь на маленьком участке, где находится раненный с целью увеличить потери в живой силе РПГ (РДГ), либо привлечь снайпера также для нанесения максимального урона РПГ (РДГ), либо с целью добить раненного.



Рисунок 8.1 – Обеспечение эвакуации раненного с поля боя (из под огня противника) под дымовым и огненным прикрытием из личного оружия нормального калибра разведчиков-диверсантов личным составом сил разведывательно-поисковой РПГ (или разведывательно-диверсионной) группы РДГ

Помните, вся и любая война заканчивается, как только появляется 300-ый – начинается мероприятия по спасанию. Раненный – это иммобилизация группы, и тут нужно действовать быстро, чтобы не дать возможности заблокировать и уничтожить группу.

Эвакуация следует проводить под прикрытием дымовой (дымо-пылевой) завесы и интенсивного огня по противнику.

Интенсивный огонь по противнику целесообразно открывать почти одновременно (эффект залпового огня). Огонь РПГ (РДГ) должен быть разнесен как по фронту, так и в глубину. Для этого, по команде командира группы нужно заранее достать запасной магазин для быстрой смены, гранату и дым-машинку. Те, кто вооружен подствольными гранатометами ГП-25 «Костер» (ГП-30 «Обувка») – достают новые выстрелы для

оперативной перезарядки. Кроме того, целесообразно стараться некрывать навесной траекторией максимальную площадь, как по фронту, так и в глубину.

Далее РПГ (РДГ) должна создать максимальную плотность огня, для чего огонь ведется длинными очередями. Отстреливается магазин (одна лента), метаются гранаты.

Улучшив момент, под прикрытием сослуживцев, эвакуогруппа (в сложных случаях 2...3 военнослужащих) на максимально допустимой скорости должна вытащить раненного из красной зоны.

Боевой расчет сил и средств (эвакуогруппа и подгруппа обеспечения) ведет командир группы.

Главная задача эвакуации из «красной зоны» - найти ближайшее непробиваемое укрытие, где относительно спокойно можно оказать первую помощь.

В первую очередь останавливается артериальное или венозное кровотечение, вводится обезболивающее. Рекомендуется использовать формулу – Д-К-Ш – дыхание – кровотечение – шоковое состояние.

Если тактическая обстановка позволяет, то в этом случае первая помощь оказывается в полном объеме.. В сложных ситуациях боевой обстановки раненный транспортируется на пункт сбора.

В последнем случае подгруппа обеспечения отвлекает противника на себя, не давая ему возможности к преследованию эвакуогруппы. Первая медицинская помощь в полном объеме, в данной ситуации, оказывается немедленно, как только представится такая возможность (группа оторвется от преследования противника).

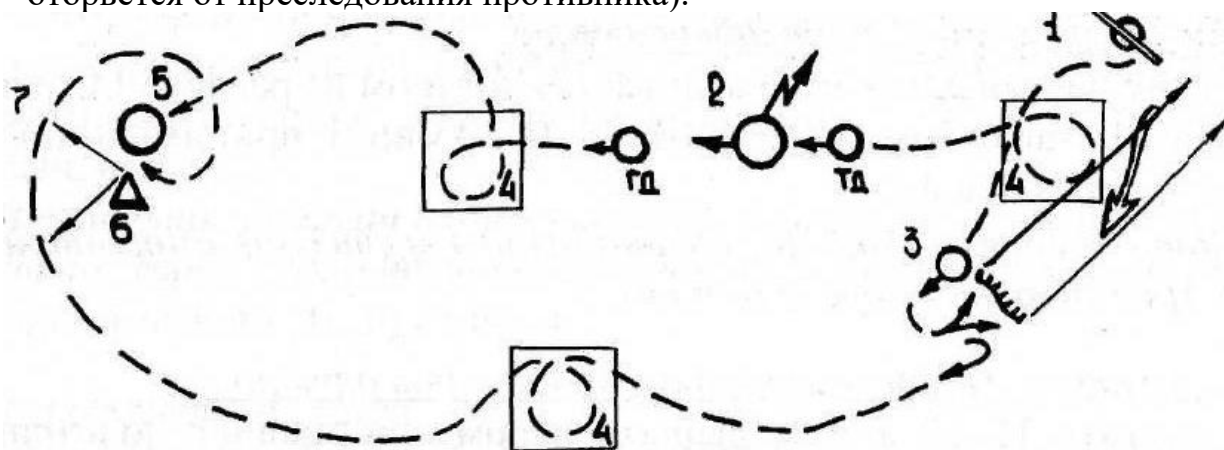


Рисунок 8.2 – Отрыв от преследования осуществляется по схеме ниже

1. Место ранения; 2. Разведывательная группа с раненым; 3. Отвлекающая подгруппа; 4. Места проведения мероприятия, затрудняющих работу розыскных собак; 5. Пункт сбора; 6. Наблюдательный пост на пункте сбора;
7. Заход отвлекающей группы на пункт сбора по «улитке»

9 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБУЧЕНИЮ ЛИЧНОГО СОСТАВА

Занятия по военно-медицинской подготовке проводит врач или фельдшер, а практическую отработку нормативов – командиры отделений.

Теоретические положения отрабатываются в классе с использованием учебных пособий (плакатов, схем, таблиц, макетов, диапозитивов, диафильмов, видеофильмов), практические – в поле днем и ночью с использованием средств индивидуального медицинского оснащения и подручных материалов (доски, связки веток, ремни и др.).

В основу занятий должен быть положен показ руководителем приемов оказания самопомощи и взаимопомощи с последующим выполнением этих приемов обучаемыми. Для отработки приемов все обучаемые разбиваются на две группы, одна из которых оказывает помощь, а другая выступает в роли пострадавших. В ходе занятия обучаемые меняются местами. После усвоения приема проводится тренировка выполнения его в установленное нормативами время. На практическую отработку отводится не менее 80 % учебного времени.

Занятия обеспечивает учебным имуществом из расчета один комплект на двух обучаемых.

Литература:

1. Учебник сержанта воздушно-десантных войск. Часть 2. – М.: Военизд. – 1989 г. – 300 стр.

2. Котляревский А. А. Армейские медицинские подsumки, аптечки, наборы и сумки (ранцы). Комплектация средств оказания первой помощи, лекарственных препаратов и перевязочных средств для военнослужащих Министерства Обороны Российской Федерации. – 1-е изд. – Объединения Туркуловцев, 2016. – 52 с., ил.

3. В. Г. Бубнов, Н. В. Каташинский. Атлас первой помощи в условия проведения антитеррористических операций. Изд.: «Гало Бубнов» – 67 стр.

Содержание:

1 Табельные средства для оказания первой медицинской помощи	3
1.1 Индивидуальный перевязочный пакет	3
1.2 Войсковая аптечка	4
1.3 Индивидуальная аптечка	5
1.4 Индивидуальный комплект медицинской помощи ВДВ	6
1.5 Аптечка первой помощи индивидуальная АППИ	6
1.6 Аптечка первой помощи групповая АППГ	8
1.7 Медицинский подsumок	10
1.8 Набор первой помощи АИ-3-1ВС	13
1.9 Набор первой помощи АИ-Н-2 «Спецназ»	14
1.10 Набор первой помощи АИ-Н-2 «Спасатель»	19
1.11 Аптечка индивидуальная носимая АИ-Н-4 АСС	21
1.12 Аптечка индивидуальная носимая АИ-Н-4 «Горный Охотник» АСС . .	25

2 Первая помощь в условиях проведения боевых действий	29
2.1 Анализ типичных ситуации, которые приводят к безвозвратным потерям из-за бездействия или безграмотности личного состава	29
2.2 Рекомендации к использованию раздела «Первая помощь в условиях проведения боевых действий» в медицинской подготовке личного состава СпН ВС МО, ГРУ, ССО, ФСБ и ФС ВНГ	30
2.2.1 Оказание первой помощи в секторе обстрела	30
2.2.2 Оказание первой помощи в укрытии	31
2.3 Два основополагающих правила оказания первой медицинской помощи в зоне огневого контакта	31
2.4 Тактика действий в секторе обстрела, когда раненый не подает признаков жизни	34
2.5 Почему раненые в состоянии комы, лежащие на спине, часто погибают в первые минуты после потери сознания	35
2.6 Почему раненые в состоянии комы, лежащие на животе, чаще выживают на поле боя	36
2.7 Правила поворота раненого на живот с последующим оставлением его на месте до окончания боя	37
2.8 Правила поворота раненого на живот для транспортировки в укрытие	39
2.9 Расположение оружия во время транспортировки раненого в укрытие	41
2.10 Варианты проведения заградительного огня во время транспортировки раненого	42
2.11 Правила транспортировки раненого в укрытие	42
2.12 Правила быстрого втаскивания раненого и спасающего бойцов в укрытие	43
2.13 Распределение задач между бойцами при оказании первой помощи раненому в укрытии	44
2.14 Согласование действий бойцов в подготовке раненого к осмотру	45
2.15 Согласование действий бойцов во время осмотра раненого в укрытии	45
2.16 Тактика действий в укрытии, в зависимости от трех ситуаций состояния раненого, неподающего признаков жизни	46
2.17 Действия в случае, когда нет сознания, и нет пульса на сонной артерии (клиническая смерть)	47
2.17.1 Правила нанесения прекардиального удара	49
2.17.2 Правила проведения непрямого массажа сердца	50
2.17.3 Правила проведения вдоха искусственного дыхания	52
2.18 Правила проведения реанимации более 10 минут	53
2.19 Правила транспортировки раненого с угрозой повторной остановки сердца	54
2.20 Действия в случае, когда нет сознания, но есть пульс на сонной артерии (состояние комы)	55

2.21 Правила транспортировки раненого в состоянии комы	57
2.22 Тактика действий в секторе обстрела, когда возле головы и туловища раненого видна лужа крови	58
2.23 Правила наложения жгута на шею в секторе обстрела	59
2.24 Согласование действий бойцов в укрытии во время осмотра бойца с ранением шеи	63
2.25 Правила наложения жгута на шею в положении раненого «сидя»	64
2.26 Правила оказания помощи в случае ранения головы	65
2.27 Правила оказания помощи в случае обнаружения входного пулевого отверстия на передней поверхности грудной клетки	67
2.28 Правила переноса на носилках раненого с повреждениями грудной клетки	69
2.29 Оказание первой помощи раненому с обильным кровотечением из раны руки в секторе обстрела	70
2.30 Правила оказания первой помощи раненому с обильным кровотечением из раны руки в секторе обстрела	71
2.31 Правила контроля правильности наложения жгута в укрытии	73
2.32 Правила наложения жгута на плечо в условиях укрытия	74
2.33 Тактика действий в секторе обстрела, если возле ног и туловища которого видна лужа крови	78
2.34 Правила наложения жгута на бедро в секторе обстрела	78
2.35 Оказание первой медицинской помощи бойцу с ранением бедренной артерии во временном укрытии	81
2.36 Правила переноса на носилки раненого с подозрением на повреждение бедренных костей и костей таза	83
2.37 Монтаж одноразовой системы для переливания плазмозамещающих растворов	84
2.38 Техника внутривенного капельного вливания растворов	86
2.39 Правила переноса раненого на носилках с работающей системой капельного вливания растворов	88
3 Первая помощь при ранениях, переломах костей, ушибах	89
3.1 Виды ран	89
3.2 Общие правила наложения повязок	89
3.3 Способы остановки кровотечения	91
3.4 Оказание первой помощи при переломах костей	93
3.5 Первая помощь при ушибах	95
4 Первая помощь при ожогах, отморожениях, несчастных случаях и отравлениях	95
4.1 Первая помощь при ожогах	95
4.2 Первая помощь при отморожениях	96
4.3 Первая помощь при утомлении	97
4.4 Первая помощь при поражении электрическим током	98

4.5 Первая помощь при тепловом ударе	98
4.6 Первая помощь при отравлении техническими жидкостями	98
5 Способы искусственного дыхания	99
6 Первая помощь при поражении ядерным и химическим оружием	100
7 Розыск раненых, извлечение их из боевых машин и эвакуация	101
8 Эвакуация раненных разведчиков из-под огня противника в ходе ОБМ .	112
9 Рекомендации по обучению личного состава	114
Литература	115

