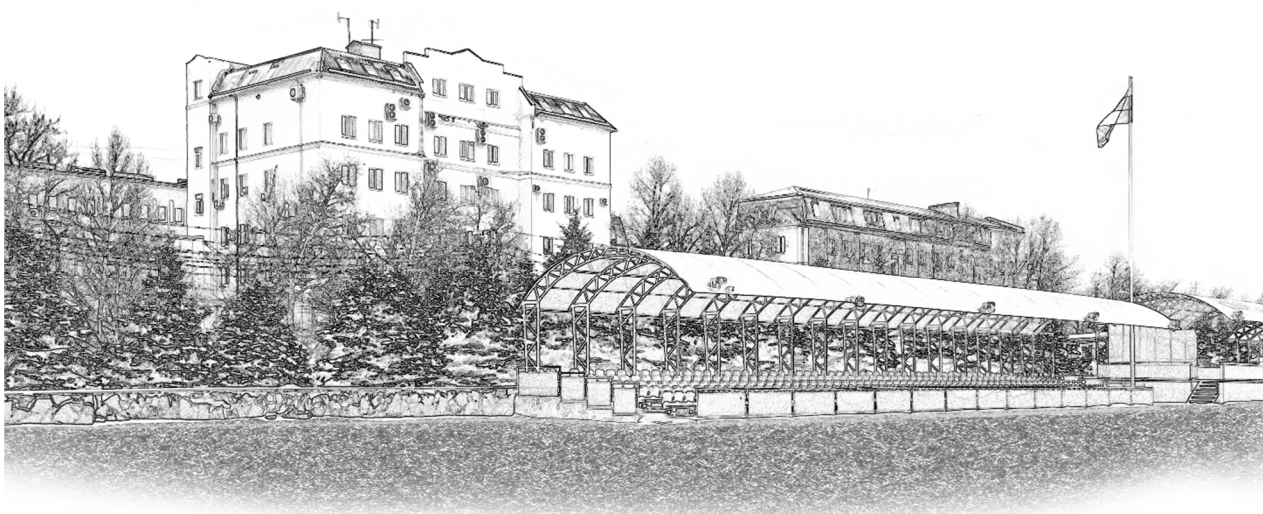




Краснодарский университет МВД России

**А. А. Скидан
А. А. Некрасова**

**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ САМО-
И ВЗАИМОПОМОЩИ СОТРУДНИКАМИ
ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ
В ОСОБЫХ УСЛОВИЯХ**



Краснодар
2025

Краснодарский университет МВД России

**А. А. Скидан
А. А. Некрасова**

**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ САМО- И ВЗАИМОПОМОЩИ
СОТРУДНИКАМИ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ
В ОСОБЫХ УСЛОВИЯХ**

Учебно-методическое пособие

Краснодар
2025

УДК 614.88
ББК 53.5
С429

Одобрено
редакционно-издательским советом
Краснодарского университета
МВД России

Рецензенты:

Ф. Н. Зейналов, кандидат юридических наук, доцент (Орловский юридический институт МВД России имени В. В. Лукьянова);
А. Ф. Гостищев (МСЧ МВД России по Краснодарскому краю).

Скидан А. А.

С429 Особенности оказания само- и взаимопомощи сотрудниками органов внутренних дел в особых условиях : учебно-методическое пособие / А. А. Скидан, А. А. Некрасова. – Краснодар : Краснодарский университет МВД России, 2025. – 68 с.

ISBN 978-5-9266-2140-9

Излагается последовательность действий при оказании само- и взаимопомощи сотрудниками органов внутренних дел в особых условиях. Предлагается алгоритм устранения угрожающих жизни состояний, предотвращения развития тяжелых осложнений и поддержания жизненно важных функций организма в ходе эвакуации и транспортировки.

Для профессорско-преподавательского состава, курсантов, слушателей образовательных организаций МВД России и сотрудников органов внутренних дел Российской Федерации.

УДК 614.88
ББК 53.5

ISBN 978-5-9266-2140-9

© Краснодарский университет
МВД России, 2025
© Скидан А. А., Некрасова А. А., 2025

Введение

Сотрудники органов внутренних дел (далее – сотрудники ОВД) все чаще направляются в места, где проходят вооруженные конфликты, проводится специальная военная операция и активно ведутся боевые действия с целью выполнения своих служебных обязанностей, связанных с обеспечением общественной безопасности и поддержанием общественного порядка. Несение службы на таких территориях иногда приводит к получению травм и ранений различных областей тела. В таких условиях понимание основ оказания само- и взаимопомощи становится неотъемлемой частью подготовки каждого сотрудника. Эти знания не только повышают уровень личной безопасности и играют решающую роль в спасении жизней как самих сотрудников, так и гражданских лиц.

Согласно ст. 31 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сотрудники ОВД обязаны проводить комплекс мероприятий, направленных на сохранение и поддержание жизни и здоровья пострадавших и необходимых при несчастных случаях, травмах, ранениях, поражениях, отравлениях, других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью пострадавших, до оказания медицинской помощи. Перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечень мероприятий по оказанию первой помощи установлен приказом Министерства здравоохранения РФ

от 03.05.2024 № 220н «Об утверждении порядка оказания первой помощи».

Само- и взаимопомощь представляют собой набор навыков и методов, направленных на оказание первой помощи в особых условиях, когда доступ к профессиональной медицинской помощи ограничен или отсутствует. В условиях боевых действий сотрудники ОВД могут столкнуться с различными травмами, такими как огнестрельные, осколочные, колотые и резаные ранения, а также с ситуациями, требующими мгновенной реакции на угрозы жизни и здоровью.

В связи с этими обстоятельствами одной из ключевых целей данного учебно-методического пособия является предоставление сотрудникам ОВД комплексной информации о том, как правильно оценивать ситуацию, оказывать первую помощь себе и другим, а также эффективно действовать в условиях проведения боевых действий и в состоянии сильного стресса. В пособии рассмотрен широкий спектр тем, включая основные виды травм, методы остановки кровотечений, проведение сердечно-легочной реанимации, а также способы оказания помощи при термических, химических и электрических ожогах. Особое внимание уделено методам эвакуации и транспортировки раненых, что является одним из важнейших элементов оказания помощи раненым в условиях ограниченного времени и ресурсов.

Важно отметить, что наравне с осуществлением ряда последовательных действий в целях поддержания жизненно важных функций организма пострадавшего в систему оказания само- и взаимопомощи входит психологическая подготовка. Сотрудники ОВД должны быстро принимать решения и переходить к активным действиям в условиях повышенной опасности и неопределенности. Осознание своих возможностей и ограничений, преодоление психологического барьера перед последствиями обширных ранений, а также способность работать в команде – ключевые факторы успешного выполнения задач в экстремальных ситуациях.

Таким образом, разработка и внедрение в практику ОВД эффективных методов и приемов оказания само- и взаимопомощи в особых условиях является актуальной задачей, решение которой будет способствовать повышению профессиональной надежности и психологической устойчивости сотрудников, а также качественному выполнению ими служебных обязанностей.

1. Жизнеугрожающие состояния, требующие оказания само- и взаимопомощи в особых условиях

1.1. Основные виды ранений и особенности оказания само- и взаимопомощи сотрудниками органов внутренних дел при их получении

Нарушение целостности кожного покрова, слизистых оболочек, глубоких тканей и внутренних органов в результате механического или другого воздействия называется раной или открытым повреждением.

Каждая рана имеет свои характерные признаки:

- 1) боль;
- 2) зияние;
- 3) кровотечение;
- 4) потеря чувствительности;
- 5) нарушение функции.

Зияние раны — это расхождение ее краев, которое зависит от упругости и способности мягких тканей сокращаться. Чем больше и глубже рана, тем более выражено ее зияние.

Раны классифицируются по степени тяжести на легкие, средней тяжести и тяжелые. Эта классификация определяется на основе внешних размеров раны, ее глубины, характера повреждений внутренних органов и возможных осложнений (кровотечения, нарушения функций организма, перитонит, пневмоторакс и пр.). При любом ранении существует множество опасностей, угрожающих жизни пострадавшего.

Как и любые травмы, ранения могут вызвать общую реакцию организма, включая обморок, шок и терминальное состояние. Эти реакции возникают не только в результате болевого раздражения, но и из-за кровопотери. В более поздний период инфекция, проникающая в организм через рану, также представляет серьезную угрозу.

Одной из ключевых задач при оказании помощи пострадавшим является защита раны от загрязнения и инфицирования. Первоначальная обработка раны — это основное действие, которое помогает предотвратить развитие осложнений и в три раза сократить время заживления.

По глубине раны делятся на поверхностные и глубокие. Поверхностные раны повреждают кожу, подкожную клетчатку и сли-

зистые оболочки, в то время как глубокие могут затрагивать сосуды, нервы, кости, сухожилия и внутренние органы.

Глубокие раны, в которых повреждаются внутренние оболочки полостей (брюшной, грудной, черепной, суставной), называются проникающими, в то время как обычные раны, независимо от глубины, являются непроникающими.

По степени стерильности раны могут быть стерильными и инфицированными. Стерильной считается рана, нанесенная стерильным предметом в стерильных условиях (например, во время операции), все остальные следует считать инфицированными.

Раны, подвергшиеся воздействию физических или биологических факторов (яд, отравляющие вещества, радиация), называются осложненными. В зависимости от количества ран одного характера они могут быть одиночными или множественными.

В зависимости от характера ранящего предмета различают колотые, резаные, рубленые, ушибленные, рваные, огнестрельные и осколочные ранения. Острота предмета и скорость нанесения повреждения влияют на степень повреждения краев раны. Раны, полученные тупыми предметами, часто имеют значительные повреждения краев и могут вызывать сильные боли, что может привести к шоку.

Колотые раны возникают от колющих предметов (нож, штык, игла) и имеют небольшое наружное отверстие, но обычно большую глубину. Из-за смещения тканей края раны могут спадаться, что делает их особенно опасными, так как трудно установить глубину повреждения и возможные повреждения внутренних органов.

Резаные раны возникают от острых режущих предметов (нож, бритва, стекло, скальпель) и имеют ровные края. Глубина таких ран обычно меньше их длины, и они чаще бывают поверхностными, но могут представлять опасность, если находятся вблизи крупных сосудов (шея, суставы).

Рубленые раны наносятся острым, но тяжелым предметом (топор, шашка и др.) и обычно обширнее резаных. Края таких ран имеют разможенный вид и подвержены высокой степени инфицирования.

Ушибленные раны возникают от тупых предметов (молоток, камень), края таких ран разможены и неровны. Эти раны подвержены быстрому некрозу тканей из-за повреждения сосудов и их тромбоза, что создает условия для инфекции.

Огнестрельные ранения происходят от снарядов, выпущенных из огнестрельного оружия. Они классифицируются на пулевые, дробовые и осколочные. Огнестрельные ранения могут быть сквозными, слепыми или касательными. При сквозном ранении входное отверстие всегда меньше выходного. При слепом ранении снаряд застревает в теле, а касательное повреждает лишь поверхность кожи.

Осколочные ранения часто бывают множественными и вызывают обширные повреждения тканей. Неровные края осколков могут захватывать в рану различные предметы, что увеличивает риск инфицирования.

Комбинированные ранения возникают, когда снаряд проходит через несколько органов и полостей, нарушая функции нескольких из них.

Первая помощь при ранениях включает в себя:

- остановку кровотечения;
- первоначальную обработку раны;
- наложение давящей повязки;
- выполнение противошоковых мероприятий;
- доставку в район оказания медицинской помощи.

Поскольку основная причина смертельных исходов после ранения — кровопотеря, первые действия должны быть направлены на остановку этого процесса. Затем следует правильная обработка раны и наложение асептической повязки. При наличии дезинфицирующих средств необходимо предварительно обработать кожу вокруг раны, стараясь удалить загрязнения. Рану нельзя промывать водой и применять прижигающие антисептики, так как это может усугубить ситуацию.

Мелкие инородные тела, попавшие в рану, необходимо удалять, так как они могут вызвать воспаление. Для этого можно использовать пинцет или иглу. Более крупные инородные тела должны удаляться только врачом.

Важным аспектом оказания помощи является быстрая эвакуация пострадавшего в лечебное учреждение, так как своевременная медицинская помощь значительно повышает шансы на успешное лечение. При транспортировке необходимо учитывать характер ранения, его локализацию и степень кровопотери, чтобы минимизировать риск ухудшения состояния.

1.2. Основные виды кровотечений и способы их остановки

Состояние, при котором кровь в результате травмы (ранения) покидает кровеносные сосуды, что приводит к безвозвратной утрате части крови, называется кровотечением.

Кровотечения, возникающие в условиях боевых действий, представляют собой одну из наиболее значительных угроз для жизни и здоровья пострадавшего, требующую незамедлительных действий и адекватной реакции со стороны сотрудников ОВД и необходимости в доставлении в медицинское учреждение. В первую очередь, кровотечения могут быть классифицированы на артериальные, венозные и капиллярные, каждое из которых имеет свои особенности, механизмы и способы остановки. Артериальные кровотечения характеризуются яркой алой кровью, выбрасываемой под высоким давлением из поврежденной артерии. Они могут быть вызваны огнестрельными ранениями или осколками, и требуют немедленных действий для предотвращения критической потери крови.

Венозные кровотечения, в свою очередь, характеризуются течением темной, более вязкой крови. Они возникают при повреждении вен, и, хотя могут быть менее опасными, чем артериальные, они также требуют внимания, особенно если речь идет о больших венах, таких как яремные или бедренные.

Капиллярные кровотечения, как правило, представляют собой наименее опасный тип, но они также могут потребовать внимания, особенно если рана обширная или загрязненная.

Признаками острой кровопотери являются: ощущение резкой общей слабости, сухость во рту, головокружение, обморок, бледные кожные покровы, липкий пот, а также учащенное сердцебиение и частое дыхание. При повреждении крупных кровеносных сосудов скорость кровопотери настолько значительна, что может привести к гибели в течение нескольких минут с момента получения ранения, если раненый не окажет самопомощь либо будет отсутствовать взаимопомощь.

Различают наружные и внутренние кровотечения. Наружное сопровождается повреждением кожных покровов и слизистых оболочек, при этом кровь изливается наружу. Внутренние характеризуются проникновением крови в полости тела или мягкие ткани.

По степени опасности для жизни кровотечения делятся на сильное, слабое и внутреннее. Сильными считаются те кровоте-

ния, которые не останавливаются самостоятельно и в короткий срок проводят к критической кровопотере, т.е. кровь из раны вытекает сильной пульсирующей струей или бьет фонтаном, одежда быстро впитывает кровь. Слабое кровотечение возможно остановить при умеренном воздействии на его источник. Внутреннее кровотечение возникает при падении с высоты, сильных ударах в область туловища, от воздействия ударной волны при взрыве боеприпасов попадании снаряда в средства бронезащиты без их сильного повреждения, а также проникающие ранения груди и живота.

Основные способы остановки наружного кровотечения.

1. На рану оказывается прямое давление. Это является наиболее простым способом остановки кровотечений. Используется кратковременно, до наложения давящей повязки или кровоостанавливающего жгута (турникета). Кровоостанавливающие мероприятия проводят в следующей последовательности:

- надеваются медицинские перчатки;
- рана закрывается медицинскими салфетками или бинтом, либо используется любая чистая ткань;
- в области раны осуществляется давление силой руки (пальцев, кулака).
- для кровоостанавливающего эффекта необходимо определить точки, при которых возможно прижатие артерии к кости.

Преимущества данного способа: скорость применения (ментальная остановка); возможность использования в области головы, шеи, подмышечной, подключичной и паховой областях.

Очевидные недостатки: в силу ограниченности физических возможностей оказывающего само- или взаимопомощь уменьшается время эффективного воздействия в месте ранения, при выборе данного способа сам раненый либо сотрудник, оказывающий взаимопомощь пострадавшему, становятся ограничены в передвижении и использовании огнестрельного оружия для обороны.

Наиболее эффективным способ прямого давления на рану становится в том случае, когда давление осуществляется строго перпендикулярно, используется вес всего тела, поврежденный сосуд прижимается к кости или пережимается мышечными массами, а компрессия осуществляется как пальцами и кулаком, так и коленом, локтем. При правильном определении точка компрессии, манипуляции достигнут кровоостанавливающего эффекта минимальными усилиями и практически болезненно для самого раненого.

2. Наложение давящей повязки на кровоточащую рану приводит к увеличению давления внутри тканей и сжатию поврежденных сосудов, способствуя образованию тромбов в сосудистом русле. Правильное наложение такой повязки, выполненное с использованием эластичных бинтов, может эффективно остановить кровотечение даже из крупных сосудов, включая анатомически сложные области. Это считается одним из наиболее предпочтительных методов временной остановки кровотечения.

Преимущества данного метода заключаются в его универсальности, так как он может применяться при различных видах ранений, особенно на конечностях. Однако у данного способа есть и недостатки: он не всегда эффективен при повреждениях крупных артерий или при травмах, сопровождающихся ампутацией конечностей. Кроме того, сильное сжатие тканей может привести к нарушению кровообращения в периферических участках конечностей, что требует постоянного контроля во избежание некроза тканей.

Процесс наложения давящей повязки включает следующие шаги:

- необходимо освободить рану от одежды и приподнять поврежденную конечность выше уровня сердца (если пациент находится в лежачем положении);
- следует проверить наличие инородных тел в ране (осколки стекла, куски дерева или металла);
- при необходимости удалить такие предметы, очистив рану;
- на рану укладывается несколько слоев стерильной марли, а в случае ее отсутствия можно использовать чистую ткань (например, носовой платок или кусок простыни);
- края раны плотно прижимаются, сводя их как можно ближе друг к другу;
- для усиления давления на рану сверху помещается подушечка из плотного комка ваты или свернутой ткани, после чего туго забинтовывается.

Эти действия значительно упрощаются при наличии стандартных средств первой помощи, таких как индивидуальный перевязочный пакет (далее – ИПП).

ИПП включает в себя прорезиненную оболочку и бинт с неподвижной и подвижной ватно-марлевой подушкой. Техника наложения давящей повязки с использованием ИПП включает следующие этапы:

1. Открыть упаковку ИПП.
2. Освободить рану от одежды и приподнять поврежденную конечность выше уровня сердца (при лежащем положении раненого).
3. Проверить наличие инородных тел в ране.
4. Удалить инородные предметы при необходимости.
5. Неподвижную ватно-марлевую подушку следует разместить на ране.
6. Края раны плотно прижимаются, сводя их как можно ближе.
7. После первого оборота бинта подвижную ватно-марлевую подушку также помещают поверх раны и туго забинтовывают.

В случае сквозного огнестрельного ранения необходимо освободить место ранения от одежды и приподнять поврежденную конечность выше уровня сердца (при положении раненого лежа) и проверить, не содержит ли рана инородных предметов (осколки стекла, куски дерева или металла). При необходимости удалить инородные предметы (очистить рану) и разместить неподвижную ватно-марлевую подушку на рану с наибольшим дефектом, а подвижную подушку разместить на противоположную рану. Поверх ватно-марлевых подушек, для усиления сдавления, положить подушечку из плотного комка ваты или свернутой ткани и туго забинтовать.

3. Наложение кровоостанавливающего жгута является одним из самых надежных и быстрых методов временной остановки сильного кровотечения, особенно при массивных артериальных кровотечениях из конечностей. Этот метод применяется в следующих случаях: при значительном кровотечении из артерий конечности, когда другие методы не дают результата; в ситуациях, когда давящая повязка оказалась неэффективной, или для остановки профузного кровотечения, особенно в сложных условиях (например, под огнем противника или в темное время суток); при травмах, сопровождающихся отрывами конечностей, когда жгут нужно накладывать сразу выше места повреждения. В остальных случаях использование жгута не рекомендуется.

Преимущество данного метода заключается в его скорости и высокой эффективности в остановке артериального кровотечения. Однако у него есть и недостатки: применение жгута приводит к полному обескровливанию дистальных отделов конечностей, так как сжимаются не только поврежденные крупные сосуды, но и коллатерали. Если жгут остается на конечности более трех часов, это

может вызвать серьезные необратимые повреждения мышечных тканей и нервов. Продолжительное применение жгута может привести к отмиранию тканей ниже места его наложения. Кроме того, сжатие нервов может вызвать посттравматические поражения, сопровождающиеся болевым синдромом и нарушением двигательной активности и чувствительности. Прекращение кровообращения снижает устойчивость тканей к инфекциям и ухудшает их способности к восстановлению. Также использование жгута может спровоцировать сильный спазм сосудов и тромбоз. Восстановление кровообращения после длительного использования жгута может привести к «турникетному шоку» и острой почечной недостаточности, известной как синдром длительного сдавления. Кроме того, наложение жгута на туловище или в анатомически трудных областях может быть невозможно или ограничено.

При наложении жгута на конечность следует учитывать несколько основных принципов:

1. Жгут необходимо накладывать выше раны и как можно ближе к ней (в пределах 10-15 см). Эффективно также накладывать жгут на предплечье и голень. Однако в нижней трети бедра (выше колена), в области запястья и в нижней трети голени (выше лодыжки) наложение жгута не допускается.

2. При использовании резинового ленточного жгута нужно стремиться остановить кровотечение уже первым или вторым витком, а последующие накладывать плотно, фиксируя предыдущие и формируя «лесенку». Если рана расположена высоко, витки накладываются друг на друга.

3. Жгут сам по себе представляет собой травматический фактор, и время его нахождения на конечности не должно превышать допустимых норм: не более сорока минут как в холодное, так и теплое время года.

4. С учетом травматического воздействия, как только появится возможность, нужно убрать жгут и перейти к другим методам временной остановки кровотечения, таким как наложение давящей повязки или тампонада раны.

Основные правила наложения кровоостанавливающего жгута в условиях боевых действий:

– жгут накладывается выше места ранения, максимально близко к нему, чтобы ограничить участок обескровливания конечности;

– жгут должен располагаться на одежде или мягкой подкладке, во избежание повреждения кожи;

– для остановки кровотечения достаточно первого тура жгута, последующие туры служат лишь для поддержания необходимого уровня сдавления артерии;

– сдавление конечности не должно быть чрезмерным, во избежание дополнительных повреждений тканей.

Жгут обязательно фиксируется на конечности с помощью имеющегося на нем фиксатора или завязыванием концов в два узла. При использовании турникета свободный конец ленты продевается в пряжку, образуя петлю, которая предварительно затягивается на конечности и фиксируется с помощью застежки «велкро». Затем с помощью рычага затяжного механизма производится дозатяжка жгута до полной остановки кровотечения.

После наложения жгута обязательно применение обезболивания и выполнение транспортной иммобилизации. Жгут должен быть хорошо заметен и не закрываться повязкой или иммобилизирующей шиной. Время наложения жгута обязательно фиксируется на записке или открытых участках тела раненого.

В зоне боевых действий жгут накладывается при любом кровотечении, которое представляется опасным для жизни. После перемещения раненого в укрытие проводится контроль эффективности наложения жгута по отсутствию кровотечения и бледному цвету конечности. При выявлении ошибок в технике наложения жгут должен быть немедленно скорректирован.

По возможности следует заменить ранее наложенный резиновый ленточный жгут на турникет, который обеспечивает более надежную и безопасную остановку кровотечения.

1.3. Особенности проведения сотрудниками органов внутренних дел сердечно-легочной реанимации в особых условиях

Сердечно-легочная реанимация (далее – СЛР) является неотъемлемой частью экстренной помощи, особенно в условиях, когда травмы и угрозы жизни происходят в ходе боевых действий. Сотрудники ОВД часто оказываются в ситуации, где необходимость в быстром и качественном оказании первой помощи становится критически важной.

Сталкиваясь с постоянной угрозой жизни из-за наличия оружия, взрывов и обстрелов в районе оказания само- и взаимопомощи, невозможностью организовать безопасную зону для оказания помощи и ограниченными ресурсами, а также отсутствием необходимого медицинского оборудования, сотрудники ОВД должны быть хорошо подготовлены и иметь чёткие алгоритмы действий в процессе проведения СЛР.

Важным этапом оказания первой помощи является проверка наличия основных жизненных функций у пострадавшего. Для этого используются простейшие способы:

1. Проверка сознания: вступить в словесный и тактильный контакт с пострадавшим, оценить его реакцию.

2. Проверка дыхания: с помощью осязания, слуха и зрения определить наличие дыхательной деятельности.

3. Проверка кровообращения: при наличии соответствующей подготовки, определить пульс на магистральных артериях. Однако, ввиду недостаточной точности проверки пульса, рекомендуется ориентироваться в первую очередь на определение сознания и дыхания.

После перемещения пострадавшего в безопасное место, необходимо оценить ситуацию и устранить угрожающие факторы. Далее следует проверить сознание пострадавшего: встряхнуть его за плечи и громко спросить, где он ранен. При отсутствии реакции, нужно определить наличие дыхания. Для этого необходимо восстановить проходимость дыхательных путей: запрокинуть голову пострадавшего и выдвинуть нижнюю челюсть вперед. Это позволит освободить дыхательные пути, которые могли быть заблокированы западающим языком.

Проверка дыхания проводится в течение 10 секунд: ухом прислушиваются к дыхательным шумам, щекой ощущают движение воздуха, визуально наблюдают за движениями грудной клетки. При отсутствии дыхания констатируется остановка кровообращения. Реакция спасателя на агональное дыхание (редкое или частое поверхностное) должна быть как на признак остановки сердца, что повышает шансы пострадавшего на выживание.

Отсутствие сознания и самостоятельного дыхания у пострадавшего рассматривается как клиническая смерть (остановка сердца), что служит прямым основанием для начала реанимационных действий. Остановка сердца в результате травмы характеризуется высокой летальностью. Причинами такой остановки могут быть: напряженный пневмоторакс и снижение объема циркулирующей крови из-за кровопотери. Без устранения этих факторов базовая сердечно-легочная реанимация (далее – БСЛР) будет неэффективной.

Перед началом реанимационных мер необходимо подготовить пострадавшего. БСЛР начинается с компрессий грудной клетки, соблюдая следующие правила:

1. Прикладывать усилия к нижней части грудины, между средней и нижней третью.

2. Установить руки в точке компрессии и выпрямить их в локтях, принимая положение, соответствующее «Правилу галстука» – воображаемый галстук должен свисать вертикально вниз, параллельно рукам спасателя.

3. Основную нагрузку должны нести мышцы туловища, а не рук; нельзя «отжиматься» на пострадавшем.

4. Глубина компрессий у взрослого должна составлять 5-6 см, грудная клетка должна прогибаться на это расстояние.

5. Частота компрессий – 100-110 в минуту. Открыть дыхательные пути и проверить дыхание, если это еще не было сделано. Для этого спасатель становится на колени справа от пострадавшего, кладет левую руку на лоб, а правую под подбородок, после чего запрокидывает голову до появления сопротивления и поднимает нижнюю челюсть.

6. Пострадавший должен находиться на твердой, ровной поверхности. БСЛР нельзя проводить на мягкой или пружинящей поверхности. Перед началом реанимации необходимо снять с пострадавшего одежду и экипировку, мешающие проведению мероприятий. БСЛР начинается с компрессий грудной клетки.

7. После каждой компрессии грудная клетка должна полностью распрямляться. Точка компрессии для правой указана на схеме, для левой – действия зеркальные.

Компрессии чередуются с искусственным дыханием «рот-в-рот»: после 30 компрессий следует сделать 2 вдоха. При выполнении вдоха нужно соблюдать следующие правила:

1. Избегать быстрых и резких выдохов; идеальная скорость – около 1 секунды.

2. Для гигиеничности (безопасности спасателя) целесообразно закрыть рот пострадавшего салфеткой.

3. На два вдоха должно уходить не более 10 секунд, после чего спасатель сразу же возвращается к компрессиям.

4. Один цикл БСЛР включает 30 компрессий и 2 вдоха, контроль реанимации проводится каждые 5 циклов.

Критерии эффективности БСЛР включают появление самостоятельного дыхания и пульсации. Для открытия дыхательных путей необходимо: левая рука на лбу, пальцы правой под подбородком, разогнуть голову и поднять нижнюю челюсть. Сжать крылья носа левой рукой, придерживая подбородок правой, открыть рот пострадавшего и сделать вдох, плотно обхватив губами рот пострадавшего, равномерно вдувая воздух, наблюдая за движением грудной клетки. После двух вдохов переходить к компрессиям грудной клетки. После восстановления дыхания и сознания пострадавший должен находиться под наблюдением до передачи в медицинское учреждение. В это время продолжают мероприятия по поддержанию дыхательных путей, артериального давления и профилактике переохлаждения.

Реанимация прекращается: при передаче пострадавшего в эвакуационную бригаду или медицинское учреждение; при невозможности продолжать БСЛР из-за изменений в тактической ситуации. Отказ от реанимации возможен в случаях: явной угрозы для спасателя; наличия несовместимых с жизнью повреждений; признаков биологической смерти.

Ошибки и осложнения при реанимации:

1. Неправильная подготовка пострадавшего: на мягкой поверхности, наличие мешающего снаряжения.

2. Нарушение последовательности действий.

3. Неправильная техника компрессий: неверное расположение рук, недостаточная или чрезмерная глубина нажатий, неправильная частота компрессий.

4. Неправильная техника искусственного дыхания: недостаточное открытие дыхательных путей, неправильный объем воздуха.

5. Неправильное соотношение компрессий и вдохов.

Частым осложнением является перелом ребер, особенно при чрезмерной силе давления на грудную клетку, неверном определении точки компрессии и повышенной хрупкости костей.

1.4. Особенности оказания само- и взаимопомощи при получении сотрудниками органов внутренних дел травм различных областей тела

Знание основ само- и взаимопомощи при получении травм различных областей тела является жизненно важным навыком для сотрудников ОВД, проходящих службу в особых условиях. Умение быстро и эффективно реагировать на травмы может не только сохранить здоровье, но и спасти жизнь как самому пострадавшему, так и его коллегам. Система подготовки сотрудников должна включать регулярные тренировки и занятия, направленные на отработку навыков оказания первой помощи, что является залогом их безопасности в условиях профессиональной деятельности.

Освоение базовых принципов само- и взаимопомощи при травмах различных участков тела является критически важным навыком для сотрудников органов внутренних дел. Способность быстро и эффективно реагировать на травмы может не только защитить здоровье пострадавшего, но и спасти жизнь как ему, так и его коллегам.

Ранения головы классифицируются на повреждения мягких тканей и травмы, затрагивающие кости черепа и головной мозг. Алгоритм первой помощи при травмах головы включает следующие шаги: в зоне огневого контакта необходимо повернуть пострадавшего на бок, как можно скорее эвакуировать его в безопасное место. На безопасной территории следует провести необходимые мероприятия первой помощи; осмотреть голову: при повреждениях черепа (впадины или выпуклости, подвижные участки при ощупывании) и наличии открытой раны с выходом мозгового вещества

наложить бубликовую повязку вокруг поврежденной области, зафиксировав ее на голове; открытые раны с выходом мозговых тканей дополнительно закрыть чистой влажной тканью; обязательно произвести иммобилизацию шейного отдела позвоночника с использованием стандартных или подручных средств; раны мягких тканей головы прикрыть чистыми повязками, при промокании кровью добинтовывать повязку, не снимая предыдущую. Важно помнить, что остановка кровотечения методом тампонады при травмах головы запрещена! При эвакуации следует постоянно контролировать проходимость дыхательных путей. При появлении рвоты поворачивать пострадавшего на бок и очищать ротовую полость. Избегать переохлаждения и осуществлять эвакуацию пострадавшего в полулежа.

Травмы шеи могут представлять серьезную угрозу жизни, особенно в случае повреждения крупных сосудов, таких как артерии. Чтобы предотвратить летальный исход, необходимо немедленно остановить кровотечение. В случае, когда первая помощь осуществляется в зоне огневого контакта, необходимо переместить пострадавшего в укрытие, при возможности наложить давящую повязку с использованием жгута, ИПП или эластичного бинта с противоупором вокруг поднятой руки на неповрежденной стороне; повернуть пострадавшего на здоровый бок и ждать эвакуации. Если же первая помощь оказывается в безопасной зоне, следует при нарушении сознания и дыхания использовать воздухопроводы; при наличии кровотечения, если оно не остановлено, произвести остановку.

Наиболее быстрым способом является прямое давление на рану: при таком повреждении чаще всего затрагиваются вены, которые не спадаются и остаются открытыми, что может привести к воздушной эмболии; использование салфеток или частей одежды пострадавшего при давлении помогает лучше закрыть рану и предотвратить осложнения; давление следует осуществлять по диагонали, от раны к позвоночнику, с целью придавить поврежденные сосуды к позвоночному столбу; давление выполняется рукой, сжатой в кулак, при этом основным контактом служат фаланги пальцев; в положении стоя или сидя давление можно усилить второй рукой, расположенной на задней поверхности шеи с противоположной стороны от раны. При необходимости наложить давящую повязку с использованием перевязочного пакета с эластичным бан-

дажом или резинового ленточного жгута на рану шеи: пострадавшего усадить или уложить; повязку накладывать через поднятую руку на здоровой стороне для усиления давления на рану; при контроле повязки необходимо следить за состоянием кровотока в руке, служащей упором, чтобы избежать синдрома длительного сдавления. Перед началом эвакуации проверить наложенную повязку и, при необходимости, исправить ошибки, обязательно проведя иммобилизацию шеи.

При травмах грудной клетки нарушается герметичность этой области, что приводит к попаданию воздуха внутрь и сжатию органов, таких как легкие, сердце и крупные сосуды (аорта и легочные вены). В результате поврежденное легкое коллапсирует и перестает выполнять функции дыхания. Это состояние называется пневмотораксом. Существует несколько видов пневмоторакса:

- открытый пневмоторакс характеризуется наличием открытой раны грудной клетки, через которую воздух свободно проникает внутрь и выходит наружу. Это приводит к серьезным нарушениям дыхания, и состояние пострадавшего быстро ухудшается, если не оказать помощь;

- закрытый пневмоторакс возникает, когда рана грудной клетки закрыта и воздух не попадает в грудную полость, при этом объем воздуха внутри остается неизменным. Это состояние, как правило, менее угрожающее жизни, и первая помощь заключается в том, чтобы перевести открытый пневмоторакс в закрытый;

- напряженный пневмоторакс наиболее критическое состояние, при котором воздух, попадающий в грудную полость, не может выйти наружу. Это приводит к быстрому ухудшению дыхания и сердечной деятельности, что может закончиться смертью без оказания помощи. Данный вид может развиваться в результате закрытой травмы грудной клетки с разрывом легочной ткани или из-за ранений, когда воздух через поврежденное легкое попадает в грудную полость, не имея возможности выйти.

Признаки открытого пневмоторакса включают: шипящий звук при дыхании из открытой раны, кашель с кровью, пузырьки крови на ране, одышка и затрудненное дыхание, отсутствие подъема половины грудной клетки при вдохе, острая, колющая боль в грудной клетке, усиливающаяся при дыхании и кашле, с иррадиацией в область плеча, шеи или головы, бледность и синюшность носогубного

треугольника и кончиков пальцев, учащенный пульс, сухой кашель (иногда).

Признаками напряженного пневмоторакса являются беспокойство и возбуждение, ослабленное или почти отсутствующее дыхание с поврежденной стороны, увеличение затруднений дыхания, частое и поверхностное дыхание, распухшие вены на шее и смещение трахеи, пониженное артериальное давление, бледность, прохладная и липкая кожа, ухудшение состояния пострадавшего (вплоть до потери сознания), при простукивании поврежденной области слышен глухой звук, напоминающий барабан.

При оказании первой помощи в случае травмы грудной необходимо:

1) Максимально быстро закрыть рану рукой (своей или рукой пострадавшего).

2) Подготовить воздухонепроницаемый материал (прорезиненную упаковку ИПП, окклюзионный пластырь, армированный скотч и т.д.), и закрыть им рану.

3) При обнаружении других ран в области груди, закрыть их аналогичным образом.

4) Раненого следует усадить, согнуть руки в локтях и скрестить ладони на груди.

5) Проверить, есть ли на спине на выходного (входного) отверстие.

6) Убедиться в герметичности всех ранений.

7) Придать пострадавшему полусидячее положение и непрерывно следить за его состоянием.

При ухудшении дыхательной функции (если пострадавший жалуется на трудности в дыхании, частое дыхание с использованием вспомогательных мышц, нарастающие нарушения сознания, набухание вен шеи и посинение лица) следует заподозрить развитие напряженного пневмоторакса. В этом случае дальнейшие действия зависят от наличия средств для декомпрессии грудной клетки и квалифицированных специалистов. Если таких средств нет, нужно открыть одну из герметичных наклеек, чтобы выпустить воздух из грудной клетки, и сформировать клапан, открыв нижний край повязки.

При ранениях области живота возникает внутреннее кровотечение, которое характеризуется нарушением или отсутствием сознания, бледностью кожных покровов, частым, слабым пульсом на

периферических артериях или же полным его отсутствием, наличием основания подозревать травму внутренних органов (прямое попадание пули в бронежилет и т.д.).

В процессе оказания само- или взаимопомощи следует сначала осмотреть рану, при наличии входного отверстия обязательно искать выходное. Если из раны выпадают органы брюшной полости, то нельзя вправлять выпавшие органы; вокруг выпавших органов следует сделать валик из ткани; накрыть выпавшие петли смоченным физиологическим раствором или чистым перевязочным материалом; наложить фиксирующую повязку. Если рана в области живота без выпадения внутренних органов — наложить тугую циркулярную повязку, закрывающую рану.

Эвакуация пострадавшего проводится лежа на спине, подложив валик под колени. Категорически запрещено поить и кормить пострадавшего. В случае длительной эвакуации необходимо ввести антибиотики внутримышечно в первые часы после травмы.

Травму позвоночника можно определить, если у пострадавшего возникает боль и напряжены мышцы в области ранения, а также нарушена функция (включая паралич) и чувствительность частей тела снижена в месте повреждения. травмы шейного отдела представляют большую опасность, вследствие чего могут привести к шоку, нарушению дыхательной и сосудистой деятельности.

При получении травмы в зоне огневого контакта должна производиться экстренная эвакуация в укрытие. При наличии признаков травмы шейного отдела, т.е. отсутствие сознания, резкой слабости мышц либо попаданием в шлем пули или осколка, необходимо наложить шейный иммобилизирующий воротник (штатный или импровизированный). Раненого с подозрением на травму позвоночника следует переносить очень осторожно. Повороты и перемещения должны выполняться 2-3 сотрудниками, избегая скручивающих нагрузок на позвоночник. Пострадавшего укладывают на жесткий щит или доску, в крайнем случае допускается переносить его в положении лежа на животе. Наложите повязки на раны с использованием перевязочных пакетов или бинтов, при необходимости подбинтуйте их.

Тяжелая закрытая травма в результате минно-взрывного происшествия или травматическая ампутация конечности на высоком уровне могут указывать на травму таза. Из признаков такой травмы

можно выделить боль и патологическую подвижность костей при ощупывании, а также высокую ампутация нижней конечности.

В основной алгоритм действий оказания само- и взаимопомощи входят обязательное обеспечение обезболиванием и восполнением кровопотери. Далее необходимо провести осмотр и при обнаружении признаков перелома костей таза (невозможность поднять ногу, боль в области таза) следует зафиксировать таз с помощью штатного тазового пояса. В случае отсутствия тазового пояса можно использовать ремень, косынку, брюки пострадавшего, которые разрезаются спереди до верхней трети бедра, а разрезанные брючины затягиваются вокруг таза. Эвакуация пострадавшего проводится в «позе лягушки», т.е. лежа на спине с валиком под разведенными в стороны коленями.

При получении травм верхних и нижних конечностей необходимо остановить кровотечения, обезболить и провести первичный осмотр путем разрезания одежды в области ранения. Если в ране видны свободные инородные тела, их можно удалить, а костные осколки не следует вправлять или извлекать. Саму рану закрыть защитной повязкой с использованием ИПП или бинтов и салфеток. На место открытого перелома давящие повязки не накладываются. Конечности придается максимально физиологичное положение. Иммобилизация проводится методом наложения штатной шины или с использованием подручных средств. Кровоостанавливающий жгут ничем нельзя накрывать. Периодически необходимо ослаблять жгут и проверять остановку кровотечения и, если кровотечение не возобновилось, заметить его на тугую давящую повязку. Поврежденную конечность следует утеплить, самого пострадавшего уложить на носилки, зафиксировать, проверить состояние повязок и положение иммобилизирующей шины и приступить к эвакуации.

Пострадавшим, которые получили ранения с частичной или полной ампутацией конечностей, требуется максимально быстрая доставка в медицинское учреждение (подразделение).

1.5. Особенности оказания само- и взаимопомощи при получении сотрудниками органов внутренних дел термических и химических ожогов

Ожоги могут возникать из-за воздействия различных факторов: прямого контакта с огнем, паром или горячими предметами (термические ожоги); воздействия кислот, щелочей и других агрессивных веществ (химические ожоги); электрического тока (электроожоги); а также излучения (солнечные и радиационные ожоги).

Помощь при разных типах ожогов во многом схожа. Существуют различные классификации ожогов, но для оказания первой помощи их проще делить на поверхностные и глубокие. Признаки поверхностного ожога включают покраснение и отек кожи в зоне воздействия, появление пузырей с прозрачной жидкостью, а также участки кожи с характерным сосочковым рисунком и толстыми пузырями. Поверхностные ожоги сопровождаются болью. Глубокие ожоги характеризуются плотными темными струпьями и могут привести к обугливанию и обнажению мышц и костей. Кожа при глубоких ожогах может быть бледно-желтой или бордово-красной, но они обычно не болят. Степень тяжести состояния пострадавшего зависит не только от глубины повреждений, но и от площади ожоговой поверхности. Для оценки площади ожога можно воспользоваться «методом ладони» (площадь ладони равна примерно 1% от общей площади тела). Опасными для жизни считаются поверхностные ожоги площадью более 15% и глубокие ожоги площадью более 5%.

Если одежда загорелась, ее необходимо быстро потушить, ограничив доступ воздуха к пламени. Способы тушения включают: укладывание пострадавшего на землю и прижатие горячей области; накрытие пламени плотным материалом; засыпание горящего участка землей, песком или водой; или полное погружение пострадавшего в воду. Особенно важно знать, как действовать при ожогах от напалма, который трудно тушить. При контакте с открытыми участками тела он вызывает глубокие ожоги. Основные методы тушения горящего напалма: покрытие бушлатом, засыпка землей или влажной глиной, а также быстрое снятие одежды, если она загорелась. Пострадавшему следует дать обезболивающее, согреть его и обеспечить достаточное питье, желательнее солевым раствором.

Процесс оказания первой помощи при ожогах включает в себя:

1) Прекращение воздействия вредного фактора: сбить с ног, потушить огонь, удалить химические вещества или отключить электрический ток.

2) При термическом ожоге охладить пораженную область под холодной водой в течение 15-20 минут, либо приложить холодный компресс, снять украшения, так как конечность может отекать.

3) При химическом ожоге промыть пораженную область под проточной водой не менее 20 минут.

4) Закрыть ожоговую поверхность чистой повязкой, дать теплое питье и обезболить.

5) Ввести обезболивающее.

6) Обеспечить тепло.

7) Утолить жажду, предлагая солевой раствор.

8) При серьезных ожогах обеспечить внутривенный доступ и начать введение солевых растворов. Запрещается вскрывать пузырьки, удалять обгоревшую одежду или наносить мази на пораженные участки.

Если есть подозрение на ожог верхних дыхательных путей, необходимо быстро вынести пострадавшего на свежий воздух, обеспечить ему удобное положение и срочно доставить в медицинское учреждение, так как осложнения могут развиваться через 6-12 часов.

Первая помощь при тепловом ударе включает следующее:

– уложить пострадавшего в тени;

– поднять ноги;

– освободить от одежды;

– смочить голову, лицо и шею холодной водой;

– дать пить воду;

– при потере сознания и отсутствии дыхания начать реанимацию.

Отравление фосфорорганическими веществами, которые классифицируются как отравляющие вещества с нервнопаралитическим действием, полученное при их вдыхании может сопровождаться следующими симптомами: сужение зрачков, болезненные ощущения в глазах и нарушения зрения, рвоту, повышенное слюно- и потоотделение, боли в животе и грудной клетке, редкий пульс, сбои в речи; в тяжелых случаях — паралич дыхательных функций и судороги. Если вещество попало на кожу, могут наблюдаться подергивания мышц на пораженном участке, судороги и паралич. При про-

глатывании отравляющего вещества возникают многократная рвота, сильные расстройства живота, частый и жидкий стул, обильное потоотделение, мышечные спазмы и сужение зрачков. Поражение может произойти при использовании боевых отравляющих веществ, таких как зарин, зоман, VX и V-газы.

При оказании первой помощи необходимо использовать средства индивидуальной защиты (противогаз, защитный костюм, перчатки). В зоне заражения: надеть противогаз (если он еще не надет) на пострадавшего после дегазации лица; при наличии ран — остановить кровотечение с помощью жгутов или давящих повязок. Провести дегазацию открытых участков кожи и окружающей одежды с помощью ИПП, а именно: взять пакет левой рукой, правой рукой вскрыть его по насечке, затем извлечь тампон, равномерно обработать открытые участки кожи (лицо, шею, руки), начиная с лица и шеи, прилегающие участки одежды (воротник, манжеты) и обеспечить эвакуацию из зараженной зоны.

При первых признаках отравления (нарушение зрения, внезапное потемнение в глазах, затрудненное дыхание, слюнотечение) ввести 1 мл пеликсима внутримышечно из шприц-тюбика с красным колпачком:

- извлечь шприц-тюбик из аптечки;
- взять его за ребристую часть канюли и повернуть корпус, чтобы проколоть защитную мембрану;
- снять защитный колпачок с иглы;
- ввести иглу в мягкие ткани бедра, ягодицы или плеча (можно через одежду) до упора;
- выдавить содержимое тюбика, сжимая его корпус;
- извлечь иглу, не отпуская тюбик;
- прикрепить использованный тюбик к одежде пострадавшего для учета введенного средства. Повторную инъекцию можно делать через 5-7 минут, если признаки отравления продолжают усиливаться. В случае сильного затруднения дыхания, судорог или потери сознания, необходимо ввести пеликсим сразу из двух шприц-тюбиков. После выхода из зараженной зоны следует снять защитный костюм с пострадавшего, а противогаз в последнюю очередь, и провести тщательный осмотр на наличие травм. Также необходимо выполнить частичную санитарную обработку.

Для удаления фосфорорганических веществ с кожи можно использовать слабые растворы щелочей, такие как 5% раствор соды

или 10-15% раствор аммиака, а также обильное количество воды с мылом. При попадании вещества в глаза следует немедленно промыть их водой. Если отравленное вещество попало в желудок с заражённой пищей или водой, необходимо вызвать рвоту и провести срочное промывание желудка. При остановке сердца и/или дыхания нужно установить воздуховод и начать сердечно-легочную реанимацию.

Общие принципы первой помощи при отравлении опасными химическими веществами включают: прекращение действия этих веществ на пострадавшего (использование индивидуальных средств защиты, эвакуация из зоны заражения); если пострадавший в сознании – дать ему пить чистую воду или сладкий чай; промыть кожу проточной водой не менее 15 минут; предложить адсорбирующие вещества (например, активированный уголь); если пострадавший без сознания – уложить на ровную поверхность, обеспечить доступ кислорода, повернув голову на бок, и приподнять ноги; при отсутствии пульса или дыхания – провести реанимацию.

2. Порядок оказания само- и взаимопомощи в особых условиях

2.1. Общие правила оказания само- и взаимопомощи сотрудниками органов внутренних дел в особых условиях

Для уменьшения риска дополнительных потерь, выбывания личного состава и предотвращения срыва выполнения боевой задачи первая помощь раненым должна оказываться с учетом степени опасности ситуации в зоне боевых действий. Выделяются три основные тактические зоны.

1. «Красная зона» — это опасная территория непосредственного огневого контакта, где высока вероятность дополнительных потерь и выбывания личного состава.

2. «Желтая зона» — зона относительной безопасности, где можно найти временное укрытие (например, в технике, фортификационных сооружениях или естественных укрытиях), однако риск поражения все еще сохраняется.

3. «Зеленая зона» — это условно безопасное пространство, в котором риск поражения минимален.

Способный к самостоятельному передвижению сотрудник ОВД должен придерживаться следующих принципов действий:

– находясь в сознании, в зависимости от ситуации он может продолжить выполнение боевой задачи или оказать себе первую помощь;

– при возможности, должен сообщить о своем состоянии и перемещается в укрытие, согласовывая свои действия с другими сотрудниками.

– самостоятельное перемещение должно быть поддержано огнем;

– находясь в укрытии или приняв горизонтальное положение, необходимо наложить жгут при наружном кровотечении.

В случае, когда раненый сотрудник не может перемещаться, необходимо предпринять действия по оказанию ему взаимопомощи путем остановки массивного кровотечения на открытых участках тела, минимизации риска получения дополнительных ранений при помощи подавления огневых точек противника и использования средств маскировки, быстрого и обдуманно выхода из «красной зоны» по заранее запланированному маршруту, передвигаясь только

в положении лежа. При невозможности подойти к раненому прибегнуть к средствам перетаскивания в укрытие (эвакуационная стропа). При наличии нескольких раненых первую помощь оказывать в первую очередь тем, кто может продолжить выполнение боевой задачи.

Последовательность действий при оказании первой помощи в «красной зоне»:

1) Подавить огонь противника и занять выгодные позиции. Превосходство в бою является лучшей помощью в «красной зоне».

2) Установить визуальный и звуковой контакт с раненым: подать голосом команды раненому; осмотреть раненого на наличие кровотечений и угроз.

3) Приказать раненому продолжить выполнение боевой задачи, если это возможно.

4) При наличии возможности приказать раненому переместиться в безопасное место для оказания себе первой помощи: если раненый может двигаться, он должен зажать рану рукой и переместиться в условно безопасное место; способ перемещения выбирается в зависимости от состояния раненого и условий местности.

5) Если нет условий для безопасного оказания помощи, продолжать выполнение боевой задачи до изменения ситуации. При получении приказа и благоприятной обстановке выдвинуться к раненому: оценить состояние раненого визуально; проверить личное оружие раненого и установить его на предохранитель; если раненый без сознания, при наличии кровотечения из шеи или рвоте – повернуть его на бок для предотвращения попадания крови в дыхательные пути; ограничить мероприятия первой помощи только остановкой наружных кровотечений с использованием жгута и обезболивающего; подготовить раненого к эвакуации; сообщить руководству о состоянии раненого и готовности к его эвакуации.

6) Выполнить эвакуацию раненого в более безопасное место («желтая зона»): приступить к выносу раненого с учетом тактической обстановки; раненого без сознания транспортировать на животе или на боку; если эвакуация невозможна, оставить раненого в положении «на животе».

Основные мероприятия первой помощи проводятся после перемещения в укрытие и зависят от степени опасности для жизни раненого.

Критически опасные состояния — это те, при которых без оказания первой помощи смерть может наступить в течение нескольких минут. После устранения этих угроз необходимо исключить другие состояния, угрожающие жизни, при которых смерть может произойти в течение десятков минут или нескольких часов.

После ликвидации непосредственных угроз жизни необходимо обратить внимание на состояния, которые могут привести к серьезным нарушениям здоровья или тяжелым последствиям в будущем. К таким состояниям относятся: ранения мягких тканей с незначительным кровотечением, повреждения костей без сильного кровотечения и локальные повреждения от высоких или низких температур (ожоги и обморожения). После устранения угроз жизни и здоровья раненого следует провести мероприятия по предотвращению инфекций и создать для него максимально комфортные условия.

Как только основные угрозы для жизни устранены, раненого необходимо эвакуировать в безопасное место. Первоначальная оценка состояния раненого выполняется только после ликвидации источника угрозы (подавление противника огнем или укрытие) и остановки опасного кровотечения.

После выполнения первоочередных мероприятий (остановка кровотечения, обеспечение проходимости дыхательных путей и устранение других нарушений дыхательной функции) раненый может быть перемещен в более безопасное место или, если позволяет тактическая ситуация, в условно безопасную («зеленую») зону. Полный набор мероприятий первой помощи в «желтой зоне» применяется при длительной задержке эвакуации из-за сложившейся тактической обстановки или необходимости проведения жизненно важных процедур.

Лица, оказывающие помощь раненому, должны постоянно следить за наиболее угрожающими направлениями, быть готовыми открыть огонь или эвакуироваться в безопасное место. У раненого не должно находиться более трех человек одновременно.

Последовательность действий при оказании первой помощи в «желтой зоне»:

- 1) Обеспечить периметр безопасности.
- 2) Разоружить раненого. Оружие нужно забрать, так как неадекватное поведение раненого может привести к опасности для окружающих.

3) Провести быстрый осмотр для контроля остановки кровотечения в «красной зоне» и проверить ранее наложенные жгуты:

– Если раненый без сознания, при ранениях в области шеи, носа, челюстей, сопровождающихся кровотечением и рвотой, повернуть его на бок, чтобы предотвратить попадание крови и рвотных масс в дыхательные пути.

– Если жгут наложен, проверить, остановлено ли кровотечение, осмотрев поврежденную конечность (она должна быть бледной, холодной на ощупь, без кровотечения и пульса ниже места наложения жгута).

– Если кровотечение сохраняется или конечность ниже жгута имеет синюшный цвет, требуется усилить компрессию, докручивая жгут или накладывая второй жгут рядом с первым.

– Если кровотечение не опасно и жгут больше не нужен, его можно аккуратно снять. Если кровотечение не возобновилось, накладывается тугая повязка. При возобновлении кровотечения жгут снова затягивается.

4) Проверить наличие дыхания и при необходимости восстановить проходимость дыхательных путей:

– Удалить инородные предметы из ротовой полости, включая сгустки крови и рвотные массы.

– Установить ротовой воздуховод для раненого без сознания.

– Если раненый без сознания, аккуратно снять защитный шлем, чтобы избежать дополнительных травм, и запрокинуть его голову назад, выдвинув нижнюю челюсть вперед. При необходимости снять экипировку спасатель может с помощью спасательных ножниц. Затем спасатель прижимается ухом к рту и носу раненого и в течение 10 секунд слушает дыхательные шумы.

– Если дыхание имеется, осмотреть раненого.

– Если дыхание отсутствует, принять решение о проведении сердечно-легочной реанимации.

5) Провести тщательный осмотр раненого, включая осмотр под экипировкой:

– Последовательно ощупать голову, шею, плечи, руки, таз, ноги и все участки тела на наличие видимых ран и деформаций костей.

– Повторно оценить эффективность остановки кровотечения.

– При необходимости переналожить жгут.

– При возможности использовать местные гемостатические средства.

6) Устранить причины нарушения дыхания при выявлении ранения грудной клетки и признаках напряженного пневмоторакса:

– Наложить окклюзионную повязку с использованием индивидуального перевязочного пакета.

– Допускается герметизация раны клейкой лентой в несколько слоев и фиксирование бинтовой повязкой.

– При признаках напряженного пневмоторакса герметизировать все раны грудной клетки.

7) Применить обезболивающее средство. После внутримышечного введения раствора промедола (бупренорфина) поместить шприц в нагрудный карман. Обязательно записать все использованные лекарства, время и кратность применения в первичной карточке раненого или сопроводительной записке.

8) При повреждении глаза защитить его «глазным щитком» из подручных материалов и наложить повязку.

9) Обработать выявленные раны, не сопровождающиеся обильным кровотечением:

– Наложить повязки с помощью ИПП или бинта, при необходимости разрезать одежду в области раны, использовать местные гемостатические средства. Допускается наложение повязок поверх тонкого обмундирования.

– При травматической ампутации конечности закрыть культю толстой ватно-марлевой повязкой или специальным биндажом.

10) Если раненый в сознании, рвоты нет, и отсутствуют признаки ранения органов брюшной полости, использовать лекарства для профилактики инфекционных осложнений: перорально — 2 капсулы доксицилина из комплекта аптечки первой помощи индивидуальной (далее – АППИ).

11) Оказать первую помощь при ожогах:

– Охладить ожоговую рану.

– Применить местное противожоговое средство.

– Допускается «орошение» ожоговой раны местным обезболивающим средством.

– Запрещается использовать противовоспалительные и обезболивающие мази на жировой основе.

– Закрыть ожоговую рану стерильной повязкой.

12) При возможности оказать помощь при обморожениях или переохлаждениях:

- Переодеть раненого в теплое, сухое обмундирование.
- Согреть его подручными средствами.
- Наложить на обмороженный участок стерильную повязку и обеспечить термоизоляцию.
- Запрещается применять растирания и отогревания обмороженных участков механическими или тепловыми средствами.

13) Выполнить иммобилизацию при признаках переломов:

- Иммобилизацию конечностей осуществлять с помощью штатных или подручных средств.
- При повреждении костей таза — уложить раненого на спину и обернуть вокруг таза лестничной шиной, согнув ноги в коленях и связав их бинтом.
- При травмах позвоночника — уложить на жесткую поверхность и эвакуировать только на щите.
- При повреждении шейного отдела использовать шейный воротник.

14) Обеспечить согревание раненого:

- Разместить его на термоизолирующих подкладках, особенно на открытой местности или в холодных помещениях.
- Укрыть теплоизолирующей накидкой или теплым покрывалом.
- Если раненый в сознании и у него нет признаков ранения брюшной полости, обеспечить горячее питье.

15) Заполнить карту раненого или сопроводительную записку с указанием всех мероприятий первой помощи.

16) Подготовить раненого к эвакуации в условно безопасную зону:

- Разместить на носилках с оптимальным положением тела.
- При размещении на носилках зафиксировать раненого ремнями.

17) В случае задержки эвакуации:

- Оказывать психологическую поддержку.
- Постоянно контролировать сознание и дыхание.
- Следить за состоянием жгутов и повязок.

Для удобства запоминания последовательности мероприятий первой помощи рекомендуется использовать мнемоническое правило — ассоциативное запоминание. Следует запомнить словосо-

четание «КУЛАК-БАРИН», где каждая буква соответствует одному из этапов первой помощи.

Принципы оказания первой помощи в «зеленой зоне»:

1. Если покинуть зону относительной безопасности («желтую зону») невозможно, все мероприятия проводятся без перемещения раненого.

2. Оказание помощи начинается с оценки состояния раненого и проверки всех действий, выполненных ранее, с исправлением выявленных ошибок. Необходимо проверить заполнение карточки раненого, наличие отметок о времени наложения жгутов и введении обезболивающих средств (наркотических анальгетиков). Если ранее были установлены системы для внутривенного (внутрикостного) введения растворов, обязательно проверяется их работоспособность и фиксация катетера.

3. Постоянно и регулярно осуществляются:

- контроль дыхания и сердечной деятельности;
- проверка периферического пульса и цвета кожи на конечностях;
- мониторинг остановки кровотечения;
- контроль состояния жгутов и повязок.

Последовательность действий при оказании первой помощи в «зеленой зоне»:

1) Провести тщательный осмотр, выявить ранее не замеченные ранения и ошибки, допущенные на предыдущих этапах. При их обнаружении следует предпринять меры для устранения:

- Быстро осмотреть раненого на наличие жизнеугрожающих состояний и, при необходимости, оказать помощь;
- Для полного осмотра снять (или разрезать) всю одежду, включая нательное белье. Одежду следует аккуратно срезать, чтобы избежать дополнительного травмирования;
- Тщательно осмотреть и ощупать все части тела, чтобы выявить раны, деформации и участки с патологической подвижностью, уделяя особое внимание груди и животу.

2) Применить медикаменты:

- Ввести обезболивающие, если это необходимо;
- При отсутствии противопоказаний провести профилактику раневой инфекции с помощью таблетированных антибиотиков.

3) Контроль жгута:

– Ослабить жгут (турникет), если кровотечение отсутствует, и заменить его на давящие повязки. Если кровотечение возобновилось, жгут следует снова затянуть максимально.

– При продолжающемся кровотечении и задержке эвакуации каждые 30-40 минут кратковременно (до 5 минут) ослаблять жгут, избегая при этом массивной кровопотери.

– Жгут не следует снимать с шеи или ампутированных конечностей, а также если с момента наложения прошло более 5 часов (конечность ниже жгута синюшная, отечная и с уплотненными кожными покровами).

4) Профилактика переохлаждения:

– Укрыть раненого термоизолирующим покрывалом, а в зависимости от условий — теплыми одеялами;

– Переодеть в сухую одежду, удалить влажную, включая окровавленную;

– Дополнительно утеплить конечности, на которые наложены шины и повязки;

– Раненый с кровопотерей быстро переохлаждается, поэтому его необходимо изолировать от холодных поверхностей (земля, камень и т.п.) с использованием полиуретановых ковриков и других подручных средств. Согревание также можно обеспечить расположением химических грелок в области центральных сосудов (подмышечные впадины и пах) и, при наличии специалиста с нужным оборудованием, введением теплых растворов внутривенно.

5) Подготовить раненого к дальнейшей транспортировке и передать информацию группе (отделению) эвакуации медицинского подразделения:

– количество раненых;

– степень тяжести их состояния;

– характер и локализация ранений;

– особенности состояния раненого (степень кровопотери, шок, потеря сознания);

– информация о проведенных мероприятиях первой помощи;

– координаты точки эвакуации, способы ее обозначения и потенциальные действия противника, которые могут помешать эвакуации.

2.2. Табельные средства индивидуального медицинского оснащения личного состава

АППИ представлена функциональным подсумком, оснащенным съемным модулем предназначена для оказания само- и взаимопомощи при ранениях. В АППИ имеются свободные места креплений для размещения в них дополнительных вложений, их перечень зависит от специфики выполняемых задач.

АППИ обозначается крестом и/или группой крови, должна быть надежна быть закреплена на обмундировании и не должна сковывать движения и не мешать применению оружия. Если лекарства находятся не в первичной упаковке, то следует подписать их название и количество, чтобы знать сколько принял и что именно. АППИ у всей группы располагается в одном месте, обычно на поясе (справа сзади), желательно на отрывной платформе, для того чтобы использовать ее одинаково свободно обеими руками в любом положении.

В состав АППИ входит:

1. Жгут/Турникет
2. ИПП
3. Маркер перманентный
4. Обезболивающие (шприц тубик/ампула+шприц)
5. Бинт стерильный
6. Одеяло спасательное
7. Оклюзионный пластырь
8. Гемостатическое средство
9. Воздуховод ротовой
10. Противоожоговая салфетка
11. Тактические ножницы
12. Перчатки резиновые нестерильные

К современным жгутам, применяемым в военном деле, относятся: отечественные – жгут Эсмарха (традиционный), Альфа-жгут (Бубнова) и турникетный.

Альфа-жгут имеет следующие преимущества (согласно инструкции): его можно накладывать на голую кожу. Благодаря своей ребристой поверхности, он не повреждает подлежащие кожные покровы, сосуды и нервы. Более того, борозды жгута позволяют сохранить кровообращение по подкожным сосудам, что полностью

исключает риск ампутации конечности. Резинка на конце делает крепление заметно более удобным.

Перманентный маркер для фиксирования времени наложения жгута и (или) введения обезболивающего средства.

Турникетный жгут имеет заметно более сложную структуру, и несколько модификаций, в том числе отдельные – для верхней и нижней конечностей. Он имеет застёжку типа «липучка», а внутри него протянута тесьма для утягивания, она выведена наружу и прикреплена к пластиковой палочке – закрутке. Накладывается он в тех же местах, что и обычный, при этом наложение осуществляется следующим образом: в сложенный петлёй за счёт застёгивания липучки жгут продевается повреждённая конечность пациента, он заводится на уровень наложения, после чего застёжка-липучка открывается, бинт затягивается и вновь фиксируется застёжкой-липучкой. После этого пластиковая палочка-закрутка поворачивается вдоль оси на столько оборотов, сколько необходимо для прекращения кровотечения и фиксируется за специальные стопоры. При вдевании конечности в петлю необходимо правильно сориентировать её относительно конечности: на ней есть наклейка Time (имеется ввиду времени наложения жгута) – она должна быть сориентирована так, чтобы пострадавший мог её прочитать. Главным его достоинством, данным жгутом гораздо удобнее осуществлять самопомощь, особенно одной рукой.

ИПП – индивидуальный перевязочный пакет для первичной перевязки ран, ожогов, для остановки кровотечения. Представляет собой заключенную в защитную прорезиненную оболочку стерильный набор перевязочного материала, который предназначен для оказания первой медицинской помощи, само- и взаимопомощи при ожогах и ранениях, для наложения повязки на раны. Стерильный набор представляет собой свернутый в рулон бинт белого цвета, который в свою очередь завернут в пергаментную бумагу, в складку которой вложена безопасная булавка. Разворачивая можем увидеть две стерильные ватно-марлевые подушечки размером 320 x 175 мм, соединенные между собой бинтом размером 175 x 7000 мм. Одна из подушечек неподвижно закреплена на бинте на расстоянии 12-17 см от его конца, а вторую можно передвигать по бинту на любое расстояние.

Стерильность средства дает возможность накладывать его непосредственно на открытые раны.

Для использования ИПП необходимо соблюдать такую последовательность действий:

- разорвать по надрезу края наружную оболочку и убрать ее;
- внутренний бумажный сверток аккуратно развернуть, вынуть булавку;
- одной рукой придерживая конец бинта, а другой начать его разворачивать;
- на поверхность раны повязку накладывать так, чтобы поверхности подушечек, прошитые цветной ниткой, оказались наверху;
- подушечки прибинтовывают на рану и конец бинта закрепляют булавкой.

Герметичная оболочка может быть с успехом применена для герметизации ранений груди.

Шприц-тюбик применяется при оказании само- и взаимопомощи. С помощью шприц-тюбика можно вводить анальгезирующие средства, антидоты ОВ, дыхательные analeптики, психостимуляторы и др. Выпускаются шприцы-тюбики с 1% раствором гидрохлорида морфина, 1% и 2% раствором промедола, 0,1% раствором сульфата атропина, 1% раствором гидрохлорида лобелии а, 10% и 20% раствором кофеина-бензоата натрия, кордиамина для инъекций, 1% раствором димедрола для инъекций, 5% раствором гидрохлорида эфедрина и др.

Одеяло спасательное – это прямоугольная «простыня» из тонкой фольгированной плёнки, предназначенная для защиты от жары, холода и влажности в экстренных ситуациях. Главная цель термоодеяла – временно остановить потерю тепла человеческого тела и избежать переохлаждения. Принцип действия: при укрывании пострадавшего серебряной стороной внутрь, пленка способствует сохранению тепла человека до суток, серебром вверх – защищает от перегрева.

Окклюзионный пластырь при пневмотораксе представляет собой герметичную пластинку или прозрачную пленку с встроенным клапаном, обеспечивающим односторонний поток воздуха. Пластырь размещается на поверхности груди над областью с коллапсировавшим легким и с помощью адгезивного материала обеспечивает герметичное закрытие плевральной полости. Это позволяет предотвратить попадание воздуха и восстановить нормальное давление в плевральной полости. Принцип действия окклюзионного пластыря при пневмотораксе заключается в том, что он создает ок-

клюзионное пространство, в котором отсутствует дополнительный воздух, и предотвращает внедрение воздуха извне. При этом легкое может восстановиться и расправиться, возвращая нормальное дыхание и уменьшая давление в плевральной полости.

Гемостатическое средство способно оказывать действие на все этапы каскада свертывания, поэтому его своевременное использование позволяет эффективно достигать необходимого гемостаза, что очень важно в условиях боевых действий.

Идеальные гемостатические средства для контроля кровотечений в условиях проведения боевых действий и догоспитальном этапе должны обладать следующими характеристиками:

1) Быстрый и эффективный контроль кровотечения в широком диапазоне состояний и из различных ран в течение 2 минут, даже при нанесении на активно кровоточащий участок через лужу крови.

2) Продолжительность устойчивого гемостаза в течение нескольких часов при использовании на поле боя, что отражает задержку эвакуации;

3) Легко удаляются, не оставляя следов, или нет необходимости в удалении в результате биodeградации; готовы к использованию без особой подготовки.

4) Простое применение даже непрофессионалом в суровых условиях;

5) Простота производства и стерилизации, а также низкая стоимость;

6) Простое хранение и высокая переносимость; длительная стабильность (> двухлетнего срока годности) даже при экстремальных условиях (-10-55 °C);

7) Хорошая биосовместимость без побочных эффектов на заживление и тромбоемболических осложнений.

Воздуховод ротовой предназначен для обеспечения свободного прохождения воздуха во время искусственного дыхания и для вентиляции легких (отек гортани, западание языка). Правила применения:

– при необходимости очистить ротоглотку от засоряющих выделений, рвотных масс или инородных предметов.

– удерживать воздуховод возле щеки пациента с фланцем в углу рта, а его конец должен доходить до угла нижней челюсти.

– затем начать вводить воздуховод в рот, развернув заостренный конец к небу (т.е., вогнутой стороной вверх).

– повернуть воздуховод на 180 градусов по мере продвижения в задней ротоглотке для предотвращения выталкивания воздуховода языком назад во время введения и появления дальнейших препятствий.

– при полной установке фланец устройства будет располагаться на губах пациента.

Противоожоговая салфетка предназначена для оказания само- и взаимопомощи для при лучевых и термических ожогах. Салфетка пропитана специальным гидрогелиевым составом, который способствует быстрому охлаждению обожжённого участка тела, обладает антимикробным воздействием и препятствует инфицированию, успокаивает кожу, предотвращает образование волдырей, применяется на любой стадии ожогового процесса, ускоряет регенерацию тканей.

Тактические ножницы – это специальные ножницы для быстрого и безопасного разрезания элементов одежды, бинтов и обмундирования для обеспечения доступа к местам ранений. При отсутствии тактических ножниц одежду можно разрезать ножом или стропорезом, при этом соблюдать меры предосторожности.

Необходимо запомнить состав АППИ, научиться быстро и уверенно извлекать из нее необходимый предмет в любой момент времени и при любом освещении.

2.3. Средства обезболивания и проведение противошоковых мероприятий

Обезболивание и противошоковые мероприятия являются важнейшими аспектами оказания само- и взаимопомощи сотрудниками ОВД в условиях боевых действий или при травмах. Эффективное обезболивание помогает уменьшить страдания пострадавшего, улучшить его состояние и способствует более успешному проведению дальнейших медицинских процедур. Противошоковые мероприятия направлены на предотвращение или устранение шока, который может развиваться у пострадавшего в результате травмы или серьезного стресса.

Обезболивание можно разделить на несколько категорий в зависимости от типа и способа действия препаратов:

1. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Эти препараты, такие как ибупрофен и диклофенак, используются для уменьшения боли и воспаления. Они эффективны при легкой и умеренной боли, например, при ушибах или растяжениях.

2. Аналгетики. Парацетамол является популярным средством для уменьшения боли и жара. Он хорошо переносится и может быть использован в различных ситуациях. Опиаты, такие как морфин, используются для управления сильной болью. Они действуют на центральную нервную систему и способны значительно облегчить страдания, однако требуют осторожного применения из-за риска зависимости и побочных эффектов.

3. Локальные анестетики. Препараты, такие как лидокаин, могут быть использованы для временного обезболивания определенной области тела, что особенно полезно при наложении швов или других минимально инвазивных процедурах.

4. Комбинированные препараты. Некоторые средства содержат несколько активных компонентов, что позволяет комбинировать действия и повышать эффективность обезболивания. Например, препараты, содержащие опиаты и НПВП, могут использоваться для контроля сильной боли.

5. Немедикаментозные методы. Техники, такие как дыхательные упражнения, релаксация и применение холодных компрессов, также могут помочь в управлении болью и уменьшении стресса.

В боевых условиях, при сильном болевом шоке у пострадавшего и под плотным огневом воздействием противника часто нет возможности обработать инъекционное поле – тогда инъекцию производим внутримышечно прямо через одежду, в переднюю поверхность бедра в верхней трети его либо в дельтовидную мышцу плеча – так называемый эполет.

Не вводить лекарство в область раны, и вообще – в раненую конечность, хоть выше места наложения жгута или повязки, хоть ниже его. Из раны его вымоет кровь, а если ввести его в области жгута – там нарушено кровообращение, оно не поступит в головной мозг. Во всех этих случаях обезболивающее не даст эффекта.

Основным обезболивающим препаратом является раствор «Промедола» в шприц-тюбике (2% 1 мл). Максимальная разовая доза два шприц-тюбика, кратность введения – каждые 4 часа. «Промедол» противопоказан при ранениях и травмах головы, в свя-

зи с угнетением дыхательного центра, что ухудшит состояние пострадавшего.

Шок — это состояние, при котором происходит резкое снижение кровоснабжения органов и тканей, что может привести к их повреждению. Противошоковые мероприятия направлены на восстановление нормального кровообращения и поддержание жизненно важных функций организма:

1. Оценка состояния пострадавшего. Первым шагом в проведении противошоковых мероприятий является быстрая оценка состояния пострадавшего. Необходимо проверить уровень сознания, частоту дыхания, пульс и наличие признаков шока (бледность кожи, холодные конечности, учащенный пульс).

2. Обеспечение проходимости дыхательных путей. Важно убедиться, что дыхательные пути открыты. При необходимости можно использовать маневры по открытию дыхательных путей, такие как наклон головы назад или приподнимание подбородка.

3. Контроль кровотечения. Если у пострадавшего есть открытые раны, необходимо остановить кровотечение. Это может быть достигнуто путем наложения давящей повязки или жгута.

4. Положение пострадавшего. Для улучшения кровообращения пострадавшего следует уложить на спину с приподнятыми ногами. Это помогает увеличить приток крови к жизненно важным органам.

5. Введение жидкостей. Важно восстановить объем циркулирующей крови. Если есть возможность, вводите внутривенно изотонические растворы (например, физраствор или Рингера). Это поможет восстановить объем крови и поддержать артериальное давление.

6. Мониторинг состояния. Постоянный мониторинг состояния пострадавшего необходим для оценки эффективности предпринятых мер. Изменения в пульсе, дыхании и уровне сознания могут сигнализировать о необходимости коррекции лечения.

7. Экстренная медицинская помощь. Необходимо как можно скорее организовать транспортировку пострадавшего в медицинское учреждение для получения специализированной помощи. Все предпринятые меры должны быть документированы для передачи информации медицинским работникам.

Средства обезболивания и противошоковые мероприятия играют ключевую роль в спасении жизни и улучшении состояния

пострадавших. Знание и умение применять эти методы может значительно снизить уровень боли и предотвратить развитие шока, что в свою очередь положительно скажется на дальнейшем лечении и восстановлении. Обучение медицинского персонала и гражданских лиц основам первой помощи, а также доступность необходимых медикаментов являются важными факторами для эффективного оказания помощи сотрудниками ОВД в особых условиях.

3. Алгоритм действий при транспортировке и эвакуации раненых в особых условиях

3.1. Основные способы транспортировки раненых

Выбор способа транспортировки раненых зависит от их состояния, доступных средств и условий, в которых происходит эвакуация. При наличии нескольких раненых, располагающихся близко друг к другу, помощь следует оказывать в первую очередь тому, кто находится в наиболее тяжёлом состоянии. Важно помнить, что громкие крики и активность пострадавшего не всегда свидетельствуют о тяжести его состояния. Как правило, тяжело раненый, нуждающийся в экстренной помощи, лежит неподвижно и не реагирует на окружающих. Признаки серьёзного состояния могут включать: бледность лица, неподвижный взгляд, замедленные реакции, учащённый пульс и дыхание, одежду, пропитанную кровью, судороги и выпавшие из раны внутренние органы.

Сигнализация о степени тяжести состояния осуществляется с помощью цветовой кодировки: жёлтый цвет обозначает среднюю тяжесть, красный — тяжёлую, зелёный — лёгкую. Агонирующий пострадавший маркируется белым цветом, а отсутствие сознания — жёлтым. В зависимости от изменения состояния раненого, цветовая маркировка может быть обновлена. Первым на эвакуацию отправляются пациенты с красной маркировкой.

Переноска раненых в положениях, отличных от «волоком лёжа», производится в основном в жёлтой и зелёной зонах, но в редких случаях возможна эвакуация и в красной зоне. Переноску может выполнять один человек, пара, тройка и более.

При переноске в одиночку можно использовать следующие методы: на руках, на спине, метод Раутека и волоком.

На руках перед собой — одной рукой поддерживаем колени раненого, другой — спину на уровне груди. Это быстрый, но неудобный способ, так как руки заняты, и переноска на значительное расстояние становится затруднительной. Удобен для краткосрочной переноски.

На спине — подходит для более длительных перемещений. Связываем руки раненого за запястья с помощью косынки и забрасываем их на свою шею, чтобы раненый мог видеть, что он нахо-

дится на вашей спине. Этот метод оставляет руки свободными для использования оружия, но требует больше времени для выполнения.

Метод Раутека заключается в том, что мы заходим сзади к раненому, проводим руки под его мышками и захватываем руки «в замок» на груди, позволяя ему опираться на бедро – это очень быстро.

Если обстановка крайне сложная и необходимо тащить тяжёлого раненого, можно попробовать использовать волок, например, на плащ-палатке или еловых лапах. Этот способ трудоёмкий, так как раненый будет цепляться за неровности земли.

При переноске вдвоём можно использовать: на руках сидя, подручные предметы, метод Раутека и носилки.

На руках сидя: носильщики становятся по бокам от раненого, обхватывают его руками, и раненый садится на них, держась за плечи. Этот способ имеет много ограничений: раненый должен быть в состоянии сидеть, а руки носильщиков заняты, что делает их крупной мишенью.

На подручных предметах: чаще всего используют доску, переноска осуществляется аналогично.

Метод Раутека вдвоём: один носильщик поддерживает раненого за ноги на уровне коленей, а второй — за верхнюю часть тела. Этот метод позволяет держать руки свободными, а также обеспечивает удобство и скорость.

На носилках: один носильщик берёт за голову, другой — за ноги. Для предотвращения выскользывания носилок рекомендуется связать их концы, чтобы создать кольцо для удобного захвата.

При переноске втроём: чаще всего используются носилки, плащ-палатка или одеяло, два человека идут спереди, один сзади. Чтобы носилки не выскользывали, можно продеть тонкую ветку вдоль них и обмотать.

Если есть подозрения на повреждения позвоночника или таза, раненого следует переносить только на твёрдых носилках, дверью досках или двери. При повреждениях таза раненого укладывают на мягкие носилки, бронежилет можно использовать для поддержки.

Раненого на носилки укладывают втроём: один берёт за ноги, другой — за голову, третий – за поясницу. Следует поднимать аккуратно и синхронно, чтобы раненый оставался горизонтально выровненным.

Извлечение пострадавшего из автомобиля осуществляется методом Раутека; для бронетехники рекомендуется использовать лямки или стропы, продевая их подмышками раненого и поднимая за счёт силы мышц спины.

При переноске на носилках необходимо соблюдать следующие правила: обеспечить удобство для пострадавшего, избегать раскачивания носилок, идти короткими шагами и обходить неровности. Раненого следует переносить ногами вперёд, чтобы наблюдать за его состоянием по лицу. При подъёме по лестнице или наклонной поверхности носилки должны быть направлены головным концом вперёд, а при спуске — ногами вперёд, сохраняя горизонтальное положение.

При эвакуации взрывоопасных или сложных ситуаций необходимо учитывать тактические и медицинские факторы, такие как скорость эвакуации и состояние пострадавших, чтобы обеспечить их безопасность и минимизировать риски.

Каждый из этих способов имеет свои преимущества и недостатки, и выбор метода зависит от ситуации, состояния раненого и доступных ресурсов. Правильное применение методов транспортировки может существенно повлиять на исход лечения и восстановление пострадавшего.

3.2. Правила и порядок переноски раненых, виды носилок

Переноска раненых в условиях боевых действий или чрезвычайных ситуаций является одной из важнейших задач, требующих высокой организованности и знания правил. От правильного выполнения этой процедуры зависит не только здоровье и жизнь пострадавших, но и безопасность самих спасателей.

Перед началом эвакуации раненого необходимо оценить обстановку и состояние пострадавшего. Важно определить степень тяжести травм, поскольку это влияет на выбор метода и способа транспортировки. Основные правила при переноске раненых включают:

1. Оценка состояния пострадавшего. Определение наличия знаков шока, удушья, обильного кровотечения и других критических состояний. При наличии нескольких раненых помощь следует оказывать в первую очередь наиболее тяжело раненым.

2. Соблюдение тишины и осторожности. Шум и резкие движения могут усугубить состояние раненого или привлечь внимание врага.

3. Использование подходящих средств. Переноска должна производиться с использованием носилок или других подручных средств, которые обеспечивают безопасность и комфорт пострадавшему.

4. Синхронные действия. Если эвакуация осуществляется группой, то действия всех участников должны быть скоординированы, чтобы избежать травм и обеспечить стабильное положение раненого.

5. Контроль за состоянием раненого. Во время транспортировки необходимо регулярно проверять состояние пострадавшего, обращая внимание на его сознание, дыхание и реакцию на внешние раздражители.

Существует несколько типов носилок, которые могут быть использованы для переноски раненых, в зависимости от ситуации и доступных ресурсов.

1. Мягкие носилки, обычно выполненные из ткани или прочного материала, являются наиболее распространённым средством для переноски раненых. Их преимущества:

- Легкость и компактность.
- Возможность использования в условиях ограниченного пространства.

Однако они имеют недостатки: плохая фиксация раненого, что может привести к его перемещению на носилках.

2. Жёсткие носилки обеспечивают лучшую фиксацию и защиту раненого. Они могут быть выполнены из дерева, пластика или металла. Эти носилки идеально подходят для длительных перемещений и используются в следующих случаях:

- При подозрении на травмы позвоночника или таза.
- Когда требуется стабильное положение раненого.

Жёсткие носилки могут быть громоздкими и сложными в транспортировке, поэтому их использование требует дополнительных усилий.

Носилки могут также классифицироваться по назначению:

- Медицинские носилки предназначены для транспортировки пациентов в медицинских учреждениях. Часто оборудованы ремнями и другими средствами для фиксации.

– Тактические носилки используются в условиях боевых действий, могут быть быстро развернуты и укомплектованы для экстренной эвакуации.

3. Подручные средства. В условиях экстренной ситуации, когда специализированные носилки недоступны, можно использовать подручные средства для переноски раненых:

– плащ-палатка может использоваться в качестве временных носилок, обеспечивая защиту от дождя и ветра.

– доски или щиты применяются для создания жёсткой основы при переноске раненых, особенно при подозрении на травмы позвоночника.

– скрученные одеяла или спальные мешки могут использоваться для создания мягкой подкладки, чтобы обеспечить комфорт раненому.

Переноска раненых должна осуществляться по определённому порядку, который включает следующие этапы: подготовка, укладка раненого, переноска, контроль состояния и эвакуация.

Изначально необходимо убедиться в достаточном количестве носильщиков и наличии подручных средств. Если раненый в сознании, важно объяснить ему, что происходит, и как его будут переносить. При подозрении на серьёзные повреждения позвоночника раненый укладывается на жёсткие носилки. Сотрудники, которые будут осуществлять переноску должны установить носилки на уровень пояса, чтобы избежать лишних усилий при подъёме. Переносить пострадавшего следует синхронно, с соблюдением равновесия и осторожности. Во время переноски нужно постоянно проверять состояние пострадавшего, обращая внимание на его реакцию и уровень сознания. По достижении безопасной зоны или медицинского пункта, раненого аккуратно укладывают на место для оказания помощи.

Переноска раненых — это сложный и ответственный процесс, который требует знания правил и порядка действий, а также умения использовать различные виды носилок и подручных средств. Правильная транспортировка может спасти жизнь пострадавшему и уменьшить риск осложнений. Необходимо помнить, что каждый случай уникален, и подход к переноске раненого должен быть адаптирован в зависимости от конкретной ситуации и состояния пострадавшего.

3.3. Основные способы эвакуации раненых

Эвакуация раненых – это процесс безопасного перемещения пострадавших с места происшествия в медицинское учреждение или безопасную зону, где им может быть оказана необходимая помощь. Этот процесс требует четкой организации, правильной оценки ситуации и использования соответствующих методов и средств. Рассмотрим основные аспекты эвакуации раненых.

Необходимость полной эвакуации раненого из зоны проведения боевых действий, независимо от степени его повреждений, обусловлена отсутствием квалифицированной медицинской помощи в месте получения ранения. Это особенно актуально в труднодоступных и малонаселённых районах, а также в условиях сложной тактической обстановки.

Если в подразделении есть медицинские работники или специальная группа для эвакуации, необходимо создать отдельный канал связи для медицинских специалистов, чтобы обеспечить эффективную помощь раненым на этапах эвакуации и обмен медицинской информацией.

Группа сотрудников, осуществляющих эвакуацию, переносит раненого в укрытие, где медицинский работник начинает оказывать помощь, соблюдая порядок мероприятий. Длительность оказания помощи зависит от текущей тактической ситуации. Как только состояние раненого стабилизируется, его эвакуируют из зоны проведения боевых действий для получения квалифицированной медицинской помощи.

Подготовка раненого к эвакуации включает профилактику дополнительных травм: используются «демпфирующие прокладки» из мягкого материала и карематы. Раненый укрывается спальными мешками и фиксируется на носилках, чтобы обеспечить его безопасность и согревание во время перемещения, а также для быстрого доступа к нему в случае необходимости.

Во время эвакуации следует постоянно контролировать состояние раненого. Если он в сознании, необходимо проверять состояние повязок и шинирования не реже чем раз в 10-15 минут, а если без сознания – каждые 5 минут проверять дыхание и признаки жизни.

Вынос раненого осуществляется на носилках, при этом раненый должен перемещаться ногами вперед. Сотрудник, находящийся у головы раненого, следит за его состоянием и дает команды, ес-

ли необходимо остановиться для оказания помощи. Старший группы контролирует процесс оказания помощи, оценивает обстановку и координирует действия других участников.

Основное средство для выноса раненых — мягкие носилки, которые удобны благодаря лёгкости и компактности, но при длительных перемещениях могут не обеспечивать надлежащей фиксации раненого. Для их переноски требуется не менее шести носильщиков, а поддержание носилок в горизонтальном положении требует значительных усилий.

Использование подручных средств, таких как лаги, может облегчить переноску раненого, однако не всегда возможно найти подходящие материалы. Кроме того, изготовление таких носилок требует времени и не всегда обеспечивает безопасность раненого, особенно в сложных условиях местности.

Эвакуация раненых из зоны боевых действий может осуществляться различными транспортными средствами, в зависимости от условий и доступных ресурсов. К основным транспортным средствам относятся:

1. Скорая помощь – специализированные автомобили, оборудованные для оказания первой медицинской помощи и транспортировки раненых.

2. Вертолеты используются для быстрой эвакуации с труднодоступных мест, особенно в условиях активных боевых действий.

3. Военные транспортные самолеты могут использоваться для массовой эвакуации раненых на большие расстояния.

4. Бронированные машины обеспечивают защиту при транспортировке раненых под огнем, такие как БМП или МТЛБ.

5. Грузовые автомобили, если ситуация это позволяет, могут использоваться для перевозки раненых в медицинские учреждения.

6. Так называемый «пеший транспорт», т.е. в условиях крайней необходимости и отсутствия других средств эвакуации могут применяться носилки или эвакуация с помощью группы людей.

Каждое из этих средств имеет свои преимущества и ограничения, и выбор зависит от конкретной ситуации на месте.

Эвакуация раненых – это сложный, но критически важный процесс, который требует хорошей подготовки, слаженной командной работы сотрудников и знаний правил оказания первой помощи. Эффективная эвакуация может существенно повысить шансы пострадавших на успешное лечение и восстановление.

Заключение

Одним из главных факторов сохранения жизни, восстановления здоровья сотрудников ОВД, выполняющих обязанности по обеспечению общественного порядка и поддержанием общественного порядка в особых условиях, является своевременное оказание им первой помощи (само- и взаимопомощи), которая оказывается, как правило, на месте получения ранения (поражения). Для ее оказания используются преимущественно индивидуальные средства медицинского оснащения.

Цель первой помощи заключается в том, чтобы не допустить гибели раненого путем временного устранения причин, угрожающих его жизни, а также предупредить развитие тяжелых осложнений. Объем первой помощи, оказываемой пострадавшим, включает:

- извлечение раненых из боевых машин, труднодоступных мест, очагов пожара, перемещение их в укрытия;

- тушение горящего обмундирования и попавшей на тело зажигательной смеси;

- надевание на пораженных, при нахождении на зараженной местности, противогаза и средств защиты кожи; временную остановку наружного кровотечения с помощью пальцевого прижатия магистральных сосудов, давящей повязки, жгута или закрутки из подручных средств;

- устранение асфиксии путем освобождения верхних дыхательных путей от слизи, крови, инородных тел, устранение западения языка изменением положения тела, проведения искусственного дыхания методом «рот ко рту» («рот к носу»), с помощью трубки дыхательной и закрытого массажа сердца при остановке дыхания;

- введение обезболивающего средства из шприц-тюбика;

- наложение защитной повязки на рану или ожоговую поверхность и герметичной повязки при проникающих ранениях грудной клетки;

- иммобилизацию конечностей при переломах и обширных повреждениях тканей простейшими способами с использованием табельных и подручных средств;

- частичную санитарную обработку открытых участков кожи и дегазацию прилегающего к ним обмундирования с использованием индивидуального противохимического пакета;

– защиту раненых от переохлаждения (перегревания) с помощью табельных и подручных средств.

После оказания первой помощи раненых эвакуируют в медицинские подразделения, части (учреждения). Эвакуация осуществляется наземными или воздушными транспортными средствами.

Литература

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федер. закон от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ. Доступ из справ.-правовой системы «Гарант».

2. О полиции: федер. закон от 7 февр. 2011 г. № 3-ФЗ. Там же.

3. Об утверждении Порядка оказания первой помощи: приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 мая 2024 г. № 220н. Там же.

4. Об утверждении Перечня состояний, при которых оказывается первая помощь военнослужащим Вооруженных Сил Российской Федерации, войск национальной гвардии Российской Федерации, спасательных воинских формирований Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Службы внешней разведки Российской Федерации, органов федеральной службы безопасности, органов государственной охраны, органов военной прокуратуры, военных следственных органов Следственного комитета Российской Федерации, Главного управления специальных программ Президента Российской Федерации: приказ Министра обороны РФ от 9 дек. 2022 г. № 760. Там же.

5. Тузов А.И., Власенко Е.Е. Основы оказания первой помощи сотрудниками органов внутренних дел: учебно-практическое пособие. 2-е изд., перераб. Краснодар: Краснодарский университет МВД России, 2023. 114 с.

6. Евич Ю.Ю. Тактическая медицина современной иррегулярной войны . 2022. 114 с.

Состав аптечки первой помощи индивидуальной



ТУРНИКЕТ
массивное
кровотечение



ЖГУТ
массивное
кровотечение



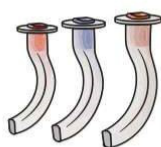
ГЕМОСТАТИК
тампонада
раны



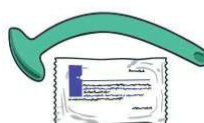
**Z-ОБРАЗНЫЙ
БИНТ**
тампонада
раны



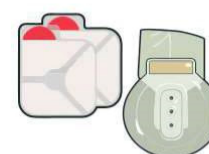
**ДАВЯЩАЯ
ПОВЯЗКА**
перевязка



**РОТОВОЙ
ВОЗДУ-
ХОВОД**
удушьё



**НАЗАЛЬНЫЙ
ВОЗДУХОВОД**
удушьё



**ОККЛЮЗИ-
ОННЫЙ
ПЛАСТЫРЬ**
открытый
пневмоторакс



**ДЕКОМПРЕС-
СИОННАЯ
ИГЛА**
напряженный
пневмоторакс



**СПАСАТЕЛЬ-
НОЕ ОДЕЯЛО**
гипотермия



**ШПРИЦ-
ТЮБИК**
обезбол



**ПРОТИВО-
ОЖОГОВАЯ
САЛФЕТКА**
ожоги



**МЯГКАЯ
ШИНА**
переломы



**ГЛАЗНОЙ
ЩИТОК**
ранение глаза



**ТАКТИЧЕСКИЕ
НОЖНИЦЫ**
срезать одежду



**ТАКТИЧЕСКИЙ
СКОТЧ**
для фиксации

Зоны оказания первой помощи

- 1**

КРАСНАЯ ЗОНА

ПОД ОГНЕМ

Опасная зона:

 - обеспечить безопасность;
 - наложить жгут/турникет;
 - предотвратить удушье;
 - вынести в желтую зону.

- 2**

ЖЕЛТАЯ ЗОНА

В УКРЫТИИ

Относительно безопасная зона:

 - обеспечить безопасность;
 - провести осмотр;
 - оказать помощь по схеме **КУЛАК БАРИН**;
 - подготовить к эвакуации.

- 3**

ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА

В ТЫЛУ

Условно безопасная зона:

 - провести повторный осмотр;
 - выявить ранее не обнаруженные ранения;
 - устранить ошибки предыдущих этапов;
 - подготовить к дальнейшей эвакуации.



ВАЖНО!

В современных боевых действиях деление на зоны весьма **УСЛОВНО**.

Объем первой помощи определяется:

- тактической обстановкой;
- уровнем подготовки;
- наличием оснащения.



При оказании помощи раненому в желтой и зеленой зоне по возможности надень медицинские **ПЕРЧАТКИ**.

Действия по оказанию само-и взаимопомощи в «красной зоне»

В КРАСНОЙ ЗОНЕ



БЕЗОПАСНОСТЬ

- Прежде всего обеспечь безопасность
- Не приближайся к раненому **ПОД ОГНЕМ** врага



БЫСТРЫЙ ТУРНИКЕТ

- Для остановки кровотечения установи турникет **ВЫСОКО И ТУГО**



ВАЖНО!

- Порядок действий зависит от обстановки.
- Раненый может оказать самопомощь
- Постоянно оценивай безопасность, составь план подхода к раненому и отхода с раненым.



ВЫНОС РАНЕНОГО

- Извлеки раненого из транспорта
- Вынеси раненого в укрытие



КОНТАКТ

- Установи контакт с раненым
- Обратись за помощью

Действия по оказанию само-и взаимопомощи в «желтой зоне»

В ЖЕЛТОЙ ЗОНЕ

ВАЖНО!

КУЛАК - это не просто сокращение, это **ПОРЯДОК** действий и расстановка **ПРИОРИТЕТОВ**



К КРОВОТЕЧЕНИЕ

У УДУШЬЕ

Л ЛЕГКИЕ

А АРТЕРИИ И ВЕНЫ

К КОЛОТУН
... и потом другие ранения

Оказание первой помощи при кровотечениях

КАК РАСПОЗНАТЬ МАССИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ



⚠
ВАЖНО!
 Массивное кровотечение может привести к гибели всего за **3 МИНУТЫ**



КАК ОСТАНОВИТЬ КРОВОТЕЧЕНИЕ



УСТАНОВКА ТУРНИКЕТА



ТУРНИКЕТ прекращает ток крови ниже места наложения. Это самый **БЫСТРЫЙ** способ остановить кровотечение

Установи **ТУРНИКЕТ** и останови кровотечение за 1 минуту

1
МИН

Когда и как установить турникет

- в **КРАСНОЙ ЗОНЕ** наложи турникет быстро, поверх одежды **ВЫСОКО И ТУГО**
- в **ЖЕЛТОЙ ЗОНЕ** наложи турникет аккуратно на 5-7 см выше места ранения
- если турникет не сработал, наложи второй турникет выше и туже
- на ногу часто приходится накладывать два турникета

Алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации

Сердечно-легочная реанимация (СЛР) проводится при **ОСТАНОВКЕ** дыхания и кровообращения.

Техника проведения СЛР:

- давление руками на грудину раненого;
- искусственное дыхание “рот ко рту”.



Частота нажатий на грудину 1,5-2 нажатия в секунду. На **30 НАЖАТИЙ** на грудину **2 ВДОХА** “рот ко рту”.

Проблемы СЛР в полевых условиях:

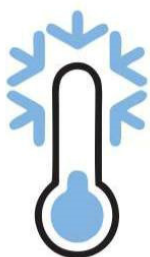
- длительный энергозатратный процесс;
- спасатель подвержен риску поражения;
- отвлекает от помощи другим раненым.



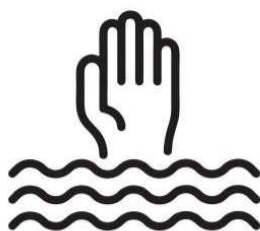
ВАЖНО!

СЛР эффективна **ТОЛЬКО** при устранении других жизнеугрожающих состояний.

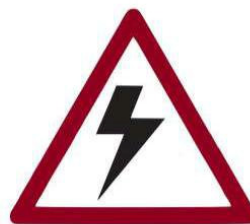
Применение СЛР целесообразно:



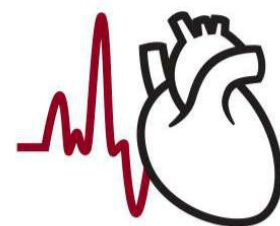
гипотермия



утопление



поражение
электротоком



остановка сердца
в отсутствие травм

Алгоритм проведения иммобилизации поврежденной конечности

ОЦЕНКА ПЕРЕЛОМА

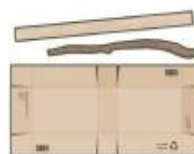
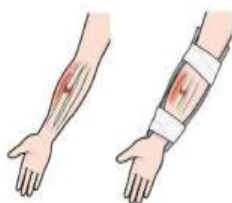
ВИДЫ ПЕРЕЛОМОВ

- 1 закрытые
- 2 открытые



ПРИЗНАКИ ПЕРЕЛОМА

- сильная боль и отек
- щелчок в момент травмы
- разная длина или форма конечностей
- потеря пульса или чувствительности
- треск или хруст под кожей



НАЛОЖЕНИЕ ШИНЫ

Шина предотвращает движения и удерживает конечность на месте.

- Зафиксируй суставы выше и ниже перелома
- Закрепи шину бинтом, ремнем или скотчем.
- Не двигай сломанной конечностью

ПРИ ПЕРЕЛОМЕ РУКИ

зафиксируй руку к рубашке



ВАЖНО! Если повязка слишком тугая, кровообращение может нарушиться

СТЕПЕНИ ОЖОГОВ



ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ



НАЛОЖИ

сухую
стерильную
повязку



НАКРОЙ

раненого,
предотврати
гипотермию



ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ТОКОМ

- Отключи питание, если это возможно.
- Если это невозможно, вытащи раненого с не проводящим электрических ток предметом, например деревянной палкой.
- Перемести раненого в безопасное место.

Метод введения обезболивающего средства

Шкала интенсивности боли:

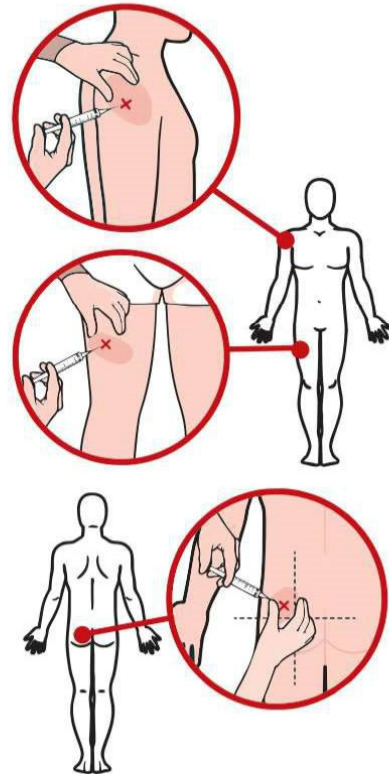


Места для инъекций:

ВАЖНО!
Выбирай место **НЕ** на стороне ранения

ВАЖНО!
Наркотические анальгетики угнетают дыхание, снижают давление и могут привести к **ГИБЕЛИ РАНЕНОГО**.

Раненому **БЕЗ СОЗНАНИЯ** сделай укол ненаркотического анальгетика.



Шприц-тюбик



Инъекция шприц-тюбиком:

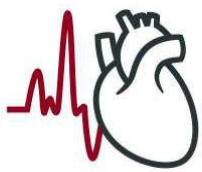


- введи иглу;
- сожми ампулу;
- вытащи иглу;
- разожми ампулу.

Проведение противошоковых мероприятий

ШОК - резкое нарушение кровообращения, при котором органы не получают достаточного питания кислородом. Шок возникает при большой **КРОВОПОТЕРЕ**.

Признаки начинающегося шока:



учащенное
сердцебиение



учащенное
дыхание



холодная,
потная кожа



тошнота,
рвота



жажда

Признаки тяжелого шока:



спутанное
сознание



слабый пульс
на руке



цвет ногтя **НЕ**
возвращается
за 3 сек



ВАЖНО!
ШОК - прямая
угроза жизни
раненого.

Помощь при шоке:

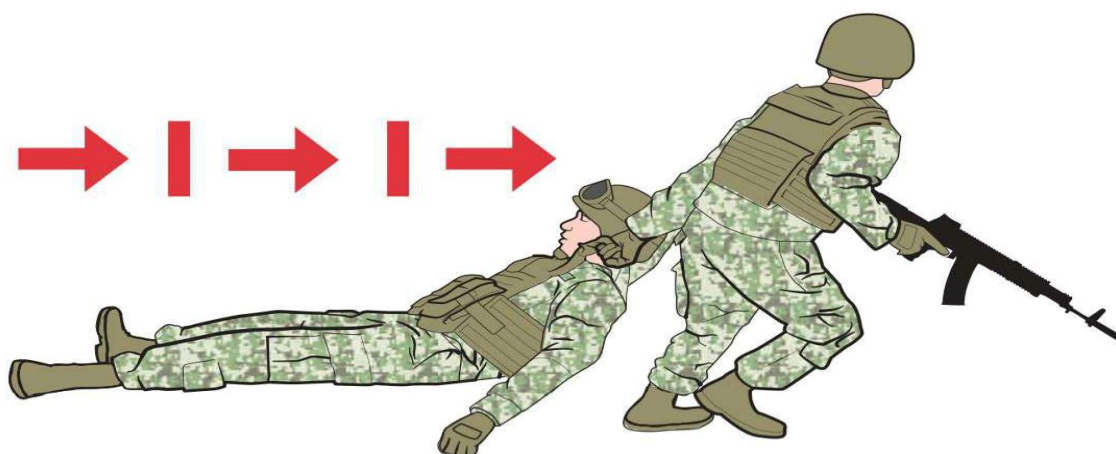
- контроль кровотечения;
- питье воды (если не ранен живот);
- профилактика переохлаждения.



Придай раненому
ГОРИЗОНТАЛЬНОЕ
положение и
подними ноги.

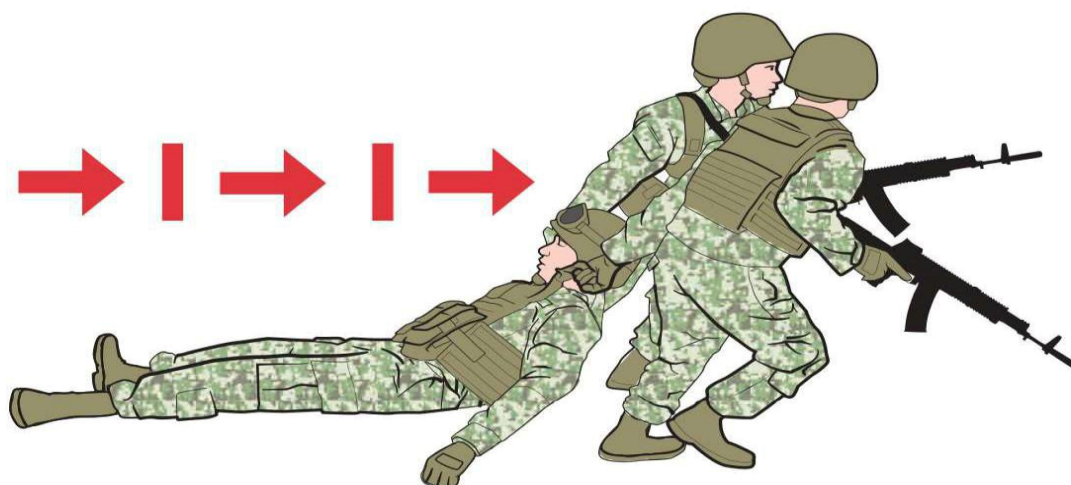
Способы транспортировки пострадавшего

ПЕРЕНОС В ОДИНОЧКУ ЗА РУКУ ИЛИ ЖИЛЕТ



ВОЗЬМИ раненого за жилет или за руку. **ЖИЛЕТ** должен быть застегнут на раненом. **ТАЩИ** быстрыми, короткими рывками.

ПЕРЕНОС ВДВОЕМ ЗА РУКИ ИЛИ ЖИЛЕТ



ВОЗЬМИТЕ раненого за жилет или за руку. **ЖИЛЕТ** должен быть застегнут на раненом. **ТАЩИТЕ** быстрыми, короткими рывками.

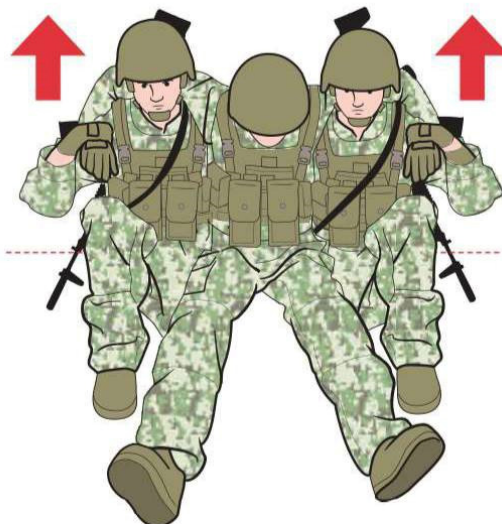
ПЕРЕНОС ВДВОЕМ

ПОДДЕРЖКА

ВСТАНЬТЕ каждый на одно колено рядом с раненым.

ПОДНИМИТЕ раненого в сидячее положение.

ВОЗЬМИТЕ руки раненого, заведите себе за шею.



ОБХВАТИТЕ раненого за талию, возьмите за ремень.

ПОДНИМИТЕ и держите раненого, двигаясь вперед.

ВАРИАНТ - возьмите раненого за ноги.

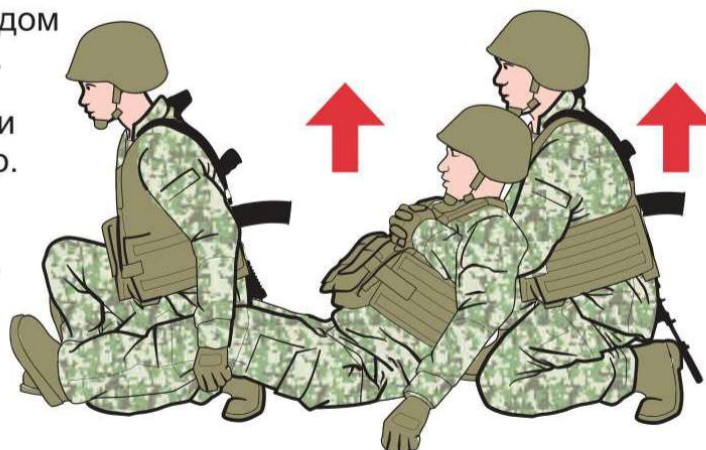


ПЕРЕНОС ВДВОЕМ ЗА НОГИ И ПОДМЫШКИ

СПАСАТЕЛИ встают рядом
каждый на одно колено.

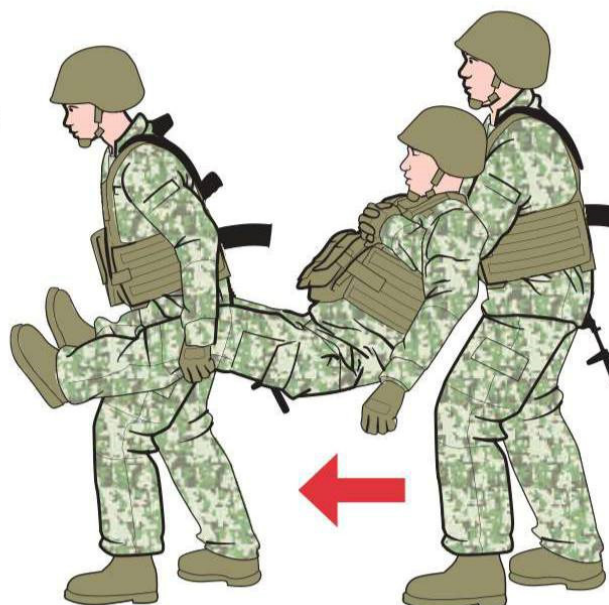
ПЕРВЫЙ делает руками
замок на груди раненого.

ВТОРОЙ берет ноги
раненого под коленями.



ПОДНИМИТЕ вместе
на счет «три».

ШАГАЙТЕ вперед в ногу
на счет «раз-два».

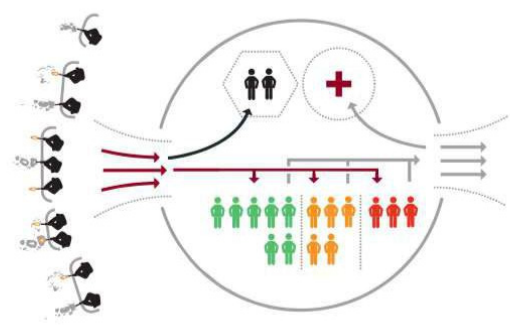


Способы эвакуации пострадавшего

Очереди погрузки в пределах одной единицы транспорта:



ВАЖНО! Контролируй **СОСТОЯНИЕ** раненых в процессе эвакуации.



Подготовка к эвакуации:

заполни документы закрепи повязки закрепи одеяла застегни ремни

Если раны обширные, **ДОБАВЬ** антибиотиков.

Оглавление

Введение	3
1. Жизнеугрожающие состояния, требующие оказания само- и взаимопомощи в особых условиях	5
1.1. Основные виды ранений и особенности оказания само- и взаимопомощи сотрудниками органов внутренних дел при их получении	5
1.2. Основные виды кровотечений и способы их остановки	8
1.3. Особенности проведения сотрудниками органов внутренних дел сердечно-легочной реанимации в особых условиях.....	14
1.4. Особенности оказания само- и взаимопомощи при получении сотрудниками органов внутренних дел травм различных областей тела.....	17
1.5. Особенности оказания само- и взаимопомощи при получении сотрудниками органов внутренних дел термических и химических ожогов.....	23
2. Порядок оказания само- и взаимопомощи в особых условиях	27
2.1. Общие правила оказания само- и взаимопомощи сотрудниками органов внутренних дел в особых условиях.....	27
2.2. Табельные средства индивидуального медицинского оснащения личного состава.....	35
2.3. Средства обезболивания и проведение противошоковых мероприятий	39
3. Алгоритм действий при транспортировке и эвакуации раненых в особых условиях	43
3.1. Основные способы транспортировки раненых.....	43
3.2. Правила и порядок переноски раненых, виды носилок.....	45
3.3. Основные способы эвакуации раненых.....	48
Заключение	50
Литература	52
Приложения	53

Учебное издание

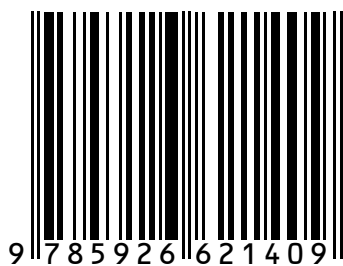
Скидан Александр Александрович
Некрасова Анна Александровна

**ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ САМО-
И ВЗАИМОПОМОЩИ СОТРУДНИКАМИ
ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ В ОСОБЫХ УСЛОВИЯХ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции
Компьютерная верстка *Г. А. Артемовой*

ISBN 978-5-9266-2140-9



Подписано в печать 27.02.2025. Формат 60x84 1/16.
Усл. печ. л. 4,0. Тираж 50 экз. Заказ 333.

Краснодарский университет МВД России.
350005, г. Краснодар, ул. Ярославская, 128.