

ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

ПАМЯТКА

2023

Под редакцией Евича Ю.Ю.

с благодарностью Алексею из Питера, начальнику учебной части кафедры офтальмологии ВМедА, к.м.н. Гаврилюку Илье Олеговичу и всем товарищам, чей опыт и материалы были собраны в данном издании

МОЛИТВА ВОИНА

перед вступлением в бой с врагами Отечества

Господи Боже, Спасителю мой! По неизреченной любви Твоей Ты положил душу Свою за нас. И нам заповедал полагати души наша за друзей своих. Исполняя святую заповедь Твою и уповая на Тя, безбоязненно иду я положить живот свой за веру, Царя и Отечество и за единомысленных братьев наших. Сподоби меня, Господи, непостыдно совершить подвиг сей во славу Твою. Жизнь моя и смерть моя – в Твоей власти. Буди воля Твоя. Аминь.

Псалом 90

- ¹ Живущий под кровом Всевышнего под сенью Всемогущего покоится,
² говорит Господу: «прибежище мое и защита моя, Бог мой, на Которого я уповаю!»
³ Он избавит тебя от сети ловца, от гибельной язвы,
⁴ перьями Своими осенит тебя, и под крыльями Его будешь безопасен; щит и ограждение – истина Его.
⁵ Не убоишься ужасов в ночи, стрелы, летящей днем,
⁶ язвы, ходящей во мраке, заразы, опустошающей в полдень.
⁷ Падут подле тебя тысяча и десять тысяч одесную тебя; но к тебе не приблизится:
⁸ только смотреть будешь очами твоими и видеть возмездие нечестивым.
⁹ Ибо ты сказал: «Господь – упование мое»; Всевышнего избрал ты прибежищем твоим;
¹⁰ не приключится тебе зло, и язва не приблизится к жилищу твоему;
¹¹ ибо Ангелам Своим заповедает о тебе – охранять тебя на всех путях твоих:
¹² на руках понесут тебя, да не преткнешься о камень ногою твоею;
¹³ на аспида и василиска наступишь; попирать будешь льва и дракона.
¹⁴ «За то, что он возлюбил Меня, избавлю его; защищу его, потому что он познал имя Мое.
¹⁵ Воззовет ко Мне, и услышу его; с ним Я в скорби; избавлю его и прославлю его,
¹⁶ долгою дней насыщу его, и явлю ему спасение Мое».

1. ТАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА, ОПРЕДЕЛЕНИЕ. ПОНЯТИЕ О ЗОНАХ ОПАСНОСТИ

ТАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА – это совокупность медицинских и тактических мероприятий, проводимых непосредственно на поле боя и на всем протяжении догоспитального этапа оказания первой и расширенной первой помощи раненому, направленных на устранение угрожающих жизни состояний, предотвращение развития тяжелых осложнений и поддержание жизненно важных функций организма в ходе эвакуации.

Всегда помните что: «Лучшая медицинская помощь в бою – тотальное огневое превосходство!» (девиз одной из конференций тактических медиков США). Без грамотной тактики и эффективного огневого воздействия, во-первых, вы не сможете качественно оказывать помощь раненым, а во-вторых, раненых будет слишком много, и вы с ними не справитесь.

Современные боевые действия характеризуются высокой мощностью огневого воздействия и его большой глубиной. Ввиду этого ранее существовавшее деление зон тактической медицины на современном этапе существенно дополнено.

КРАСНАЯ ЗОНА – («**Зона помощи под огнём**») это зона огневого контакта с противником или непосредственного плотного воздействия на вас артиллерии. Высокая вероятность получения ранений. Основные задачи оказания помощи в красной зоне: подавление огня противника, эвакуация в желтую зону, при необходимости – остановка жизнеугрожающих (массивных) кровотечений.

ЖЕЛТАЯ ЗОНА – («**Зона тактического ухода**»). Желтой зоной является участок местности, в данный момент не простреливаемый противником. У противника отсутствует возможность визуального наблюдения. Чаще всего это место на удалении от нескольких десятков метров от точки получения ранения, за ближайшим укрытием природного (холмы, склоны, растительность) или искусственного происхождения (стены, дома, защитные инженерные конструкции). При этом необходимо помнить, что в любой момент времени противник может нанести по вам удар.

ЗЕЛЕНАЯ ЗОНА – («Зона подготовки к эвакуации»). Это то место, куда может прибыть (или где заранее находится) транспорт медицинского назначения. Обычно это тыловые и командные структуры уровня роты. Там происходит стабилизация состояния пострадавшего и подготовка к эвакуации.

Также необходимо отметить не только то, что границы между этими зонами не очевидны, но и то, что любая из них в каждый момент может быть «красной» (подвергнуться обстрелу) либо даже обстрел может продолжаться непрерывно во всех трёх зонах. Образу выражаясь, в нынешних условиях все зоны «покраснели».

Вывод из этого: хотя имеются некоторые ориентировочные приоритеты – какой объём помощи в какой зоне оказывать наиболее целесообразно, они не являются непреложным шаблоном. Всегда надо проявлять гибкое тактическое мышление, быстро оценивать обстановку и определять объём оказываемой на данном месте помощи исходя из совокупности всех тактических и медицинских факторов.

Красная зона (Зона помощи под огнём)

ЗОНА «УХОДА ПОД ОГНЁМ»

2. АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ РАНЕНОГО В ГРУППЕ

- Обезопасить себя, используя укрытие
- Открыть огонь на подавление
- Оповестить командование и сослуживцев о проблеме (наличие раненого)
- Вступи в зрительный и голосовой контакт (**необходимо оценить обстановку. В сознании раненый или нет**)



Красная зона (Зона помощи под огнём)

2.1. БОЕЦ БЕЗ СОЗНАНИЯ, ЕСТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ

ВЫДВИНУТЬСЯ В КРАСНУЮ ЗОНУ

- Обдумайте и спланируйте свои действия.
- Скоординируйте их с командованием и сослуживцами.
- По возможности обеспечьте огневое подавление противника.
- Используйте ручные дымовые гранаты, помните о направлении ветра.
- Передвигайтесь только ползком (**используя укрытия, складки местности**).
- Окликните раненого, обозначьте себя «Я свой».
- Поставьте оружие раненого на предохранитель, уберите в сторону.
- Личное оружие уложите рядом с собой, стволом в сторону противника.
- При визуальном (или путём опроса) обнаружении кровотечения на конечностях или в области шеи – наложите кровоостанавливающий жгут.



(Если визуально нет возможности определить локализацию ранения, приступаем к немедленной эвакуации. **НЕ ТРАТИМ ВРЕМЯ!**)

Красная зона (Зона помощи под огнём)

- При отсутствии возможности эвакуировать раненого из красной зоны, в случае если раненый без сознания – переверните пострадавшего в устойчивое боковое положение.

Завести ближнюю руку пострадавшего за голову, что бы при перевороте на живот голова оказалась на руке

1



Прикрываясь пострадавшим, захватить дальнее от себя плечо, резко перевернуть на живот

2



При отсутствии возможности провести эвакуацию, продолжай выполнять задачу

3



Красная зона (Зона помощи под огнём)

- Найдите укрытие, перетащите раненого туда.
- Переверните раненого на живот, примите меры для профилактики асфиксии (удушья).
- Сообщите сослуживцам о невозможности эвакуировать раненого и необходимости помощи.
- В зависимости от ситуации либо продолжайте вести бой, либо окажите раненому расширенный объём помощи.
- Быстро оцените обстановку, совместно с сослуживцами и с использованием технических приспособлений обеспечьте эвакуацию раненого.

Красная зона (Зона помощи под огнём)

2.2. СПОСОБЫ ЭВАКУАЦИИ:

Метод эвакуации необходимо выбирать исходя из возможности его применения, ландшафта местности и тактической обстановки.

Ниже приведены некоторые из способов эвакуации раненого:

ЭВАКУАЦИОННАЯ СТРОПА

- Свободный конец стропы фиксируется за снаряжение одного из бойцов находящегося за укрытием
- Фиксация второго конца стропы происходит за лямки снаряжения раненого, либо применяется медицинская петля.
- По готовности раненого к эвакуации необходимо вернуться за укрытие.
- Приступить к эвакуации раненого всеми силами группы, не задействованными для подавления огневых точек противника вытягивая его за стропу из **красной зоны**.



Красная зона (Зона помощи под огнём)

НА СЕБЕ

При эвакуации пострадавшего на себе необходимо иметь возможность контролировать обстановку, а также состояние пострадавшего.

- Левое рукой возьми за цевье личное оружие.
- Правой рукой зафиксируй оружие пострадавшего и лямку снаряжения
- Грудь пострадавшего должна находиться на нижней конечности, которая играет роль волокуш.
- Начни передвижение за укрытие.

В случае возникновения опасности, будь готов открыть огонь.



Красная зона (Зона помощи под огнём)

2.3. БОЕЦ В СОЗНАНИИ, МОЖЕТ ПЕРЕДВИГАТЬСЯ

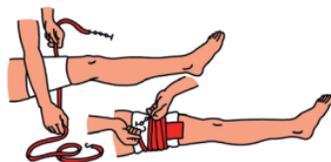
- Уточнить самочувствие, по возможности – характер ранения и степень подвижности.
- Подсказать ему последовательность дальнейших действий: направление, куда ему нужно ползти, при необходимости – укрытие рядом, которое ему нужно занять, и порядок мероприятий самопомощи (жгут, обезбол), которые надо произвести.
- Активизировать огневое подавление противника, подготовиться к дальнейшей эвакуации раненого.

Красная зона (Зона помощи под огнём)

2.4. МАНИПУЛЯЦИИ В КРАСНОЙ ЗОНЕ. НАЛОЖЕНИЕ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА

- Жгут в условиях БД (**красная зона**), накладывается без оценки характера ранения и типа кровотечения (**пострадавший в одежде, огневой контакт. Невозможно качественно провести осмотр раневой поверхности**).
- Жгут накладывается максимально близко к сердцу.
НИЖНЯЯ конечность – верхняя треть бедра.
ВЕРХНЯЯ конечность – верхняя треть плеча.
- **Время наложения жгута/турникета.**
Зимой – 30 минут, **летом** – 1 час. **ВАЖНО** помнить, что остановка кровотечения жгутом, крайняя мера. По возможности, необходимо как можно быстрее удалить жгут с конечности.

Проведя остановку кровотечения жгутом, укажи время наложения на лбу или щеке раненого маркером.



Красная зона (Зона помощи под огнём)

При ранении в шею, необходимо изолировать раневой канал от окружающей среды. Воздух, попавший в сосудистое русло, может привести к воздушной эмболии и раненый погибнет.

- Зажми место ранения ППИ, не распаковывая его.
- Зафиксируй тампон жгутом, через подмышечную впадину.
- Если боец без сознания, а возможность его эвакуации отсутствует, придай ему устойчивое боковое положение.



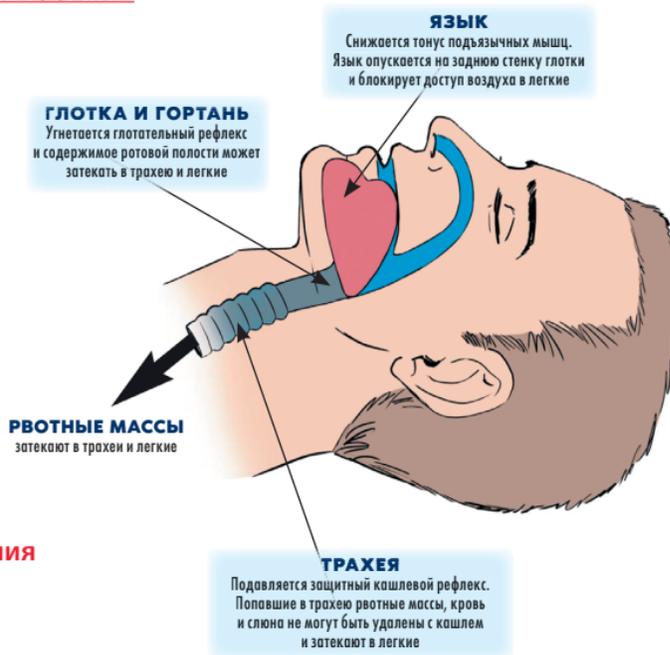
Красная зона (Зона помощи под огнём)

2.5. ПРОФИЛАКТИКА АСФИКСИИ. ЗАПАДЕНИЕ КОРНЯ ЯЗЫКА.

АСПИРАЦИЯ РВОТНЫМИ МАССАМИ

При отсутствии сознания у раненого, находясь в красной зоне и не имея возможности провести эвакуацию, необходимо придать ему устойчивое боковое положение или перевернуть на живот. В этом случае, рвотные массы самопроизвольно выйдут из ротовой полости, а корень языка не будет перекрывать дыхательные пути.

Раненый, находящийся без сознания лежа на спине, часто погибает в течении 5-10 минут.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

- 1** Основные действия в жёлтой зоне делятся на две группы:
 - а).** Необходимые часто, практически всегда: беглый осмотр, обезболивание, остановка кровотечения, иммобилизация.
 - б).** Необходимые гораздо реже: лечение контузии, обеспечение проходимости (очистка) верхних дыхательных путей и вентиляции лёгких (устранение пневмоторакса), лечение ожогов.
- 2** Дополнительные действия, которые предпочтительнее производить в зелёной зоне (но при крайней необходимости они могут быть произведены в жёлтой зоне): профилактика гипотермии (переохлаждения), инфузионная терапия (постановка капельницы), в том числе внутрикостно, СЛР (сердечно-лёгочная реанимация).

Желтая зона (Зона тактического ухода)

3.1. БЕГЛЫЙ ОСМОТР

- Прежде всего убедитесь, что риск возобновления по вам прицельного огня минимизирован. Крайне желательно перетащить раненого в складку местности (овраг, воронка) и самому находиться по возможности в ней, либо использовать другие укрытия. Помним о возможности наблюдения (и ударов) с БПЛА, стараемся находиться под кронами деревьев, кустарником и так далее.
- Помните о том, что противник ведёт наблюдение не только в видео, но инфракрасном диапазоне (ночью – с применением приборов ПНВ) и осуществляет контроль радиоэфира. Минимизируйте вероятность Вашего обнаружения во всех перечисленных диапазонах.
- Обеспечиваем периметр безопасности: пока один работает с раненым, кто-то должен вести наблюдение за обстановкой вокруг, в том числе за воздухом.
- Без крайней необходимости не оказывайте помощь раненому двумя и более бойцами. Групповую цель противнику гораздо легче обнаружить и соблазн нанесения по ней удара существенно выше.
- Продолжайте оказание помощи с того момента, на котором закончили в **красной зоне**.

Желтая зона (Зона тактического ухода)

- При осмотре важно:
 - ➔ Выявить все возможные повреждения, не замеченные ввиду спешки в красной зоне.
 - ➔ Заметить все возможные ошибки и недочёты в ходе проведенных в красной зоне манипуляций.
 - ➔ Наметить чёткую тактику последующего оказания помощи, исходя из характера повреждений (медицинский аспект) и общей боевой обстановки (тактический аспект).
 - ➔ Последовательно и максимально быстро (но без спешки) осуществить все намеченные мероприятия.
 - ➔ При оказании помощи, особенно в ситуациях сильного стресса (работа в тылу противника, плотный точный обстрел, большое количество раненых) рекомендуем перед осмотром два-три максимально глубоких вдоха-выдоха (или иную систему быстрой психологической стабилизации если она у Вас есть). Быстрота Ваших действий существенно возрастет, а количество ошибок уменьшится.

Желтая зона (Зона тактического ухода)

- Обязательно необходимо оповестить своё непосредственное командование о наличии раненого, его состоянии, степени срочности эвакуации. Обычно в данную зону транспорт не заходит, однако возможны исключения.

Именно на этапе осмотра вам уже необходимо обдумывать стратегию ваших дальнейших действий в данной зоне. Основной вопрос стратегии (порядка действий): сколько и какие мероприятия производим в данной зоне, а какие мероприятия откладываем для зоны эвакуации. На решение влияют факторы медицинские (состояние раненого) и тактические. Медицинские факторы:

- 1 Ранение не очень тяжёлое, после оказания первой помощи раненый может сам (или с минимальной помощью в виде одного сопровождающего) добраться в зону эвакуации. Это самый простой вариант. В этом случае оказываете помощь максимально быстро.
- 2 Ранение не очень тяжёлое, боец может много времени находиться в полевых условиях, его жизнь и здоровье вне непосредственной опасности. Но передвигаться он не может.
- 3 Раненый тяжёлый, сам передвигаться не может, необходима его срочная эвакуация.

Желтая зона (Зона тактического ухода)

Факторы тактические и логистические:

- 1 Огневое воздействие противника. Мощный обстрел, слабый обстрел, полная тишина.
- 2 Активность противника и его близость. Противник в глухой обороне, возможна атака противника, противник ведёт наступление.
- 3 Количество подготовленных тактических медиков в подразделении и степень их подготовки. Есть возможность назначить кого-либо из них для сопровождения раненого до зоны эвакуации из боевого порядка подразделения? В этом случае нужно, чтоб в строю подразделения, ведущего бой, остался кто-либо с медицинской подготовкой, способный оказывать помощь остальным бойцам при необходимости. Соответствует ли уровень подготовки сопровождающих тяжести состояния эвакуируемого?
- 4 Наличие и уровень подготовки медиков в эвакуационной зоне. Соответствует ли их уровень подготовки тяжести состояния эвакуируемого?

Желтая зона (Зона тактического ухода)

- 5 Все факторы, влияющие на транспортировку раненого до зоны эвакуации: вес раненого, расстояние до зоны эвакуации, состояние местности на маршруте (сильно пересечённая местность, густой лес, глубокий снег или очень сильная грязь), огневое воздействие противника на пути эвакуации.
- 6 Тяжесть состояния раненого, характер его повреждений.

Основная задача выбора стратегии: определить, какие медицинские манипуляции будем производить в зоне тактического ухода, а какие оставим для зоны эвакуации.

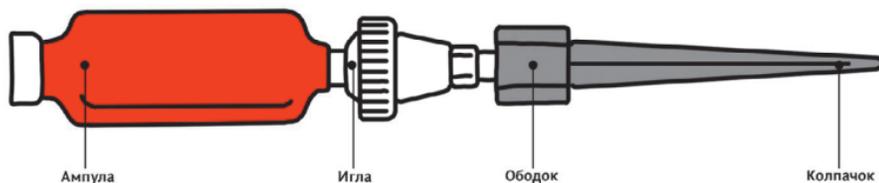
При прочих равных всегда следует помнить что «помощь раненому на поле боя – только 20% от спасения его. 80% проблемы – эвакуация».

При наличии попутного транспорта до зоны эвакуации (хоть танк) – это наивысший приоритет, как правило. В этом случае как правило, раненый (раненые) вывозятся в зону эвакуации, и все дальнейшие действия производятся уже там. Но такая возможность бывает редко.

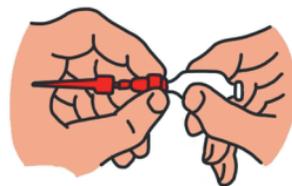
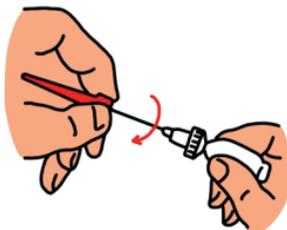
Желтая зона (Зона тактического ухода)

3.2. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

- Обезболивание – наиболее частая процедура первой само- и взаимопомощи, производится практически при каждом тяжёлом ранении либо травме.



- Перед применением шприц-тюбика, проверните канюлю иглы по часовой стрелке до упора.
- Снимите колпачок удерживая шприц-тюбик иглой вверх.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

- Выполните инъекцию в среднюю треть бедра, либо дельту (плечо) предварительно собрав мышечную складку свободной рукой.
- Не разжимая пальцев, извлеките иглу.
- Напишите на щеке/лбу раненого о проведении инъекции. Либо зафиксируйте в карте раненого.
- Шприц тубик уберите в карман раненого.



ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ НЕ ПРИМЕНЯТЬ НАРКОТИЧЕСКИЕ АНАЛЬГЕТИКИ!

Введение обезболивающих только в здоровую конечность!

- При тяжелых ранениях возможно введение **второй дозы** препарата для облегчения болевого синдрома.
- При задержке эвакуации пострадавшего, его необходимо **повторно** обезболить.

Желтая зона (Зона тактического ухода)

Имеющиеся у нас в распоряжении обезболивающие в шприц-тюбиках: промедол, бутарфанола тартрат, нефопам. Нефопам не является опиоидом, для усиления его действия можно применить совместно с ним кеторол. Передозировка возможна главным образом при применении опиоидов.

При этом нужно быть готовым к применению ампулированных медикаментов, т.е. уметь быстро всрывать ампулы и набирать в них лекарства, в том числе в условиях боевого стресса, когда руки обычно дрожат.

После введения промедола или нефопама могут наблюдаться побочные явления в виде тошноты и рвоты. На последующих этапах они профилактуются введением противорвотных препаратов (стр 57).

Желтая зона (Зона тактического ухода)

3.3. МАССИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

- Проверьте качество остановки кровотечения: проведите контроль турникета(жгута), выполняет ли он свою функцию. Убедись в том, что время наложения жгута указано.
- Освободите раненого от экипировки (бронея, разгрузка, каска)
- Осмотрите, при необходимости прощупайте возможные места не обнаруженных ранее ранений. При обнаружении входного отверстия, убедись в отсутствии выходного.
- При обнаружении на ладонях крови после ощупывания, разрежьте одежду в области проведения осмотра атравматическими ножницами.

ВАЖНО остановить кровотечение здесь и сейчас. Существует несколько типов кровотечения, но прежде всего нужно ориентироваться на ОБЪЕМ, а не на цвет.

- Слабое кровотечение. На одежде ниже раны – совсем немного крови, либо она отсутствует.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

- Сильное кровотечение. Вся одежда ниже места ранения пропитана кровью.
- Очень сильное кровотечение. Кровь покрывает одежду слоем: либо как желе, либо как запёкшаяся корка.

Это особенно важно при определении дальнейшей тактики остановки кровотечения (применение гемостатиков, типы повязок и так далее).

АРТЕРИАЛЬНОЕ



При глубоком ранении:
кровь ярко-красного цвета,
изливается пульсирующей струей

ВЕНОЗНОЕ



При поверхностном ранении:
кровь темно-красного цвета,
изливается медленной струей

КАПИЛЛЯРНОЕ



Кровь сочится
по всей поверхности раны

Желтая зона (Зона тактического ухода)

3.4. ГЕМОСТАТИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Далее, по возможности и если позволяет обстановка, стоит заменить турникет (жгут) на введение в раневой канал гемостатических средств (тампонаду ран). Если их нет – тампонада раны марлевым бинтом (или иной тканью) для остановки кровотечения лучше, чем ничего. Наложение давящей повязки ещё более усиливает эффект от применения гемостатиков.

**БИНТ
ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ**



**ПОРОШОК
ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ
С АППЛИКАТОРОМ**

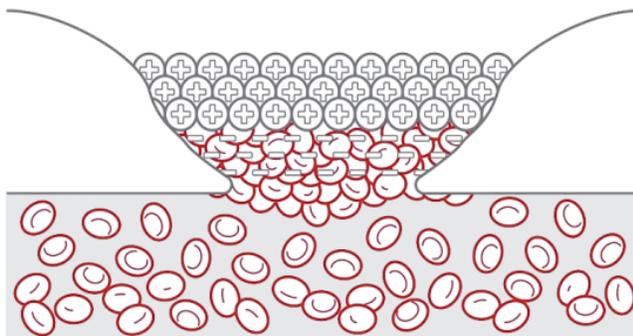


**ПОРОШОК
ГРАНУЛИРОВАННЫЙ**



Желтая зона (Зона тактического ухода)

Высокую эффективность остановки кровотечения обеспечивает особая комбинация солей ацилированного хитозана – биополимера, получаемого активацией природного хитина морских ракообразных, с комплексом вспомогательных веществ. Механизм действия вещества электростатический: активное вещество-полимер несёт положительный заряд и при взаимодействии с истекающей кровью заставляет отрицательно заряженные эритроциты крови «налипать» на полимерные цепочки, что приводит к образованию устойчивых сгустков, которые и перекрывают пути истечения крови из повреждённого сосуда. Таким образом замедляется кровотечение и далее в действие вступают собственные механизмы гемостаза.



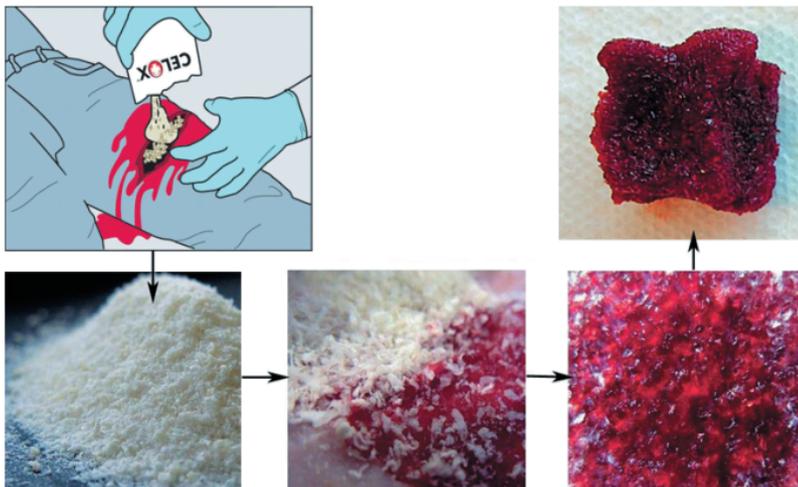
Желтая зона (Зона тактического ухода)

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ХИТОЗАНА В ВИДЕ АППЛИКАТОРА

- Остановите кровотечение, выполнив пальцевое прижатие, или наложите жгут.
- По возможности очистите рану марлевым бинтом, удалите из неё разрушенные ткани и сгустки крови.
- При применении аппликатора введите его в раневой канал, выдавите содержимое.
- Создайте компрессию на раневую поверхность в течении 3-х минут.
- Наложите повязку на рану.
- В случае сильного кровотечения поверх обычной повязки накладывается давящая с помощью бинта типа SWAT или эластического биндажа, с максимальным давлением на ткани.
- После этого турникет постепенно (примерно один оборот в 1–2 мин) ослабляется и удаляется.
- После остановки кровотечения давящую повязку лучше удалить, так как присутствует риск нарушения венозного оттока и гибели конечности на этапах дальнейшей эвакуации.

Желтая зона (Зона тактического ухода)

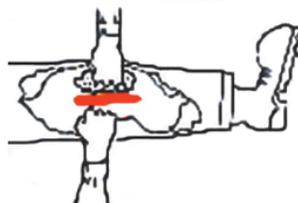
- Кровотечение считается остановленным, если кровь **НЕ** капает с повязки. В противном случае необходимо вновь наложить жгут, удалить с раны повязки, извлечь из неё гемостатик и заново произвести всю вышеописанную процедуру.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

ТАМПОНАДА ГЕМОСТАТИЧЕСКИМ БИНТОМ

- Удалите кровь из раневого канала простым бинтом настолько это возможно.
- Введите палец с гемостатическим бинтом на дно раневого канала.
- Прижмите поврежденный сосуд, вводя бинт в раневой канал.
- Плотнo заполняйте рану бинтом, сохраняя компрессию на дно раневого канала.
- Прижмите бинт и держи 3 минуты.
- Наложите давящую повязку.
- Постепенно ослабляйте турникет, контролируя наличие кровотечения. После полного ослабления, турникет оставьте на конечности.
- В случае, если остановить кровотечение не удалось (кровь каплет с повязки) необходимо: повторно наложить жгут, удалить из раны бинт с использованным гемостатиком, и повторить весь цикл применения нового гемостатического бинта.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

При очень сильном кровотечении целесообразно применение двух повязок: обычной, а поверх неё – давящей, наложенной максимально туго. Для наложения давящей повязки можно применить эластический бандаж израильского образца, широкий резиновый жгут типа SWAT, либо в крайнем случае – обычный марлевый бинт с многократными «перекрутами» при его наложении. Вторая повязка накладывается на недолгий срок, минут 10, и после остановки кровотечения удаляется. Так как она, вследствие тугости её наложения, нарушает венозный отток и может привести к ампутации конечности.

Самое главное в успешной тампонаде ран – достать до дна раны и заполнить рану гемостатиком целиком. В случае, если раневой канал узкий (пуля, либо мелкий осколок), необходимо качественно обезболить раненого и ножницами (либо скальпелем) рассечь кожу в обе стороны от места ранения. Мягкие ткани вдоль раневого канала рассекать нет необходимости, они легко раздвигаются пальцами.

Желтая зона (Зона тактического ухода)

3.5. ИЗОЛЯЦИЯ РАНЕВОЙ ПОВЕРХНОСТИ

- Необходимо выбрать соответствующий размер бинта (при повязке на палец – 5-7 см шириной, на голову – 10 см, на бедро – 14 см и т.д.)
- Повязку накладывают от периферии к центру. От тонкого к толстому.
- При наложении повязки головка бинта должна находиться в правой руке, полотно – в левой. Головка бинта должна быть открытой, что способствует равномерному раскатыванию бинта.
- Любую повязку начинают с наложения циркулярных туров для закрепления начала бинта.
- Туры бинта накладывают слева направо (по отношению к бинтующему), при этом каждый последующий тур перекрывает предыдущий на 1/2.



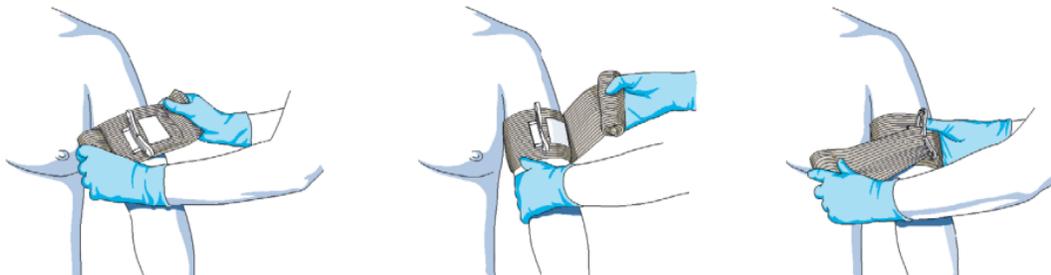
Желтая зона (Зона тактического ухода)

- При наложении повязки на конические участки конечности следует делать перегибы бинта.
- Фиксировать (завязывать) концы бинта не следует на области раны, на сгибаемых и опорных поверхностях.
- Эластические перевязочные биндажи израильского образца показали себя очень хорошо, так как вследствие своей продуманной конструкции и эластического материала хорошо останавливают кровотечение а также интуитивно понятно и быстро накладываются на различные части тела, в том числе на такие традиционно неудобные для бинтования, как голова, область плечевого сустава, грудь и так далее. Также они высокоэффективны в качестве давящих повязок при необходимости остановить кровотечение совместно с гемостатическими средствами.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

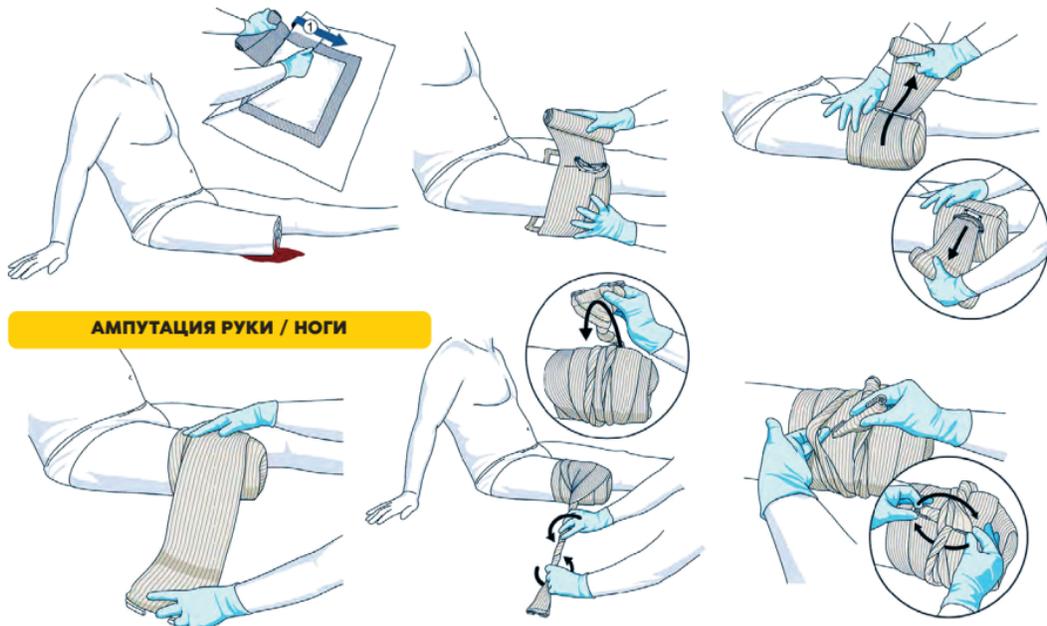
НАЛОЖЕНИЕ БАНДАЖЕЙ НА КОНЕЧНОСТИ



НАЛОЖЕНИЕ БАНДАЖА НА РУКУ / НОГУ



Желтая зона (Зона тактического ухода)



Помни! При наложении повязок на конечности, в случае если цель наложения не компрессия при повреждении магистральных сосудов, необходимо убедиться, что пульс на периферии сохраняется.

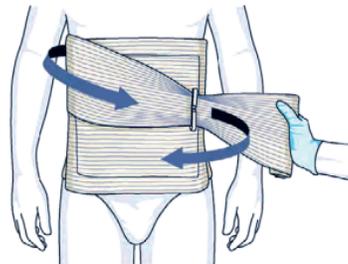
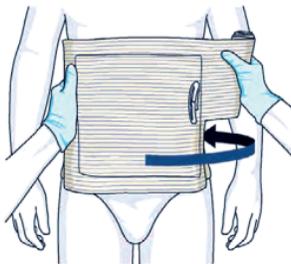
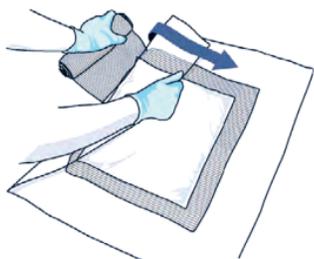
Желтая зона (Зона тактического ухода)

ЭВЕНТРАЦИЯ КИШЕЧНИКА

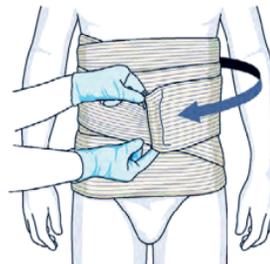
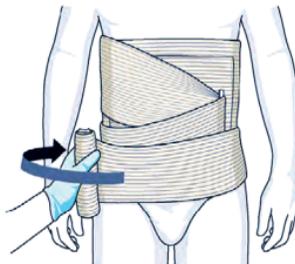
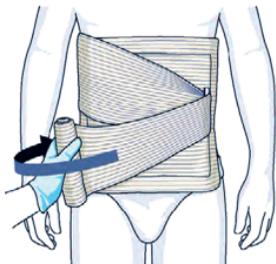
- При ранении в живот с выпадением петель кишечника, полей кишечник изотоническим раствором NaCl 0.9% или водой, изолируйте раневую поверхность любым герметичным материалом (полиэтиленовый пакет, упаковка ППИ, стрэтч-плёнка) и зафиксируйте кишечник, сохраняя его в влажном состоянии повязкой. Лучше обернуть кишечник герметичным материалом (типа целофона) а сверху наложить бинтовую повязку.
- **Запрещено создавать компрессию, пытаться вправить петли кишечника, давать раненому пить. Можно дать раненому бинт, пропитанный водой, чтобы посасывал его.**



Желтая зона (Зона тактического ухода)



НАЛОЖЕНИЕ БАНДАЖА НА АБДОМИНАЛЬНУЮ РАНУ

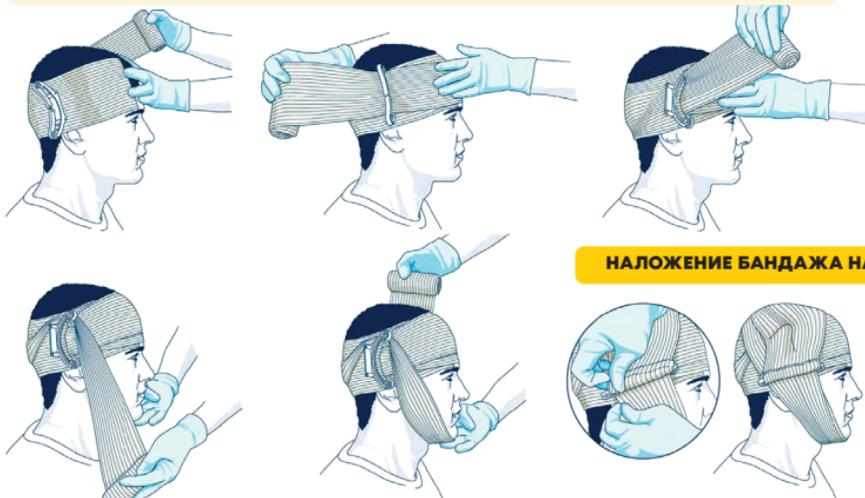


Желтая зона (Зона тактического ухода)

УШИБЛЕННО-РВАННЫЕ РАНЫ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

- При получении бойцом ушибленно-рваной раны головы, необходимо наложить повязку. Перед этим нужно убедиться, что отсутствуют повреждения черепа.

При подозрении на повреждение костей черепа повязка должна накладываться очень бережно, быть укрывающей, без давления.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

ПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИЯХ И ОЖОГАХ ГЛАЗ

РАНЕНИЕ	ОЖОГ	
	ХИМИЧЕСКИЙ	ТЕРМИЧЕСКИЙ
<ul style="list-style-type: none">– Запрещено доставать инородное тело из глаза– Запрещено накладывать давящую повязку– Закапай антибактериальные или комбинированные глазные капли (например, Декса-Гентамицин)	Обильно промой глаза чистой водой	Обильно смажь пострадавшие участки глазной антибактериальной мазью (например, тетрациклиновая 1%)
<ul style="list-style-type: none">– Наложить на пострадавший глаз защитную накладку и закрепить её пластырем или скотчем (в качестве альтернативы использовать ложку, донце пластикового стаканчика, ладонь пострадавшего).– Сделать асептическую повязку на оба глаза с помощью ППИ или бинта.– Ввести обезболивающее шприц-тюбиком из АППИ.– Рекомендуется принять таблетку антибиотика (например, цiproфлоксацин 500 мг, при отсутствии аллергии).– Немедленно эвакуируй пострадавшего в медицинское учреждение.		

**Очки сегодня не надел,
Осколок в глаз твой прилетел.**

**Ношение баллистических очков
спасёт Вас от инвалидности!**



Желтая зона (Зона тактического ухода)

3.5. ПРОХОДИМОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

ЕСЛИ БОЕЦ БЕЗ СОЗНАНИЯ, НЕОБХОДИМО:

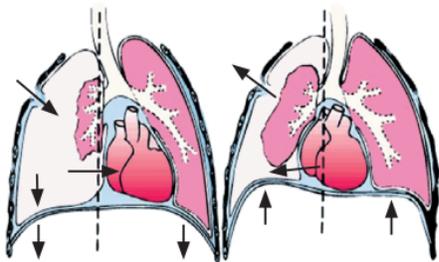
- Запрокинуть голову раненого, чтобы открыть дыхательные пути
- Осмотреть ротовую полость. Очистить ее.

Намотайте на указательный и средний палец несколько туров бинта (желательно в перчатках). Очистите ими ротовую полость от рвотных масс, если они есть, крови и т.д.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

3.6. РАНЕНИЯ ОБЛАСТИ ГРУДИ. ПНЕВМОТОРАКС



ОТКРЫТЫЙ ПНЕВМОТОРАКС

Открытый пневмоторакс характеризуется наличием дефекта в стенке грудной клетки, через который происходит свободное сообщение полости плевры с внешней средой. При вдохе воздух поступает в плевральную полость, а при выдохе выходит через дефект висцеральной плевры. Давление в плевральной полости становится равным атмосферному, что приводит к коллапсу легкого и выключению его из дыхания.

- Осмотри торс на наличие повреждений (спереди и сзади).
- Удалите одежду на месте ранения.
- Прижмите ладонью отверстие раневого канала (не забывай про возможное наличие выходного отверстия).
- Придайте раненому полу сидячее положение.
- Откройте ППИ, используйте прорезиненную оболочку для наложения окклюзионной повязки.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

При открытом пневмотораксе основная задача – перевести его в закрытый.

- Прижмите оболочку внутренней (чёрной) стороной к телу раненого (если есть выходное отверстие, выполни те же самые действия).

Края материала должны выступать на 4-5 см за края раны

- Циркулярным бинтованием, туго зафиксируйте оболочку, создав герметичность.

Подойдет любой материал, не пропускающий воздух

- Раненого, если он в сознании, лучше транспортировать в полу сидячем положении, если есть возможность.

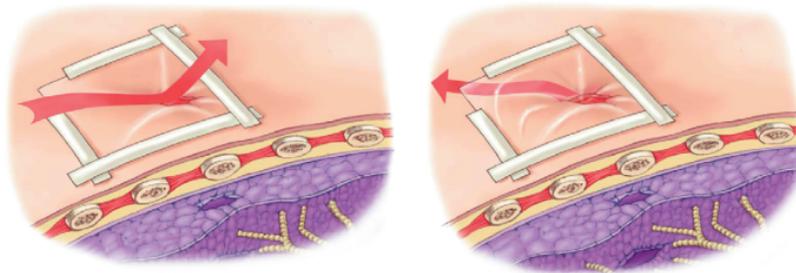


Желтая зона (Зона тактического ухода)

Идеальным вариантом является создание клапана

Возможные варианты:

- Применение готовой наклейки с клапаном, клеится на голое тело, клапан должен находиться над раневым каналом.
- Использование герметичного материала (оболочка ППИ, полиэтилен и т.д.) – его фиксируют лейкопластырем или армированным скотчем на теле раненого с 3 сторон, 4-ю оставить открытой. При вдохе, герметичная оболочка прижимается к раневому каналу, тем самым предотвращая сообщение плевры с окружающей средой. При выдохе, воздух, который находился в плевральной полости выходит через раневой канал.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

Наблюдайте за состоянием раненого:

- При выдохе должен быть характерный звук из-под клапана (хлопающий, свистящий). Его наличие говорит о отсутствии наружного клапанного механизма пневмоторакса. Воздух покидает плевральную полость. Состояние раненого должно улучшаться. Если улучшение не наступает, а признаки дыхательной и сердечной недостаточности нарастают, необходимо залепить 4 сторону, зафиксировать повязкой герметичный пакет.

СОВРЕМЕННЫЕ ОККЛЮЗИОННЫЕ ПЛАСТЫРИ

Значительно упрощают оказание помощи при открытом пневмотораксе.

Главный недостаток подобных изделий – цена.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

ДЕКОМПРЕССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

При признаках напряженного пневмоторакса, в случае если не удалось купировать его стравливанием воздуха через окклюзионную повязку, проводится декомпрессия грудной клетки.

Постановка плевральной иглы – очень опасная манипуляция, чреватая разнообразными осложнениями. По статистике, пневмоторакс развивается примерно у 1% раненых. Вывод: семь раз подумайте, прежде чем её производить.

- Придайте пострадавшему сидячее положение.
- Определите место для введения иглы. Им является 2 межреберье по среднеключичной линии со стороны повреждения.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

- Обработайте место пункции антисептиком.
- Установите иглу напротив верхнего края нижележащего ребра под углом 90° относительно грудной клетки.
- Введи иглу в плевральную полость, проводя её по верхнему краю нижележащего ребра.
- Извлеките иглу через 10 секунд после введения, оставив пластиковый катетер.

ДЕКОМПРЕССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

- Улучшение процесса дыхания. Нормализация ЧДД.
- При выдохе раненого из катетера слышан шипящий звук
- При наличии пульсоксиметра, показатели сатурации (уровня насыщения кислородом) будут расти.

>95% SpO₂ – норма, 90-94% – 1 ст. ДН, 75-89% – 2 ст. ДН, <75% – 3 ст. ДН

ЧСС (частота сердечных сокращений)

должна нормализоваться (норма ЧСС – 60-90)



Желтая зона (Зона тактического ухода)

3.7. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ

- Проверьте наличие дыхательной деятельности:

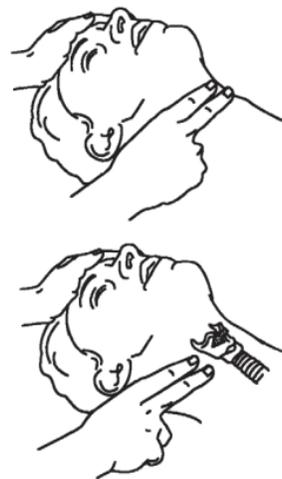
1) слушайте дыхание;

2) поднимается и опускается ли грудная клетка /область живота.

Проверяйте наличие дыхания в течение 10 секунд.

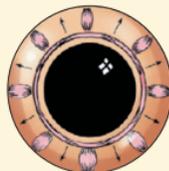
Если дыхание отсутствует:

- Проверьте наличие пульса на сонной артерии.
- Проверьте реакцию зрачков на свет (должен сужаться).

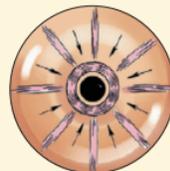


Желтая зона (Зона тактического ухода)

Один из наиболее явных признаков смерти – реакция зрачков на свет.
Зрачок расширенный, не реагирующий на свет.



Расширение (мидриаз)
Работает диллятор
Активирует симпатика



Сужение (миоз)
Работает сфинктер
Активирует парасимпатика

Если все вышеперечисленные показатели отсутствуют, раненый считается погибшим. Сердечно легочная реанимация, как правило, в желтой зоне не проводится из-за отсутствия возможности выполнить манипуляцию качественно и результативно. Так же влияет причина остановки сердечно-легочной деятельности.

Но, если позволяет боевая обстановка,
необходимо бороться за жизнь товарища!

Желтая зона (Зона тактического ухода)

3.8. ИЗОЛЯЦИЯ ОЖОГОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ

При обнаружении ожога необходимо:

- Удалить с ожоговой поверхности одежду. Если она прилипла, не отрывать!
- Охладить ожоговую поверхность.
- Обезболить.
- Изолировать от окружающей среды.
- Перед наложением повязки, обработай раневую поверхность Лиоксазином. Препарат обладает обезболивающим и антибактериальным эффектом. Или наложи смоченную Лидокаином салфетку.

В случае тяжёлых ожогов необходимо также обезболить раненого, произвести инъекцию антиаллергенного препарата (klaritin, tavegil, dimedrol), указать время ожога, его площадь и глубину, и доставить пострадавшего в лечебное учреждение.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

3.9. ТРАНСПОРТНАЯ ИММОБИЛИЗАЦИЯ

После наложения повязки необходимо иммобилизовать
травмированный участок

Иммобилизация конечностей:

Помни, при иммобилизации конечности,
фиксируются **один** сустав выше,
и **все что ниже** локализации травмы!

Самым надежным методом транспортной иммобилизации, является иммобилизация с применением шин.

- Измерьте необходимую длину шины по здоровой конечности, предай ей необходимую форму.
- Во всех точках соприкосновения твердых участков тела с жесткой шиной, уложите прокладки из мягких материалов.

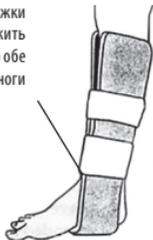
Желтая зона (Зона тактического ухода)

ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ, ШЕИ С ПОМОЩЬЮ ШИН ТИПА SAM SPLINT



Аккуратно оберните вокруг шеи и согните выступ, придавая шине прочности

При травмах лодыжки шину следует наложить через стопу по обе стороны ноги



Согните шину в виде змейки для поддержки плеча



Для поддержки запястья или предплечья шину следует накладывать вокруг лотя



Сворачивание в форме буквы «Т» значительно повышает прочность

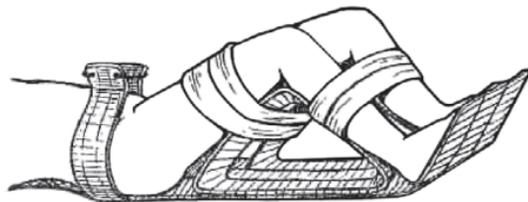
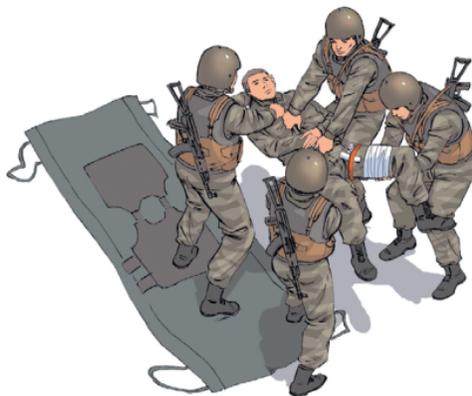
При тяжелых ранениях можно использовать сразу две шины, по одной с каждой стороны конечности для большей крепости фиксации

Желтая зона (Зона тактического ухода)

ИММОБИЛИЗАЦИЯ ТАЗА

Иммобилизация заключается в укладывании раненого на носилки с деревянным или фанерным щитом в положении на спине. Либо используй мягкие носилки с разложенным на них СИБЗ раненого.

- Щит накрой любым мягким изолирующим материалом (лучше одеяло).
- Подложи ватно-марлевые прокладки под заднюю поверхность таза для предупреждения образования пролежней.



Желтая зона (Зона тактического ухода)

- На область таза широкими бинтами, косынкой наложи тугую повязку.
- Ноги раненого полусогнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены.
- Под колени подложи скатку спальника, вещевой мешок, подушки, одеяла и т.д., создавая так называемое положение лягушки.
- Зафиксируй раненого к носилкам.



Также можно произвести иммобилизацию таза с помощью:

- Санитарных косынок
- Стрэтч-плёнки
- Шины Sam Splint с турникетом
- Коврика-каримата с армированным скотчем
- Пяточечников с эластическим биндажом
- Спасательного одеяла с закруткой (шомпол)
- Боевого пояса
- Куска стенного сайдинга
- Туристического коврика



Желтая зона (Зона тактического ухода)

3.10. ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПРИ КОНТУЗИЯХ

В случае, если контузия не сопровождается расстройствами дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности, все наши манипуляции должны сводиться к предотвращению отёка головного мозга и вызванного им дальнейшего ухудшения состояния.

Варианты действий:

- 1 Внутримышечно 5 мл магния сульфат.
- 2 Внутримышечно 2 мл фуросемид (или лазикс).
- 3 Перорально, лучше под язык: препараты понижающие давление (капотен, каптопресс) и мочегонные (лазикс, фуросемид).
- 4 Местно холод на голову (приложить снег, укутать голову смоченной водой санитарной косынкой).
- 5 При тошноте – Метоклопрамид, Ондансетрон.

При контузиях пострадавшие нередко агрессивны, недостаточно адекватны, поэтому крайне важно изъять у них оружие и средства взрывания, при этом не провоцируя их на агрессию.

Получение новых контузий неизбежно при дальнейшем нахождении контуженных на поле боя, поэтому необходимо по возможности быстрее обеспечить их эвакуацию в тыл, на время эвакуации желательно минимизировать риск получения ими дополнительных контузий, надев на них наушники или как минимум – закрыв слуховые проходы свёрнутыми бинтами.

Желтая зона (Зона тактического ухода)

3.11. ЭВАКУАЦИЯ РАНЕНОГО В ЗЕЛЕНУЮ ЗОНУ

Правила переноса раненого на носилках с работающей системой капельного вливания растворов



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

Правило второе. Нельзя опускать пакет с раствором ниже уровня руки раненого.

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

Правила переноса на носилках раненого с повреждениями грудной клетки



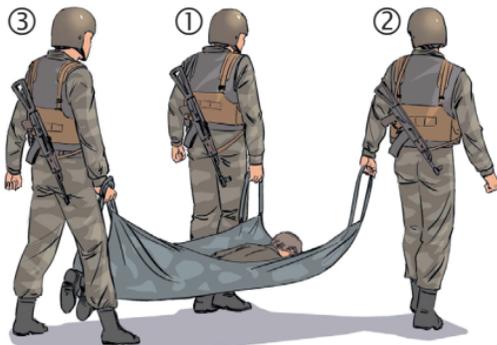
Правило первое. Переносить раненого на носилках можно только в положении полусидя.

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

Пояснение: При ранении грудной клетки раненому легче дышать в положении сидя.

Желтая зона (Зона тактического ухода)

Правила транспортировки раненого в состоянии комы



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

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

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

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

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

Правила транспортировки раненого с угрозой повторной остановки сердца



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

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

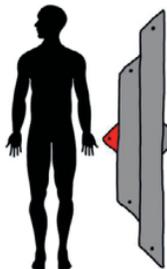
Третий номер. Несет носилки в ногах, взяв в одну руку две ручки, и готов в любой момент приступить к ведению огневого прикрития.

Четвертый номер. Продолжает обеспечивать огневое прикрытие.

Желтая зона (Зона тактического ухода)

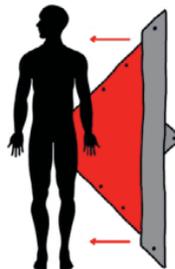
Использование плащ-палатки в качестве средства эвакуации

1



Положить палатку ближе к раненому, ее конец должен быть напротив поясницы (центра тяжести)

2



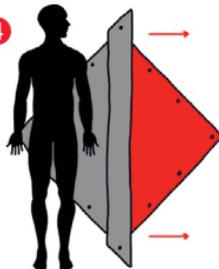
Развернуть конец палатки и подложить под раненого

3



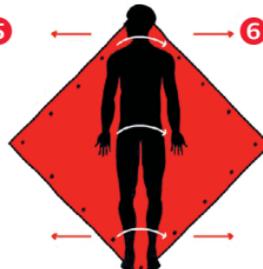
Перевернуть раненого, взяв за поясницу, положив его на расправленный конец палатки

4



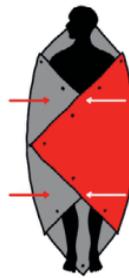
Развернуть второй конец палатки

5



Перевернуть раненого второй раз, расправить под ним оба конца палатки

6



Завернуть раненого в палатку

Желтая зона (Зона тактического ухода)

- На этапе эвакуации и перед ее началом, крайне важно еще раз провести полный осмотр раненого, чтобы исключить возможные жизнеугрожающие состояния!
- Если раненый в сознании, поддерживайте с ним зрительный и голосовой контакт. Убедите его в благополучном исходе.
- Постоянно контролируйте состояние раненого.
- По возможности, как можно быстрее доставьте раненого в **зеленую зону**.

Зеленая зона (Зона подготовки к эвакуации)

Второе название – «**зона тактической эвакуации**»

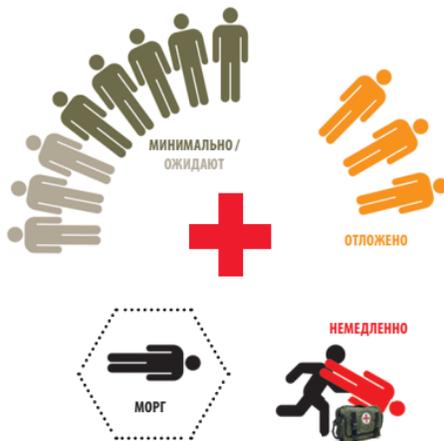
Зона тактической эвакуации обычно располагается в точке, куда может прибыть специализированный транспорт для эвакуации раненых в ближайшее стационарное лечебное заведение, военное или гражданское. Чаще всего она находится на уровне тыловых служб и командования отряда (роты, реже батальона). При наличии защищённого укрытия если раненых много – удобнее всего размещать раненых веером, головы к центру, в центре – медик. На ПМП раненые укладываются рядами, с проходом в головах.

Напоминаем, что зона тактической эвакуации отнюдь не является безопасной: то, что вы не видите противника в данный момент не означает, что противник не видит вас, с помощью БПЛА или иных систем обнаружения. При этом групповые цели являются приоритетной мишенью. Следовательно, места скопления раненых для их подготовки к дальнейшей эвакуации необходимо тщательнейшим образом маскировать, а ещё лучше – размещать их в защищённых от поражения местах.

Зеленая зона (Зона подготовки к эвакуации)

Порядок помощи раненым при их большом количестве:

- 1 В первую очередь – всех раненых без сознания проверить на живот.
- 2 Оказывается минимальный объём помощи тем тяжёлым раненым, состояние которых продолжает ухудшаться. Задача – не допустить дальнейшего ухудшения состояния.
- 3 Оказывается помощь легко раненым и при необходимости они привлекаются в качестве помощников для помощи остальным раненым.
- 4 Совместно с ними оказывается помощь раненым средней тяжести и тем тяжёлым раненым, которым была оказана минимальная помощь и которые нуждаются в дополнительных манипуляциях.



Зеленая зона (Зона подготовки к эвакуации)

Действия в данной зоне:

- 1 Проверка всех проведенных на предыдущих этапах манипуляций, исправление выявленных при этом ошибок и недоработок.
- 2 Дальнейшая стабилизация состояния раненых и подготовка их к эвакуации. При необходимости она включает:
 - Смену повязок и обработку ран, ожогов, иных повреждений.
 - Более тщательную иммобилизацию повреждённых конечностей.
 - Профилактику инфекционных осложнений (введение антибиотиков).
 - Профилактику гипотермии.
 - Инфузионную терапию.
 - Сердечно-легочную реанимацию и другие мероприятия, нацеленные на полную стабилизацию раненых перед эвакуацией в стационарное лечебное учреждение.

Зеленая зона (Зона подготовки к эвакуации)

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Профилактику развития инфекционных заболеваний допускается проводить одним из способов:

- 1 При наличии сознания и отсутствии поврежденной желудочно-кишечного тракта (в т.ч. способность глотать) – однократно 400 мг **моксифлоксацин**.
- 2 При отсутствии сознания и неспособности глотать – **цефтриаксон** 1 г. внутримышечно 1-2 раза в день или **цефазолин** 1 г. внутримышечно 1-2 раза в день.



Зеленая зона (Зона подготовки к эвакуации)

ПРОФИЛАКТИКА ГИПОТЕРМИИ

При кровопотере и развитии шока, нарушается терморегуляция. **Перед началом транспортировки раненого в зеленую зону необходимо укутать его в спасательное одеяло. Либо использовать любой доступный, сухой материал для тех же действий.**

- Освободите раненого от мокрой одежды, замените на сухую по возможности
- На землю положить носилки, на них – туристический коврик-каремат.
- На каремат «ромбом» кладут спасательное одеяло, на него – раненого, по диагонали.
- На спасательное одеяло уложить спальный мешок, одеяло, или иные тёплые сухие вещи, в которые будем заворачивать раненого.



Зеленая зона (Зона подготовки к эвакуации)

- Оберните одеяло вокруг раненого так, чтобы лицо оставалось открытым, но голова была укутана, и щелей в одеяле не было. Для этого целесообразно использовать армированный скотч или верёвку (обвязать завернутого в одеяло раненого).
- Контролируйте состояние раненого.
- Обеспечьте дальнейшую эвакуацию раненого.

При оказании помощи в холодное время года (помощь при переохлаждении), после того как уложил раненого на одеяло, **используй грелки**, уложи грелки в области солнечного сплетения и подмышечных впадин.

Не применяй грелки на открытых участках тела (возможен ожог)



Зеленая зона (Зона подготовки к эвакуации)

ВОСПОЛНЕНИЕ ОЦК

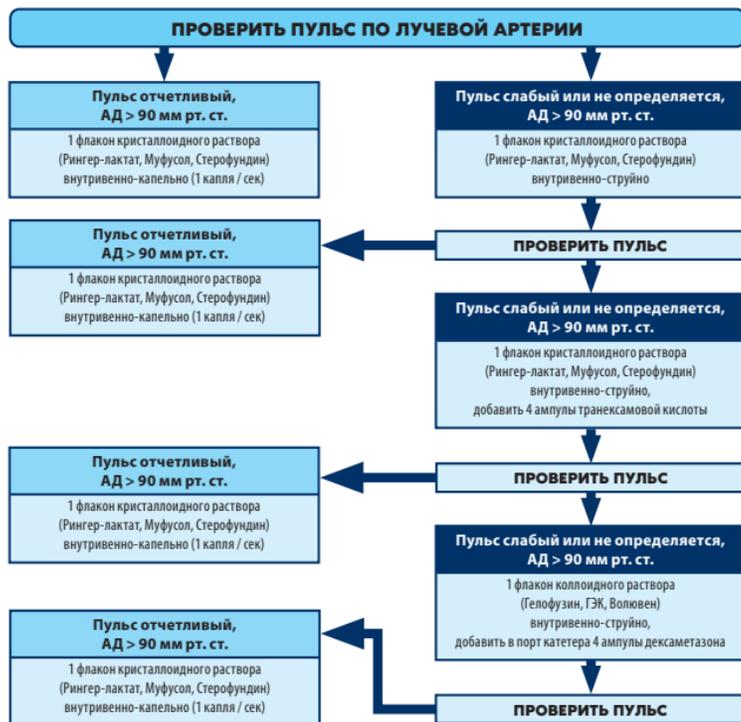
Предпочтительными являются

многокомпонентные кристаллоидные растворы:

Стерофундин, Рингера, Рингер-Лактат.

коллоидные растворы:

Волювен, Гелофузин, ГЭК



Зеленая зона (Зона подготовки к эвакуации)

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ДОСТУПА

Монтаж одноразовой системы для переливания плазмозамещающих растворов



1 Закрепить пакет с раствором с помощью карабина, пуговицы или булавки



2 Снять жесткую крышку и обработать резиновую пробку спиртовой салфеткой



3 Вскрыть упаковку одноразовой системы капельного введения растворов



4 Проткнуть перфоратором резиновую пробку пакета с раствором



5 Максимально открыть колесико регулятора и заполнить систему раствором до полного вытеснения пузырьков воздуха из системы. После удаления пузырьков закрыть капленицу



НЕДОПУСТИМО!
Внутривенное введение раствора при наличии пузырьков воздуха в системе

Техника внутривенного капельного вливания растворов



1 Перед введением иглы (если используется не катетер) необходимо иммобилизовать локтевой сустав. Наложить жгут на плечо. Обработать место инъекции спиртовой салфеткой



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

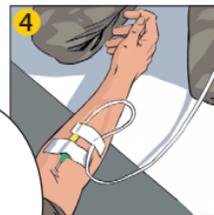


3 Распустить жгут. Подсоединить к игле канюлю капельной системы



5 Отрегулировать колесиком скорость капельного введения раствора до 40-60 капель в минуту

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



4 Прикрепить канюлю иглы, узел для дополнительных инъекций и трубочку капельной системы к коже лейкопластырем

Зеленая зона (Зона подготовки к эвакуации)

ГЕМОСТАТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

При подозрениях на внутреннее кровотечение – внутривенное введение **транексамовой** или **аминокапроновой кислоты**.

Необходимо учитывать следующие *недостатки* инфузионной терапии:

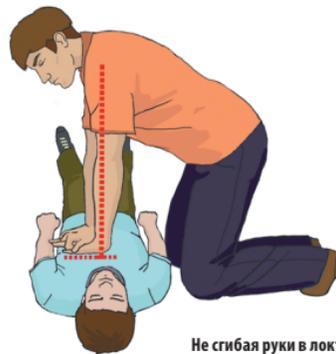
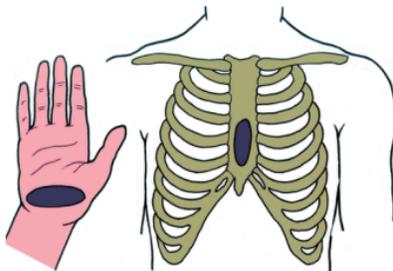
- 1 Требуется заметный запас растворов для переливания на каждого тяжело раненого, переноска их в полевых условиях вызывает существенные сложности.
- 2 Большинство растворов, при этом, мало компенсируют кровопотерю: через короткое время они лишь переходят в ткани, увеличивая отёк.
- 3 Зимой (и большей частью осени и весны) температура растворов слишком низкая, летом – может быть повышенной. И то и другое губительно для тяжело раненых.
- 4 Даже у хорошо тренированных людей постановка капельницы занимает не так мало времени, в особенности – в условиях сильной кровопотери, когда вены «спадаются». А у тяжелораненых это – распространённая ситуация.
- 5 Необходим контроль давления. Переливание слишком большого количества растворов может вызвать возобновление внутреннего кровотечения и другие осложнения.

Вывод: лучшая трансфузионная терапия – максимально ранняя остановка кровотечения путём само- и взаимопомощи. В полевых условиях предотвратить кровопотерю гораздо проще, чем потом пытаться её компенсировать.

Зеленая зона (Зона подготовки к эвакуации)

АЛГОРИТМ СЛР

- Убедитесь в отсутствии дыхания и сердечной деятельности.
- Освободите туловище раненого от средств бронезащиты.
- Раненый должен лежать на твердой поверхности.
- Запрокиньте голову, под шею желательно положить валик 10-15 см высотой (часть одежды).
- Установите нижнюю треть ладони одной руки, на 2 пальца выше мечевидного отростка. Второй рукой, взяв в замок нижнюю ладонь, начни проводить не прямой массаж сердца.
- Частота нажатий на грудную клетку 1.5–2 в секунду. Глубина 5–6 см. Количество: 30/2 где 2 – это количество вдохов.



Не сгибая руки в локтях!

Зеленая зона (Зона подготовки к эвакуации)

- После 30 компрессий, проведи искусственную вентиляцию легких из-за рта в рот (либо применив мешок АМБУ).



Если раненый в сознании, позвольте ему принять любое, удобное для него положение.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....