

**КОСТАНАЙСКАЯ АКАДЕМИЯ
МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
ИМЕНИ ШРАКБЕКА КАБЫЛБАЕВА**

М.Б. Каршалов, В.Ю. Костяев

ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ

Методические рекомендации

Костанай, 2024

УДК 614.88
ББК 51.1
М 54

Рекомендовано Ученым советом Костанайской академии МВД
Республики Казахстан имени Шракбека Кабылбаева

Рецензенты:

и.о. руководителя отдела дополнительного образования КВМК, врач общей практики **Исенова Д.Ж.**,
доцент кафедры профессиональной психологической подготовки и управления ОВД,
кандидат педагогических наук **Симонов С.В.**

М.Б. Каршалов, В.Ю. Костяев.

М 54 Оказание доврачебной медицинской помощи пострадавшим: методические рекомендации / сост. М.Б. Каршалов,
В.Ю. Костяев. – Костанай: Костанайская академия МВД Республики Казахстан им. Ш. Кабылбаева, 2024.–53 с.

ISBN 978-601-367-016-4

Методические рекомендации «Оказание доврачебной медицинской помощи пострадавшим» для обучения в специальных, высших учебных заведениях МВД Республики Казахстан, а также при проведении занятий в системе профессиональной и служебной подготовки сотрудников ОВД. Целью данных методических рекомендации является улучшение качества подготовки оказания первой медицинской помощи сотрудниками ОВД. Уметь оказывать первую помощь, быть более уверенными в своих действиях, что повышает их профессиональную компетентность.

УДК 614.88
ББК 51.1

ISBN 978-601-367-016-4

© Каршалов М.Б., Костяев В.Ю., 2024

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Раздел № 1. Огнестрельное ранение	6
1.1 Понятие. Основные виды ранений	6
1.2 Виды кровотечений.	8
Раздел № 2. Анализ типичных ситуаций, которые приводят к безвозвратным потерям из-за бездействия или безграмотности личного состава сотрудников	10
2.1 Варианты действий при различных ранениях.	10
2.2 Оказание первой помощи в секторе обстрела.	11
2.3 Оказание первой помощи в укрытии.	12
Раздел № 3. Тактика действий в секторе обстрела.....	13
3.1 Два основополагающих правила оказания первой медицинской помощи в зоне огневого контакта.....	13
3.2 Тактика действий в секторе обстрела, когда раненый не подает признаков жизни	15
3.3 Правила поворота раненого на живот с последующим оставлением его на месте до окончания боя.....	17
3.4 Правила поворота раненого на живот для транспортировки в укрытие.....	18
3.5 Расположение оружия во время транспортировки раненого в укрытие.	20
3.6 Варианты проведения заградительного огня во время транспортировки раненого.	21
3.7 Правила быстрого втаскивания раненого спасающего в укрытие.	22
3.8 Распределение задач при оказании первой помощи раненому в укрытии.	23
3.9 Тактика действий в укрытии, в зависимости от трех ситуаций состояния раненого, неподающего признаков жизни. .	25
3.10 Действия в случае, когда нет сознания и нет пульса на сонной артерии (клиническая смерть).....	26
3.11 Правила проведения непрямого массажа сердца.	28
3.12 Правила транспортировки раненого с угрозой повторной остановки сердца.....	31
3.13 Действия в случае, когда нет сознания, но есть пульс на сонной артерии (состояние комы).....	32
3.14 Правила транспортировки раненого в состоянии комы.	34
3.15 Тактика действий в секторе обстрела, когда возле головы и туловища раненого видна лужа крови.	35
3.16 Правила наложения жгута на шею в секторе обстрела.....	36

3.17	Согласование действий в укрытии во время осмотра пострадавшего с ранением шеи.	38
3.18	Правила оказания помощи в случае ранения головы.....	39
3.19	Действия в случае обнаружения входного пулевого отверстия на передней поверхности грудной клетки.....	40
3.20	Правила переноса на носилках раненого с повреждениями грудной клетки.....	42
3.21	Правила оказания первой помощи раненому с обильным кровотечением из раны руки.	43
3.22	Правила контроля правильности наложения жгута в укрытии.....	44
3.23	Правила наложения жгута на плечо в условиях укрытия.....	45
3.24	Тактика действий в секторе обстрела если возле ног и туловища, которого видна кровь.	46
3.25	Правила наложения жгута на бедро в секторе обстрела.....	47
3.26	Оказание первой медицинской помощи бойцу с ранением бедренной артерии во временном укрытии.	49
3.27	Правила переноса на носилки раненого с подозрением на повреждение бедренных костей и костей таза.	50
	Заключение.....	51
	Список литературы.....	52

ВВЕДЕНИЕ

В соответствии с законом Республики Казахстан от 23 апреля 2014 года «Об органах внутренних дел» неизменным остается назначение органов внутренних дел и основные обязанности сотрудников полиции. «Органы внутренних дел предназначены для защиты жизни, здоровья, прав и свобод человека и гражданина, интересов общества и государства от противоправных посягательств, охраны общественного порядка и обеспечения общественной безопасности. (ст.1 гл. 1 «Общие положения» закона Республики Казахстан от 23 апреля 2014 года «Об органах внутренних дел»). В перечне обязанностей сотрудников полиции оказание первой помощи также является приоритетной – п.п.3 п.1 ст.6 «Полномочия органов внутренних дел», где на сотрудника возлагаются обязанности –«оказывать помощь физическим лицам, пострадавшим от противоправных посягательств, происшествий и несчастных случаев, а также находящимся в беспомощном либо ином состоянии, опасном для их жизни и здоровья».

В работе предоставлен перечень состояний, при которых оказывается первая помощь, при огнестрельных ранениях. А также для тактики действий при эвакуации раненых и оказания первой медицинской доврачебной помощи в боевых условиях.

В ходе своей работы сотрудники ОВД могут столкнуться с различными ситуациями, которые требуют немедленного оказания помощи, что позволит быстро и эффективно реагировать на такие ситуации и спасти жизни. Также, обучение первой помощи помогает полицейским быть более уверенными в своих действиях и повышает их профессиональную компетентность.

Основная задача работы привить навыки оказанию первой медицинской помощи будущим сотрудникам ОВД состоит в том, чтобы дать им необходимые знания и навыки для оказания немедленной помощи лицам, которые могут быть ранеными или находятся в беспомощном либо ином состоянии, опасном для их жизни и здоровья. Эта работа имеет важное значение, поскольку сотрудники ОВД часто первыми реагируют на чрезвычайные ситуации, и им может потребоваться оказать неотложную помощь до того, как медицинские работники придут на место происшествия.

РАЗДЕЛ № 1. ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ РАНЕНИЕ

1.1 Понятие. Основные виды ранений.

Огнестрельное ранение - результат воздействия поражающих факторов огнестрельного оружия (осколки, картечь, шрапнель, пули, дробь). Оно существенно отличается от всех других видов ранений по структуре, характеру местных и общих изменений, течению процессов заживления.



По характеру повреждения раны бывают:

- **поверхностные** повреждаются кожа и слизистая оболочка;
- **глубокие** повреждение сосудов, нервов, костей;
- **проникающие** в брюшную полость, грудную клетку, череп.

В зависимости от того, каким предметом (оружием) нанесено ранение, различают следующие виды ран:

- **колотые** нанесены колющим предметом - ножом, штыком, шилом, иглой (игольчатые бомбы). Раневой канал узкий, кровотечение незначительное. Особенно опасны, так как диагностировать глубину ранения в полевых условиях невозможно. Могут быть проникающие ранения и ранения внутренних органов, перитонит, пневмоторакс;

- **резаные** наносятся острым режущим предметом, имеют ровные края, большое зияние и глубину;
- **рубленые** возникают при нанесении острым тяжелым предметом (топор, шашка), обширные и, как правило, с повреждением костей;
- **ушибленные** возникают при воздействии тупым предметом (камень, палка, молоток). Края раны неровные, разможенные, пропитанные кровью. Ушибленные раны легко инфицируются;
- **скальпированные** бывают только на голове;
- **огнестрельные** являются следствием повреждения тела снарядом из огнестрельного оружия. Эти раны подразделяют, с одной стороны, на сквозные, слепые и касательные, с другой - на пулевые, осколочные, ранения дробью и минно-взрывные травмы.

Огнестрельные ранения часто бывают:

- **множественные огнестрельные** ранения - это ранения нескольких анатомических областей;
- **сочетанные повреждения** это когда имеются пулевое ранение и ожог, или повреждения, вызванные применением оружия массового поражения, или минно-взрывная травма. Особо выделяют комбинированное повреждение, когда снаряд проходит через ряд органов и полостей и вызывает нарушение функций нескольких органов.

Любая рана характеризуется болью, зиянием и кровотечением.



1.2 Виды кровотечений.

Артериальное



Кровь ярко-красного цвета.
Изливается пульсирующей струей

Венозное



Кровь темно-красного цвета.
Изливается медленной струей

Капиллярное



- **артериальное кровотечение** - кровь поврежденной артерии бьет струей (пульсирует) и имеет ярко-красный (алый) цвет. Такое кровотечение наиболее опасно, так как находящаяся под давлением кровь вытекает из артерии довольно быстро. В этих случаях раненый в течение нескольких минут может потерять большое количество крови;

- **венозное кровотечение** - наблюдается при большинстве ранений и характеризуется непрерывным слабым вытеканием струи кровитемно-красного цвета. Это кровотечение менее опасно для раненого, хотя оно может быть довольно обильным. Большая потеря крови при венозном кровотечении наблюдается только при ранении крупных вен;

- **капиллярное кровотечение** - кровь сочится из раны, как из губки, каплями. При этом кровоточит вся рана. Такое кровотечение останавливается обычно самостоятельно или после наложения небольшой повязки и проходит без опасных последствий;

- **паренхиматозным** называется кровотечение из поврежденных внутренних органов - печени, почек, селезенки. При этом если кровотечение происходит через рану в кожных покровах наружу, его называют наружным;

- **внутреннее кровотечение** - кровь вытекает из сосуда в ткани, органы или полость тела, характеризуется следующими признаками: бледность кожных покровов, холодный пот, жажда, зевота, частый и слабый пульс.

Кровотечение является самым опасным осложнением ранения. Небольшие кровопотери восстанавливаются организмом относительно быстро. Острая кровопотеря является смертельной, если раненый теряет 2 - 2,5 л крови.

Всякая рана, кроме нанесенной хирургом при операции, всегда загрязняется микробами уже в момент ранения. Если не была оказана первая помощь, то загрязнение продолжается и в дальнейшем.

Однако только внедрение очень большого количества микробов вызывает инфекционное раневое осложнение. При меньшей степени загрязнения раневая инфекция развивается главным образом тогда, когда ее возбудители находят в

ране обильное питание и могут быстро размножаться.

Условия, способствующие развитию микробов в ране: нарушение оттока содержимого из раны, плохое кровоснабжение, наличие кровяных сгустков, наличие нежизнеспособных, отмирающих тканей, ослабление организма.

Наименее подвержены инфекции резаные, колотые и рубленые раны.

Признаки воспаления в ране: припухлость, покраснение, боль, нарушение функции органа.

Осложнения инфицированных ран: флегмоны, сепсис, столбняк, газовая гангрена.¹

Если уже с первых секунд раненому будет оказан необходимый минимум помощи, который позволит ему дожить до поступления в лечебное учреждение, то можно рассчитывать на значительное снижение потерь личного состава.

¹ Об утверждении Правил оказания первой помощи лицами без медицинского образования, в том числе прошедшими соответствующую подготовку и Стандарта оказания первой помощи: Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-269/2020 Гл.2 п.7.

РАЗДЕЛ № 2. АНАЛИЗ ТИПИЧНЫХ СИТУАЦИЙ, КОТОРЫЕ ПРИВОДЯТ К БЕЗВОЗВРАТНЫМ ПОТЕРЯМ ИЗ-ЗА БЕЗДЕЙСТВИЯ ИЛИ БЕЗГРАМОТНОСТИ ЛИЧНОГО СОСТАВА СОТРУДНИКОВ

2.1 Варианты действий при различных ранениях.

Варианты действий при различных ранениях:

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

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

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

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

Вид помощи: только взаимопомощь.

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

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

Время исполнения: не более 5 секунд.

Варианты исполнения: в положении лежа или сидя.

Вид помощи: самопомощь или взаимопомощь.

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

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

Время исполнения: не более 15-20 секунд.

Варианты исполнения: в положении лежа или сидя.

Вид помощи: взаимопомощь, возможна самопомощь.

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

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

Время исполнения: не более 5 секунд.

Варианты исполнения: в положении лежа или сидя.

Вид помощи: взаимопомощь, возможна самопомощь.

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

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

Время эффективного использования прекардиального удара не превышает 3!4 минут.

Действия: произвести удар кулаком по средней трети грудины.

Время исполнения: не более 3 секунд.

Варианты исполнения: в положении лежа или сидя.

Вид помощи: только взаимопомощь.

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

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

Время исполнения: не более 20 секунд.

Варианты исполнения: в положении лежа или сидя.

Вид помощи: взаимопомощь, возможна самопомощь.

2.2 Оказание первой помощи в секторе обстрела.

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

в этой ситуации подготовка личного состава требует жесткого выполнения алгоритма навыков оказания первой помощи с соблюдением собственной безопасности и четкого выполнения норматива времени до одной секунды. Как показывает опыт занятий с лучшими спецподразделениями МВД, требуется не менее 15-20 попыток выполнения каждой манипуляции для доведения навыков ее исполнения до уровня профессионального автоматизма, когда сотрудник не теряя времени на осмысление техники выполнения той или иной манипуляции, решает вопрос наиболее рациональных действий с учетом поставленной боевой задачи. В данных рекомендациях уделяется большое внимание вопросам оценки состояния раненого на расстоянии и предварительного выбора тактики рациональных действий при оказании первой помощи, нормативы выполнения которых в секторе обстрела не должны превышать 20-ти секунд.

2.3 Оказание первой помощи в укрытии.

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

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

Практические занятия с использованием данных рекомендации следует проводить в условиях, максимально приближенных к боевым действиям под контролем секундомера.

В оценке зачета учитывается не только время выполнения задания, но и сумма штрафных минут, начисленных за допущенные погрешности, согласно технологическим картам аттестации².

²Атлас первой помощи в условиях проведения антитеррористических операций: Учебно-практическое пособие / В.Г.Бубнов, Н.В. Каташинский. – М.: ООО «Гало Бубнов», 2009. – С. 6.

РАЗДЕЛ № 3. ТАКТИКА ДЕЙСТВИЙ В СЕКТОРЕ ОБСТРЕЛА

3.1 Два основополагающих правила оказания первой медицинской помощи в зоне огневого контакта.

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

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

Пояснение

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

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



Пояснение

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



Пояснение

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



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

4



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

Первый вариант состояния раненого – клиническая смерть. Увидеть признаки клинической смерти можно только в укрытии.

Нанести прекардиальный удар и проводить сердечно – легочную реанимацию, можно только после освобождения раненого от бронежилета

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

Второй вариант состояния раненого – он жив.

Ура не ногонет сознания, но есть пульс на сонной артерии (кома). В положении на спине он в любую секунду может погибнуть: удавиться языком или захлебнуться рвотными массами. Раненого в условиях боя может спасти только поворот на живот. Этот минимальный объем помощи можно выполнить в секторе обстрела.

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

Третий вариант состояния раненого – он мертв

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

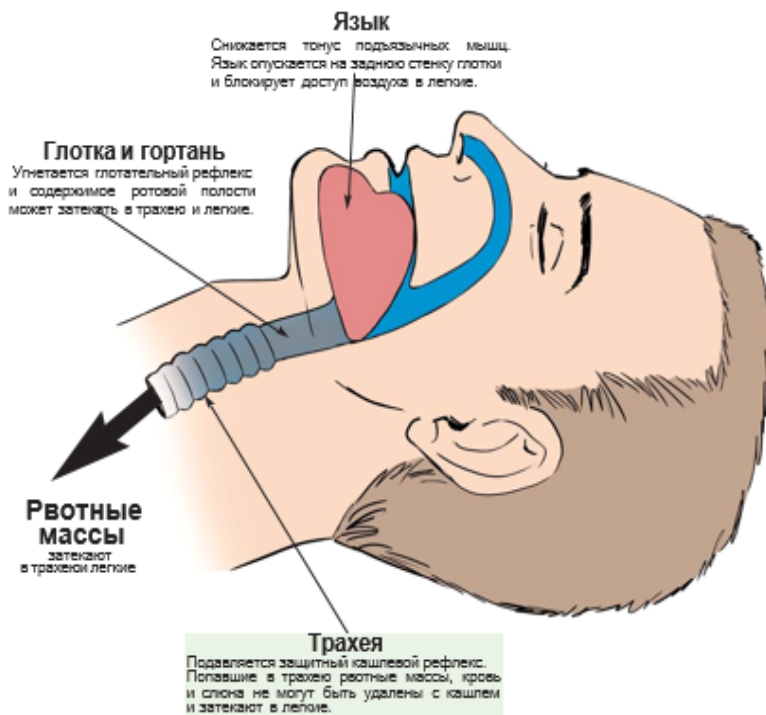
Действия: Повернуть на живот и оставить до окончания боя или транспортировать в укрытие в положении «лежа на животе».

Пояснение

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

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

Развитие комы обязательно сопровождается рвотой, угнетением глотательного и кашлевого рефлексов. Лежащий на спине раненый обязательно захлебнется рвотными массами.

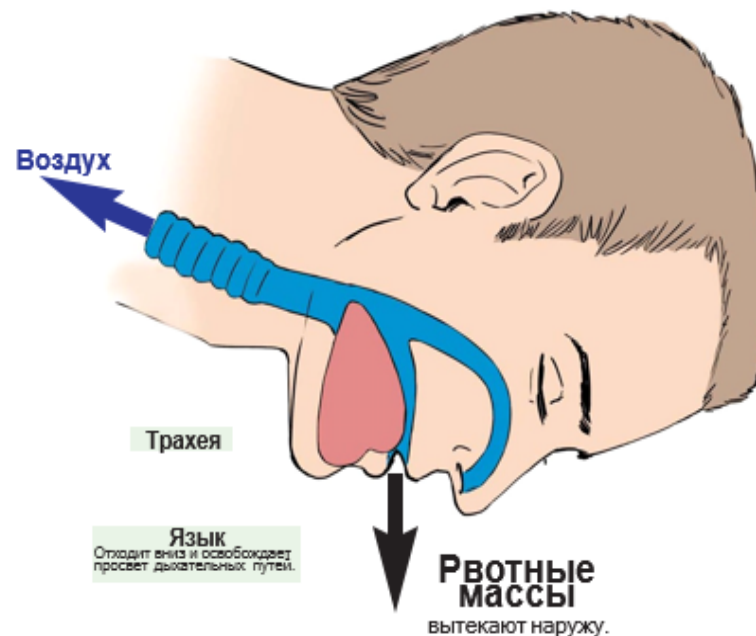


Внимание!

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

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

У раненого, лежащего на животе, происходит самопроизвольное очищение дыхательных путей!



Внимание!

Раненые в состоянии комы должны дожидаться оказания квалифицированной медицинской помощи или транспортироваться с поля боя в положении «лежа на животе».

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

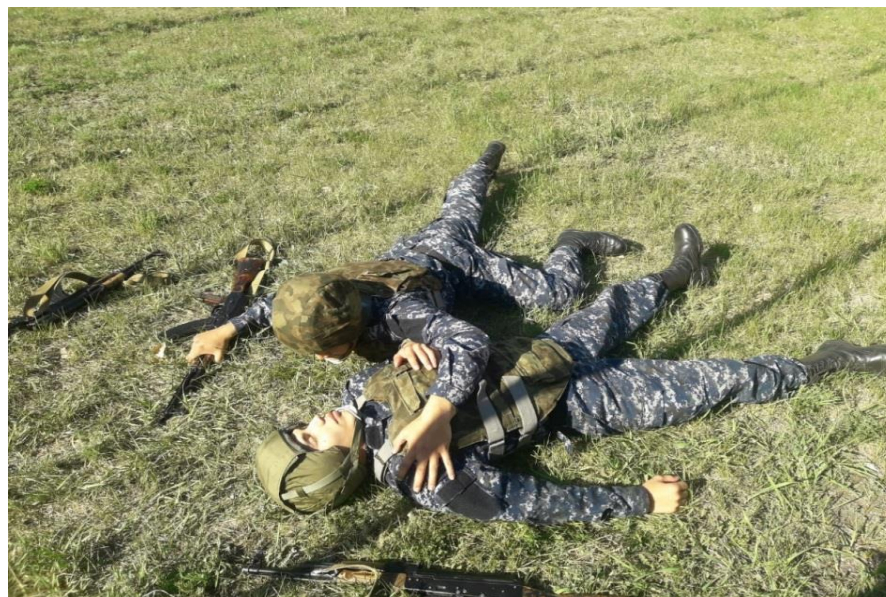
1. Завести руку раненого за его голову.



Пояснение

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

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



Норматив

Время поворота раненого на живот не должно превышать 5 секунд

3.4 Правила поворота раненого на живот для транспортировки в укрытие.

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



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



Пояснение

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

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



Пояснение

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

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



Норматив

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

3.5 Расположение оружия во время транспортировки раненого в укрытие.

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



Пояснение

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

Правила транспортировки раненого в укрытие

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

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

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

Норматив

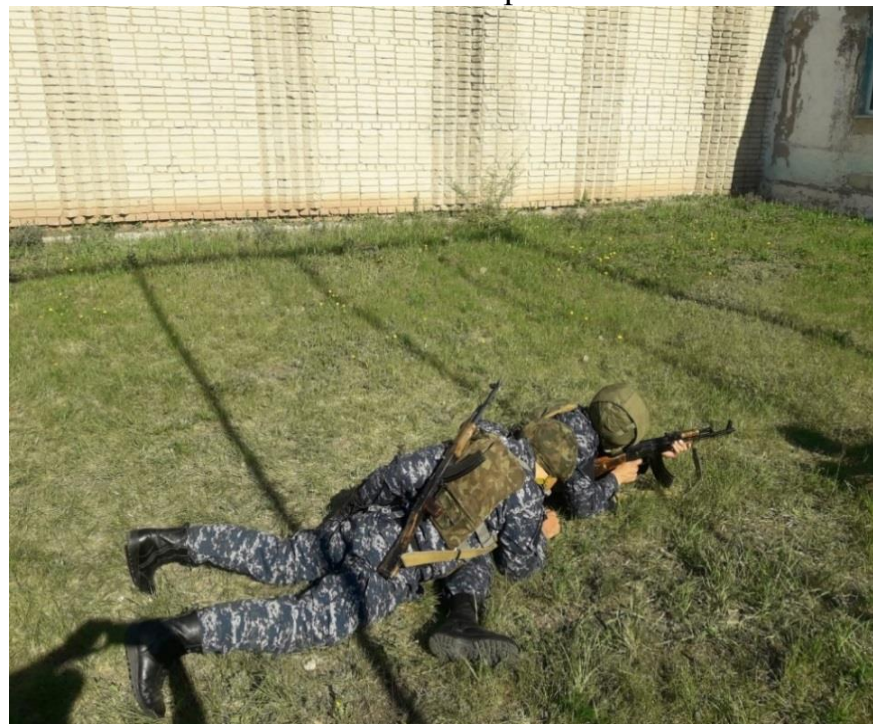
Скорость перемещения с раненым должна быть не менее 1 метра в секунду.

3.6 Варианты проведения заградительного огня во время транспортировки раненого.

1 вариант



2 вариант



Пояснение

Такой способ транспортировки раненого позволяет контролировать состояние раненного и ситуацию³.

³Атлас первой помощи в условиях проведения антитеррористических операций: учебно-практическое пособие. / В.Г. Бубнов, Н.В. Каташинский. М.: ООО «Гало Бубнов», 2009. - С. 19.

3.7 Правила быстрого втаскивания раненногои спасающего в укрытие.

1. Сотрудник, доставивший раненного к укрытию, подхватывается за лямки разгрузочного жилета и резко втаскивается вместе с раненым в укрытие.

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

Пояснение

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



3.8 Распределение задач при оказании первой помощи раненому в укрытии.



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

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

Третий номер. После транспортировки раненного в укрытие помогает снять разгрузочный жилет и затем бронежилет. Расстегивает поясной ремень. Во время проведения реанимации приподнимает ноги раненого. При транспортировке к санитарному транспорту несет ножной конец носилок.

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

Согласование действий в подготовке раненого к осмотру



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

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

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

Согласование действий во время осмотра раненого в укрытии



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

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

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

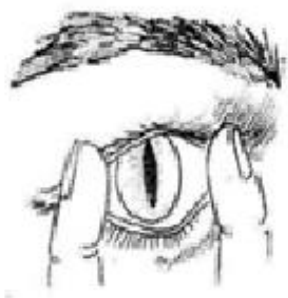
3.9 Тактика действий в укрытии, в зависимости от трех ситуаций состояния раненого, неподдающего признаков жизни.

Первая ситуация.

- Высыхание роговицы, деформация зрачка (биологическая смерть)

Ранние признаки биологической смерти:

1. Высыхание и помутнение роговицы (симптом «плавающей льдинки»)
2. Симптом «кошачьего зрачка»



Вторая ситуация.

Действия:

1. Повернуть погибшего на спину
 2. Накрыть плащ-палаткой
 3. Эвакуировать в последнюю очередь
- Нет сознания и пульса на сонной артерии.
- Нет признаков биологической смерти (клиническая смерть).

Действия:

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

Третья ситуация.

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

Действия:

- Повернуть раненого на живот



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



Второй номер.

Убеждается в отсутствии пульса на сонной артерии.

Норматив

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



Второй номер.

Наносит удар по груди (прекордиальный удар).

Норматив

Время исполнения удара после оценки состояния не должно превышать 2 секунды

Правила нанесения прекардиального удара

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

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

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

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

Пояснение

Чем быстрее произведен удар по груди, тем больше шансов на спасение. Уже через четыре-пять минут с момента остановки сердца он полностью теряет свою эффективность. (Удар наносится только в том случае если пострадавший получил ранение у вас на глазах, в остальных случаях эффект равен 0).



Второй номер.

Приступает к непрямому массажу сердца.

3.11 Правила проведения непрямого массажа сердца.

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

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

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

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

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

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

Пояснение

При каждом надавливании на грудную клетку происходит активный выдох, а при ее возвращении в исходное положение – пассивный вдох. Когда выделения изо рта раненого представляют угрозу для здоровья спасающего, можно ограничиться проведением непрямого массажа сердца, т.е. без вентиляционным вариантом реанимации⁴.

⁴Атлас первой помощи в условиях проведения антитеррористических операций: учебно-практическое пособие. / В.Г. Бубнов, Н.В. Каташинский. М.: ООО «Гало Бубнов», 2009. - С. 30.

Правила проведения вдоха искусственного дыхания

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

Правило второе. Левой рукой зажать нос

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

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

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

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



Правила проведения реанимации более 10 минут



Правило первое. Первый номер делает вдох искусственного дыхания, контролирует реакцию зрачков и пульс на сонной артерии и информирует о состоянии пострадавшего: «Есть реакция зрачков или «Есть пульс!»».

Правило второе. Второй номер проводит непрямой массаж сердца и отдает команду «Вдох!»»

контролирует эффективность вдоха искусственного дыхания по подъему грудной клетки и констатирует:

«Вдох прошел!» или «Нет вдоха!»».

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

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

Пояснение

Такое расположение участников позволяет:

- Проводить реанимацию более 10 минут;
- Избегать столкновений головами;
- Привлечь к реанимации необученного бойца.

С начала ему следует доверить поддержание ног, а затем задействовать в проведении реанимации.

Норматив

В выполнении этой задачи нет норматива времени.

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

3.12 Правила транспортировки раненого с угрозой повторной остановки сердца.



Первый номер. Несет носилки за правую переднюю лямку, 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 прикрытия.

Четвертый номер. Продолжает обеспечивать огневое прикрытия.

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

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

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

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

Норматив

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



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



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

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

Норматив

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



Правило третье. Повернуть раненого на живот.

Пояснение

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

3.14 Правила транспортировки раненого в состоянии комы.



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

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

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

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

Первый вариант – ранение головы

Обнаружить рану и оказать помощь без снятия каски невозможно

Действия:

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

Второй вариант—ранение шеи.

Можно увидеть место ранения и оказать минимальный объем помощи.

Действия:

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

Третий вариант – ранение грудной клетки.

Обнаружить рану и оказать помощь без снятия бронежилета невозможно.

Действия:

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

Пояснение

Учитывая, что при тяжелых ранениях возможна внезапная потеря сознания, бойца возле головы и туловища которого есть лужа крови, следует быстро повернуть на живот и в таком положении оставить его до окончания боя или транспортировать в укрытие⁵.

⁵Атлас первой помощи в условиях проведения антитеррористических операций: учебно-практическое пособие. / В.Г. Бубнов, Н.В. Каташинский. М.: ООО «Гало Бубнов», 2009. – С. 38.

3.16 Правила наложения жгута на шею в секторе обстрела.

Правило первое. Прижать пальцем рану на шее через воротник одежды или не посредственно рану.

Пояснение

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

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

Правило второе.

Подложить под палец бинт, освобожденный от упаковки.

Пояснение

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

Правило третье. Положить руку раненого на своё плечо.

Правило четвёртое. Наложить жгут через подмышечную впадину.

Правило пятое. Не нужно отмечать время наложение жгута.



Пояснение

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

Норматив

Время наложения жгута на шею не должно превышать 10 секунд.

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

Пояснение

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



3.17 Согласование действий в укрытии во время осмотра пострадавшего с ранением шеи.

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

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

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

Правила наложения жгута на шею в положении раненого «сидя»

Правило первое. Прислонить раненого спиной к своему колену.

Правило второе. После наложения жгута раненый должен иметь возможность сглатывать слюну

Правило третье. Не вкладывать записку о времени наложения жгута.



3.18 Правила оказания помощи в случае ранения головы.



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

Правило второе. Приложить к ране скатку бинта или бандану, сложенную вне сколько раз.

Пояснение

Кровотечение из артерий мягких тканей головы не опасно для жизни. Оно прекращается в течение 10–15

минут. Но вместе с артериями часто повреждаются кости черепа, поэтому очень опасно использовать пальцевое прижатие, особенно в области височных костей, из-за возможного вдавливания их отломков в мозг.

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

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

Пояснение

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

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

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

Норматив

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

3.19 Обнаружение входного пулевого отверстия на передней поверхности грудной клетки.



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

Правило второе. Посадить раненого с упором на своё колено.

Пояснение

Изначально бросается в глаза выходное отверстие. Учитывая, что в большинстве случаев огнестрельное

ранение имеет прямолинейный характер, следует одновременно зажать ладонями, как выходное, так и входное (или его предполагаемое место расположения) отверстия раны.

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

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

Пояснение

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

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

Пояснение

Обязательно ввести обезболивающее средство выше места наложения жгута.

Приколоть шприц-тюбик к рукаву, возле наложенного жгута.

После обезболивания раненого необходимо повернуть на живот и оставить в таком положении до

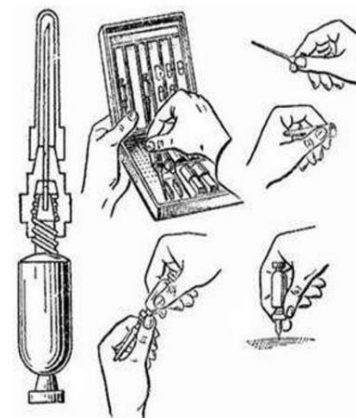
окончания боя или транспортировать его в укрытие в положении «лежа на животе».

Норматив

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

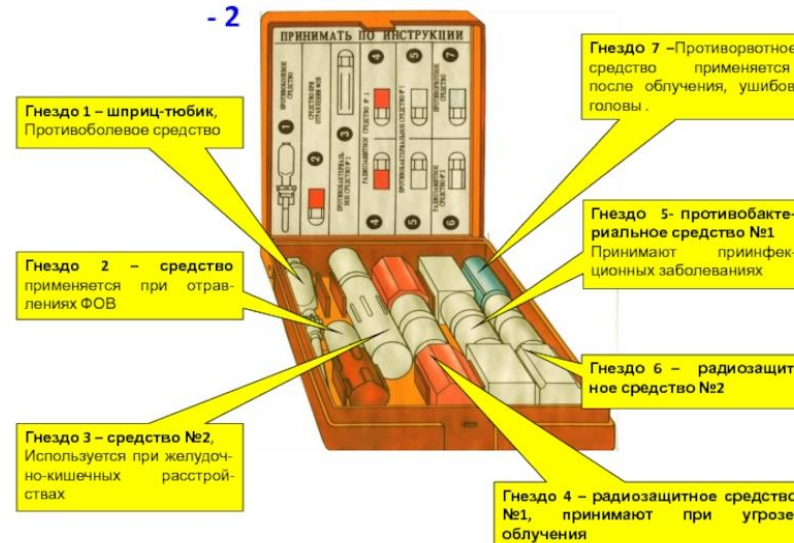
Для использования шприц-тюбика необходимо

- извлечь шприц-тюбик из аптечки;
- одной рукой взяться за ребристый ободок канюли, другой - за корпус и повернуть корпус по ходу часовой стрелки до упора - для прокола мембраны;
- взять шприц-тюбик за канюлю, снять колпачок, защищающий иглу;
- удерживая шприц-тюбик за ребристый ободок канюли и не сжимая пальцами тюбика, ввести иглу в мягкие ткани бедра, ягодицы или плеча (можно через одежду) до канюли;
- выдавить содержимое тюбика, сжимая его корпус;
- не разжимая пальцев, извлечь иглу.



Индивидуальная аптечка АИ

- 2



3.20 Правила переноса на носилках раненого с повреждениями грудной клетки.

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

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

Пояснение

1. Осуществить первичную герметизацию раны ладонью пострадавшего до наложения повязки.

2. Наложить герметизирующую (окклюзионную) повязку с использованием воздухонепроницаемого материала (упаковка от перевязочного пакета или бинта, полиэтилен, клеенка).

3. Придать пострадавшему полу сидячее положение с наклоном в пораженную сторону.

4. При нахождении в ране инородного предмета – зафиксировать его, обложив салфетками или бинтами, и наложить повязку.



3.21 Правила оказания первой помощи раненому с обильным кровотечением из раны руки.

Пояснение №1.

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

Пояснение №2.

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

Пояснение №3.

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

Правило первое. Положить руку раненого на свое плечо.

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

Норматив

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



3.22 Правила контроля правильности наложения жгута в укрытии.

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

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

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

Пояснение

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

Пояснение №1.

Атравматичный жгут можно накладывать на голую кожу с максимальным усилием без риска ущемить кожу, повредить сосуды или нервы. Данный эффект возможен благодаря специальному рельефу жгута.

Пояснение №2.

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



3.23 Правила наложения жгута на плечо в условиях укрытия.

Правило первое. Усадить раненого.

Правило второе. Поднять руку выше туловища раненого.

Правило третье. Захватить раненую руку с низу.

Правило четвертое. Обернуть жгут а вокруг руки с максимальным усилием.

Правило пятое. Наложить следующие витки жгута с меньшим усилием. Обернуть петлю-застежку вокруг жгута и зацепить ее за свободный конец жгута.

Правило шестое. Убедиться в отсутствии пульса на лучевой артерии.

Правило седьмое. Наложить стерильную повязку на рану.

Правило восьмое. Зафиксировать раненую руку к груди банданой или одеждой.

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

Правило десятое. Вложить записку о времени наложения жгута.



3.24 Тактика действий в секторе обстрела если возле ног и туловища, которого видна кровь.

Первый вариант – ранение живота.

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

Второй вариант – ранение бедренной артерии.

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

Третий вариант – повреждение костей таза и нижней конечности.

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

Пояснение

Учитывая, что при тяжелых ранениях возможна внезапная потеря сознания, сотрудника с ранением бедренной артерии, ампутацией фрагмента нижней конечности после наложения жгута следует быстро повернуть на живот. Оставлять его до окончания боя или транспортировать в укрытие следует только в положении «лежа на животе»⁶

⁶ Атлас первой помощи в условиях проведения антитеррористических операций: учебно-практическое пособие. / В.Г. Бубнов, Н.В. Каташинский. М.: ООО «Гало Бубнов», 2009. - С. 59.

3.25 Правила наложения жгута на бедро в секторе обстрела.

Правило первое. Завести раненую ногу на свое плечо.

Правило второе. Прижать скатку бинта без упаковки к месту пережатия бедренной артерии.

Пояснение

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

Правило третье. Наложить жгут с максимальным усилием.

Правило четвертое. Вслучае травматического отрыва фрагмента нижней конечности жгут следует наложить на 3-4 см от края культи.

Пояснение

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

Норматив

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



Правило пятое. Обязательно в ввести обезболивающее средство выше места наложения жгута.

Пояснение

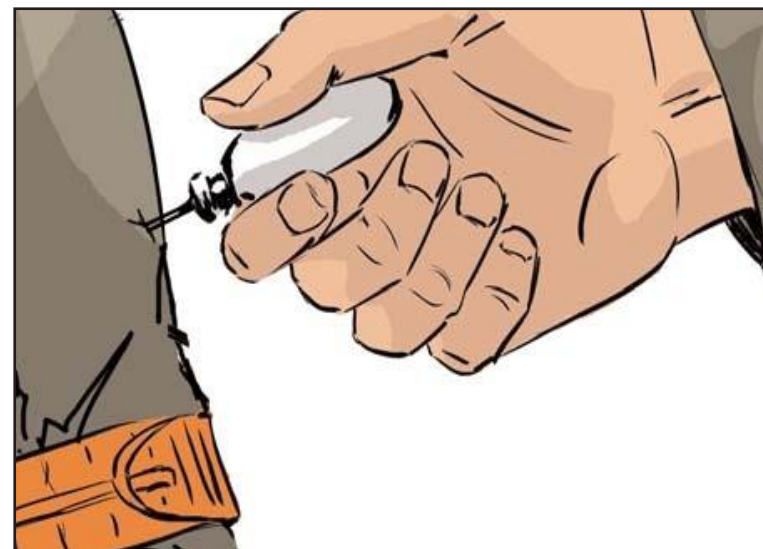
Часто с бедренной артерией повреждается и бедренная кость. Для предотвращения развития болевого шока, сразу же после наложения жгута следует ввести обезболивающее средство.

Правило шестое. Приколоть использованный шприц-тюбик возле наложенного жгута.

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

Пояснение

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



3.26 Оказание первой медицинской помощи бойцу с ранением бедренной артерии во временном укрытии.

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

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

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

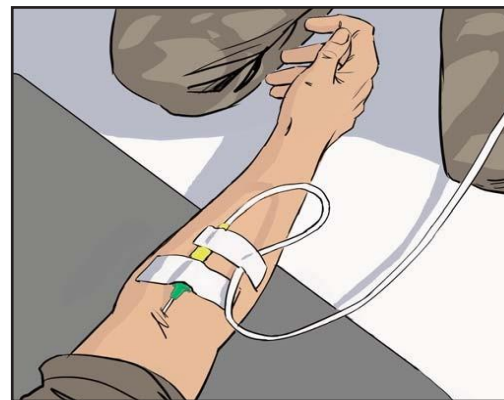
Правило четвертое. Наложить на рану стерильную повязку.

Правило пятое. Переложить раненого на носилки с импровизированным щитом.

Правило шестое. Наладить внутривенное введение плазмозамещающего раствора.

Норматив

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



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

Правило первое. Положить на носилки разложенный бронежилет.

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

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

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

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

Пояснение

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



ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сотрудники органов внутренних дел в своей ежедневной профессиональной деятельности защищая права и свободы граждан непосредственно сталкиваются с общественно опасными явлениями в которых они должны умело применить не только физическую силу и специальные средства, а оказать неотложную, доврачебную помощь. Сотрудник должен действовать определенному алгоритму действий в которых он должен знать общие правила оказания первой доврачебной помощи. Данная работа как раз таки направлена для обучения сотрудников ОВД. Каждый раздел данной рекомендации предусматривает определенные навыки оказания первой доврачебной помощи в условиях опасных для жизни и здоровья граждан.

Для успешной реализации таких задач сотрудникам ОВД приходится выполнять довольно сложные действия, требующие от них максимального физического и психического напряжения.

Подготовленная работа имеет важное значение в деятельности сотрудников ОВД, поскольку они часто первыми реагируют на чрезвычайные ситуации в которых возможно потребуется оказать неотложную помощь до того, как медицинские работники придут на место происшествия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Основная:

1. О здоровье народа и системе здравоохранения: Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI.
2. Об органах внутренних дел Республики Казахстан: Закон Республики Казахстан от 23 апреля 2014 года № 199-V (с изменениями и дополнениями по состоянию на 16.04.2018 г.). – Астана: «Адилет», 2018.
3. О гражданской защите: Закон Республики Казахстан от 11 апреля 2014 года № 188-V (с изменениями и дополнениями по состоянию на 13.06.2017 г.). – Астана: «Адилет», 2018.
4. Трудовой кодекс Республики Казахстан от 23 ноября 2015 года № 414-V (с изменениями и дополнениями по состоянию на 24.05.2018 г.). – Астана: «Адилет», 2018.
5. О чрезвычайном положении: Закон Республики Казахстан от 08 февраля 2003 года (с изменениями и дополнениями по состоянию на 13.06.2017 г.). – Астана: «Адилет», 2018.
6. О военном положении: Закон Республики Казахстан «О военном положении» от 5 марта 2003 года № 391-II (с изменениями и дополнениями по состоянию на 11.07.2017 г.). – Астана: «Адилет», 2018.
7. Об утверждении Правил оказания первой помощи лицам и без медицинского образования, в том числе прошедшими соответствующую подготовку и Стандарта оказания первой помощи: Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-269/2020.
8. Атлас первой помощи в условиях проведения антитеррористических операций учебно-практическое пособие В.Г.Бубнов Н.В.Каташинский ООО «Гало Бубнов» г. Москва РФ

Дополнительная:

1. Внезапная сердечная смерть. Клинические протоколы Министерства Здравоохранения Республики Казахстан 2016.
2. Методические рекомендации «Оказание первой помощи» по разделу «Первая медицинская помощь» для слушателей первоначальной профессиональной подготовки г. Костанай Костанайская академия МВД Республики Казахстан имени Ширакбека Кабылбаева – 2020.

Учебно-методическое издание

М.Б. Каршалов, В.Ю. Костяев

ОКАЗАНИЕ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ

Методические рекомендации

Печатается в авторской редакции

Подписано в печать 10.06.2024 г. Формат 60x84¹/₈
Печать ризография. Объем 6,6 п.л.
Тираж 30 экз. Заказ № 23.

Отпечатано в типографии
Костанайской академии МВД РК им. Ш. Кабылбаева
г. Костанай, пр. Абая, 11.