

В.Г. Бубнов Н.В. Каташинский

Атлас

первой помощи в условиях проведения антитеррористических операций



ГАЛО БУБНОВ

Авторы: В.Г. Бубнов, Н.В. Каташинский

Консультанты:

Заместитель Министра внутренних дел Российской Федерации,
Главкомандующий внутренними войсками МВД России генерал армии
Н.Е. Рогожкин

Заместитель Главкомандующего ВВ МВД России по боевой подготовке,
генерал-лейтенант **Ю.А. Бабкин**

Заместитель начальника Главного штаба ВВ МВД России,
генерал-лейтенант **С.Н. Купцов**

Начальник военного медицинского управления Г.К.В.В.,
генерал-майор **Ю.В. Сабанин**

Заместитель командующего Московского военного округа,
генерал-майор **С.А. Меликов**

Генерал-лейтенант милиции, к.ю.н. **В.В. Горшуков**

Командир ОДОН ВВ МВД России, полковник **П.Б. Бобков**

Полковник **Д.В. Черепанов**

Рецензенты:

Полковник мед. службы, доктор медицинских наук, заместитель начальника
научно-исследовательского управления Института военной медицины
Министерства обороны РФ
Ф.Е. Шин

Доктор медицинских наук, доктор психологических наук, профессор
Т.С. Алферова

Заведующий отделом спортивной травмы и ортопедии I-го Федерального
медицинского центра Министерства здравоохранения и социального развития,
к.м.н., доцент
А.С. Неверкович

Главный врач ГКБ №54 г. Москвы, Заслуженный врач РФ, заведующий курсом
анестезиологии и реаниматологии ГКА им. Маймонида, к.м.н., доцент
В.И. Нахаев

«АТЛАС ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ
АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ»

предназначен для обучения личного состава спецподразделений МВД в группах по 8-12 человек
в условиях, максимально приближенных к боевым действиям.

Художники: А.В.Еремин, В.Г.Бубнов

Данное учебное пособие награждено
Золотой медалью Международного конкурса

«НАЦИОНАЛЬНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ»



В основу учебно-практического пособия
«Атлас первой помощи в условиях проведения
антитеррористических операций»
положена методика массового обучения навыкам
оказания первой помощи, отмеченная
Золотой медалью XXVIII Международного женеvского салона
изобретений и инноваций (Швейцария)
в номинации «Медицина».

Данная методика рекомендована департаментом научно-
исследовательских и образовательных медицинских
учреждений Министерства здравоохранения РФ
для использования в образовательном процессе
по подготовке лиц, не имеющих медицинского образования, но
обязанных оказывать первую неотложную медицинскую помощь
(письмо МЗ №16-16/68 от 28.06.99).



Товарищи военнослужащие!

В условиях современной войны оказание первой помощи в порядке само- и взаимопомощи является одним из основных путей, обеспечивающих спасение жизни раненных и пораженных.

В связи с этим возрастает роль военно-медицинской подготовки, в процессе которой военнослужащие обучаются приемам оказания первой помощи при ранениях, кровотечениях, травмах, ожогах и отморожениях, а также способам выноса раненных с поля боя, извлечения их из боевых машин, оборонительных сооружений и погрузки на санитарный транспорт.

Своевременное оказание первой помощи на поле боя существенно понижает степень тяжести ранения, риск возникновения тяжелых осложнений, сокращает сроки возвращения в строй военнослужащих. Настоящий Атлас является богато иллюстрированным изданием, подробно разобраны вопросы оказания первой помощи, оценки состояния раненого на расстоянии и тактики рациональных действий при оказании первой помощи раненым и пострадавшим.

Рекомендуется к использованию в качестве наглядного пособия при проведении занятий по военно-медицинской подготовке.

Заместитель Министра внутренних дел Российской Федерации —
главнокомандующий внутренними войсками МВД России
генерал армии Н.Е. Рогожкин

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Данное учебно-практическое пособие предназначено для снижения потерь при антитеррористических операциях с учетом особенностей их проведения. Как показывает боевой опыт спецподразделений МВД, время огневого контакта противодействующих сторон редко превышает 3-4 часа, а зона боевых действий ограничена одним-двумя кварталами (100-200 метров) населенного пункта или 200-300 метрами автостреды. Ограничения времени и пространства боевых действий делают возможным значительно сократить время эвакуации раненых непосредственно с поля боя в лечебное учреждение, что позволяет сохранить жизни бойцов с тяжелыми повреждениями.

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 при проведении антитеррористических операций в условиях населенного пункта.

АНАЛИЗ ТИПИЧНЫХ СИТУАЦИЙ, КОТОРЫЕ ПРИВОДЯТ К БЕЗВОЗВРАТНЫМ ПОТЕРЯМ ИЗ-ЗА БЕЗДЕЙСТВИЯ ИЛИ БЕЗГРАМОТНОСТИ ЛИЧНОГО СОСТАВА

Первая ситуация

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

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

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

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

Вид помощи: только взаимопомощь.

Вторая ситуация

Ранение мягких тканей головы с признаками обильного кровотечения. Раненый может погибнуть в течение нескольких секунд от воздушной эмболии сосудов 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.

Третья ситуация

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

Время исполнения: не более 15-20 секунд.

Варианты исполнения: в положении лежа или сидя.

Вид помощи: взаимопомощь, возможна самопомощь.

Четвертая ситуация

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

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

Время исполнения: не более 5 секунд.

Варианты исполнения: в положении лежа или сидя.

Вид помощи: взаимопомощь, возможна самопомощь.

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

Пятая ситуация

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

Время 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.

Шестая ситуация

Проникающее ранение грудной клетки. Смерть раненого в случаях извлечения из раны инородного предмета в течение нескольких секунд. Смерть от осложнений пневмоторакса, плеврогенного 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.

РЕКОМЕНДАЦИИ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ УЧЕБНО-ПРАКТИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ «АТЛАС ПЕРВОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ» В МЕДИЦИНСКОЙ ПОДГОТОВКЕ ЛИЧНОГО СОСТАВА СПЕЦПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МВД

Данное учебно-практическое пособие предназначено для обучения группы из 8-12 человек.

В Атласе подробно разобраны вопросы оказания первой медицинской помощи в каждой из шести, наиболее частых ситуаций ранений военнослужащих, приводящих к безвозвратным потерям. Особое внимание уделяется проблемам оказания помощи в секторе обстрела и во временном укрытии.

Оказание первой помощи в секторе обстрела.

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

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

В Атласе 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.

Оказание первой помощи в укрытии.

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

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

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

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

Доктор медицинских наук
В.Г. Бубнов

Два основополагающих правила оказания первой медицинской помощи в зоне огневого контакта

Правило первое.

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



Пояснение

Если на поврежденную бедренную артерию в течение 2-х минут не наложен жгут, то раненый обязательно погибнет 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.

Правило второе.

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



Пояснение

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

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

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



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.

У раненого нет сознания, но есть пульс на сонной артерии (кома). В положении на спине он в любую секунду может погибнуть: удушиться 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

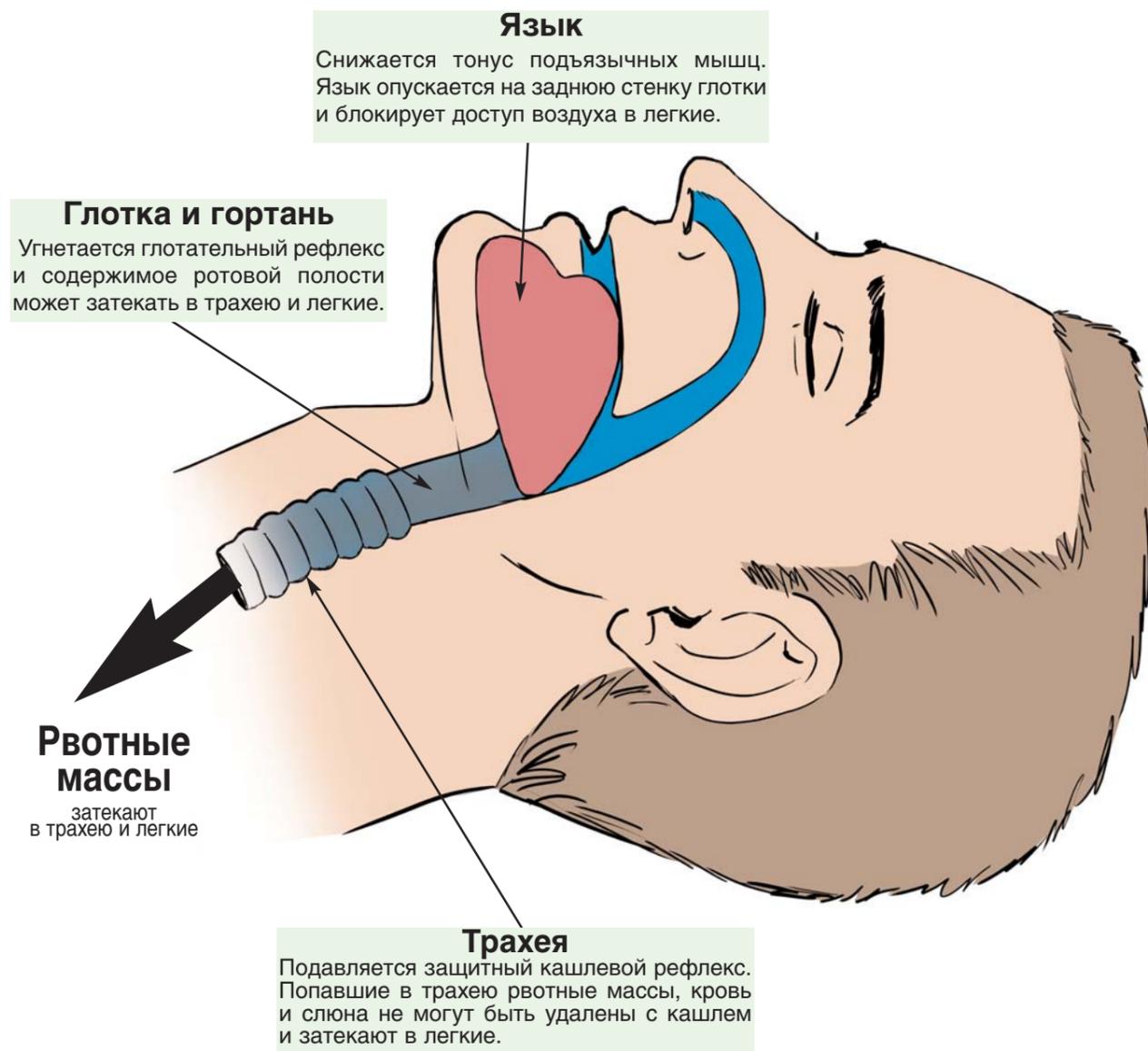
Повернуть на живот и оставить до окончания боя или транспортировать в укрытие в положении «лежа на животе».

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. Многовековое солдатское поверье: «Если сраженный воин упал на спину, то он скорее всего убит», — к сожалению, часто соответствует реальности.

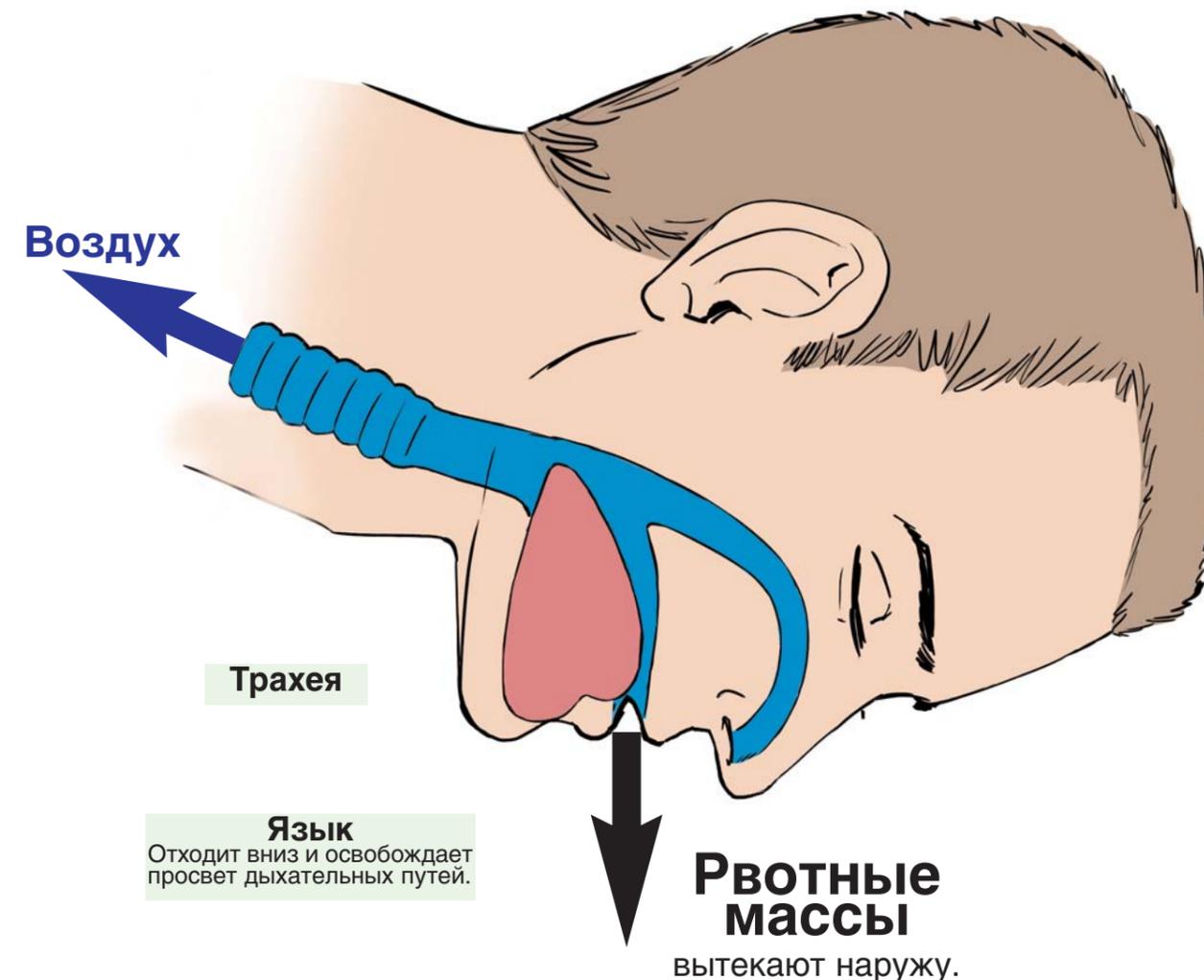


Внимание!

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. В этом случае солдатская примета, утверждающая, что сраженный воин, упавший лицом вниз, скорее всего жив — часто имеет практическое подтверждение.



Внимание!

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

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

Правило первое.

Завести руку раненого за его голову.



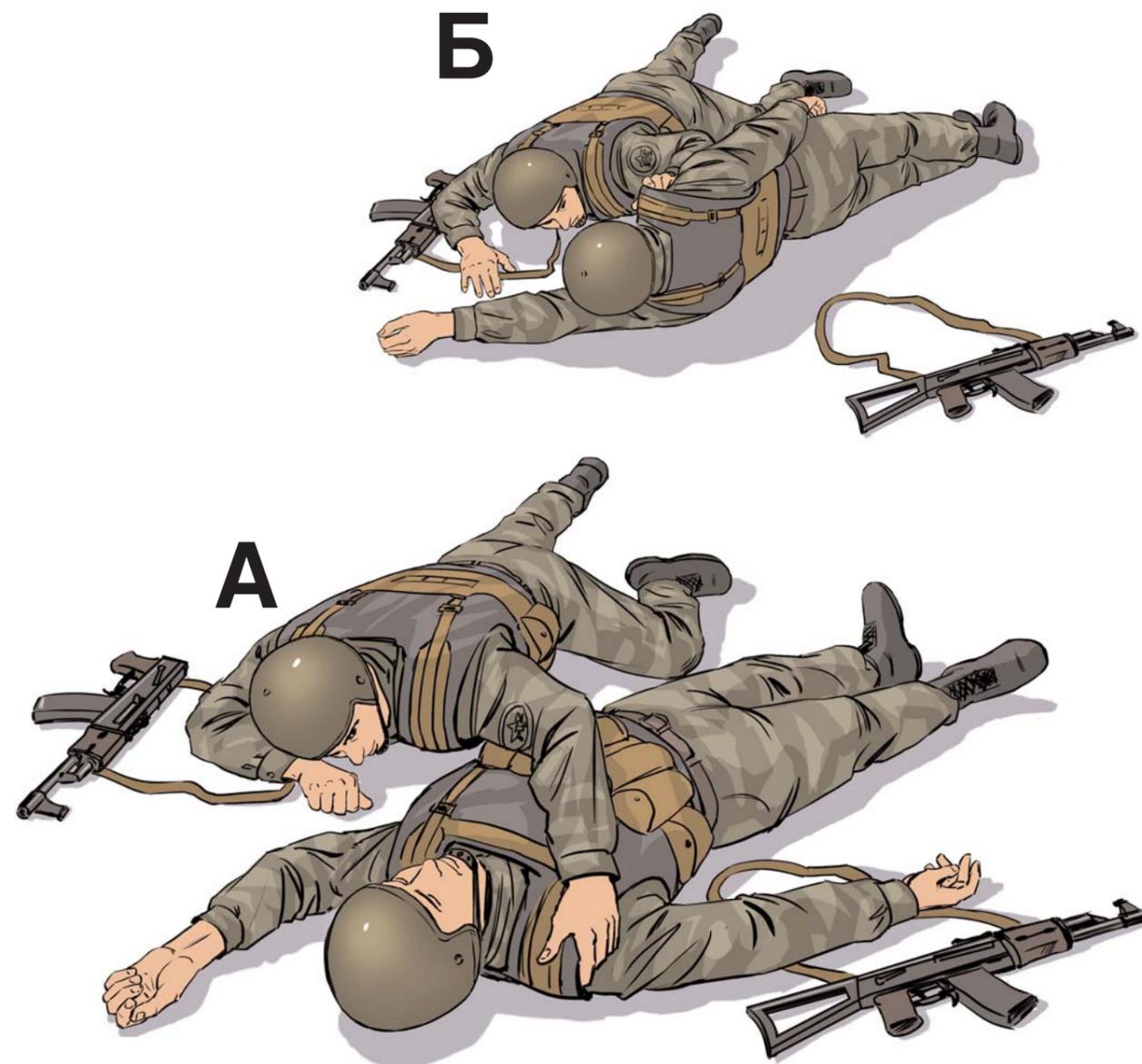
Пояснение

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.

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

Правило второе.

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



Норматив

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

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

Правило третье.

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.

Правила поворота раненого на живот для транспортировки в укрытие

Правило первое.

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



Пояснение

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

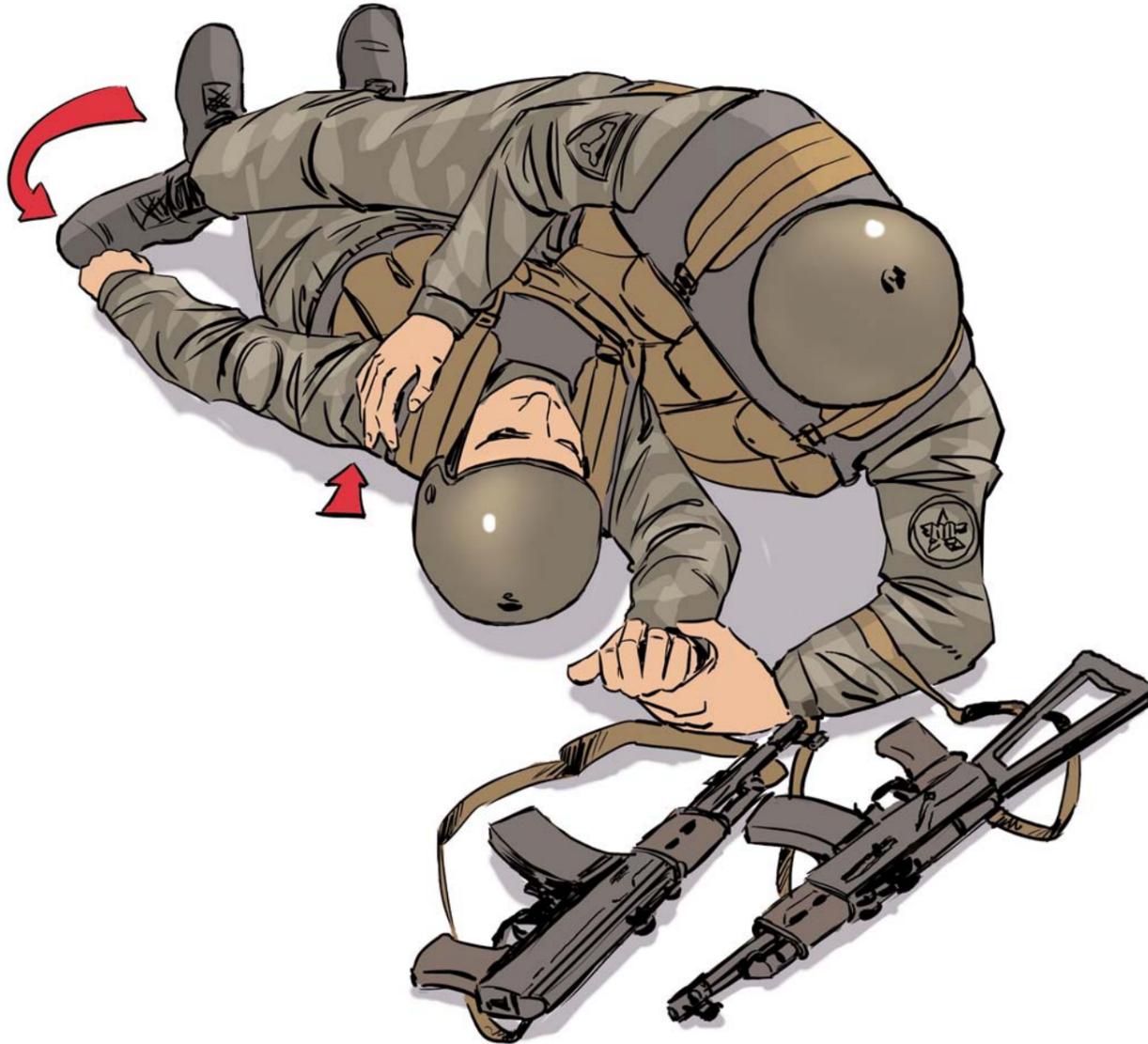
Поэтому поворот на живот следует производить с обязательной подстраховкой шейного отдела позвоночника.

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

Правила поворота раненого на живот для транспортировки в укрытие

Правило второе.

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



Пояснение

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

Правила поворота раненого на живот для транспортировки в укрытие

Правило третье.

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

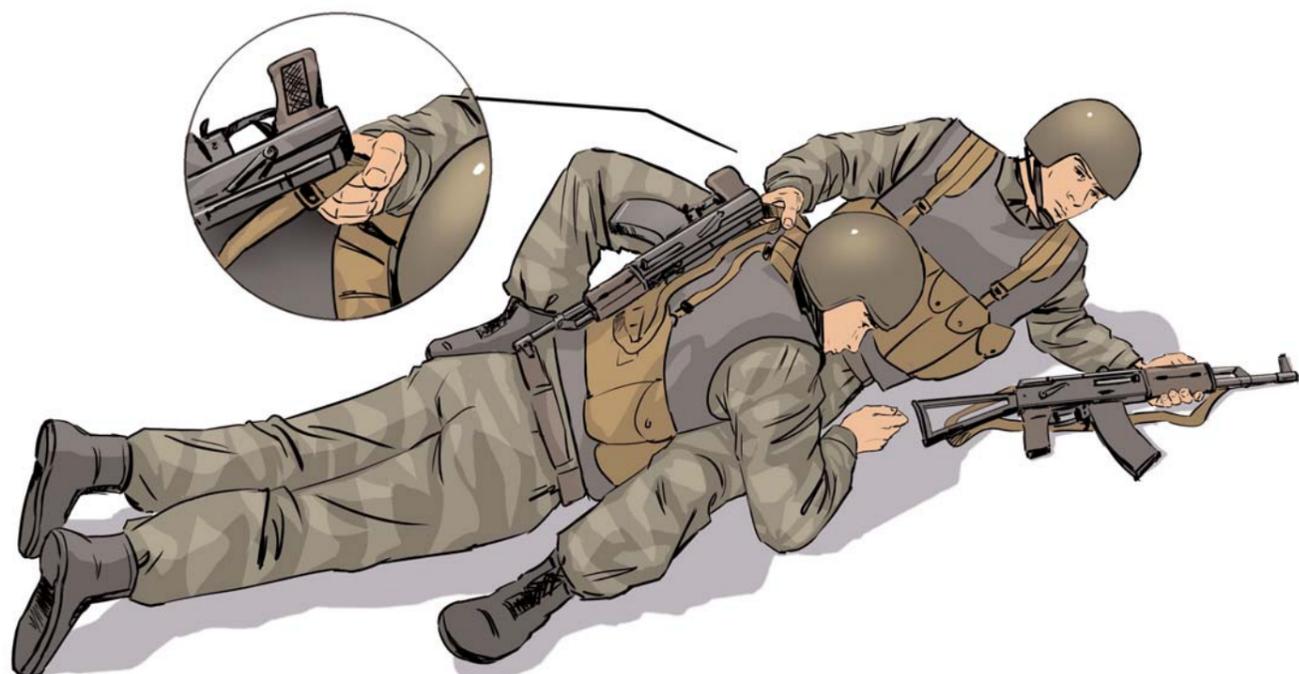


Норматив

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

Расположение оружия во время транспортировки раненого в укрытие

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



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.

Варианты проведения заградительного огня во время транспортировки раненого

Первый вариант



Второй вариант



Пояснение

Такой способ транспортировки раненого позволяет контролировать состояние раненого и боевую ситуацию.

Правила транспортировки раненого в укрытие

Правило первое.

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

Правило второе.

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

Правило третье.

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



Норматив

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

Правила быстрого втаскивания раненого и спасающего бойцов в укрытие



Правило первое.

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

Правило второе.

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

Пояснение

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

Распределение задач между бойцами при оказании первой помощи раненому в укрытии



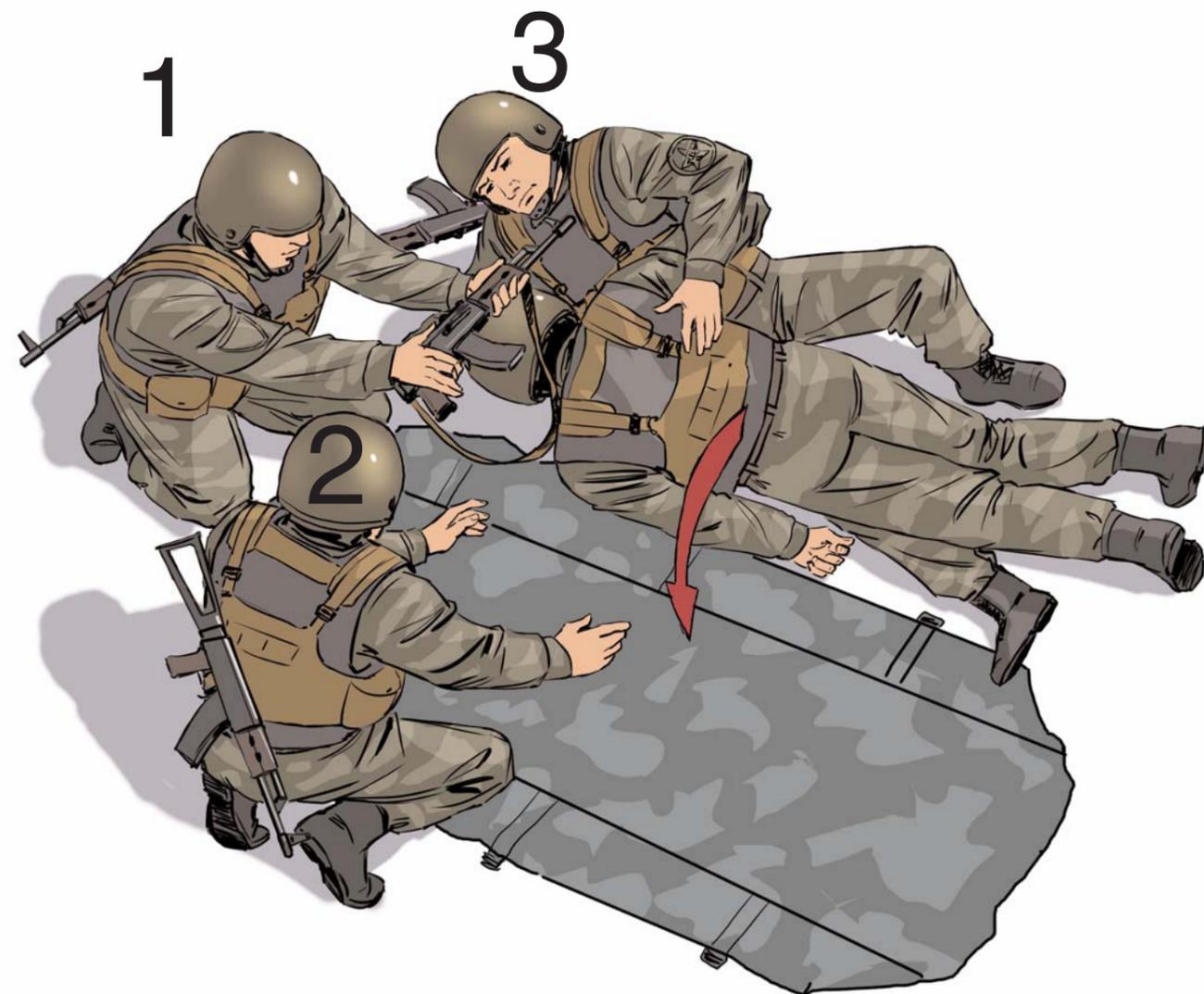
Первый номер. Помогает третьему номеру втащить раненого в укрытие. Затем приступает к снятию каски и выявлению признаков биологической смерти (см). Осматривает голову на наличие ран и повреждений костей черепа. Во время транспортировки к санитарному транспорту несет головной конец носилок слева.

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

Третий номер. После транспортировки раненого в укрытие помогает снять разгрузочный жилет и затем бронежилет. Расстегивает поясной ремень. Во время проведения реанимации приподнимает ноги 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 бойцов 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»