

врачебное + дело  
благотворительный фонд



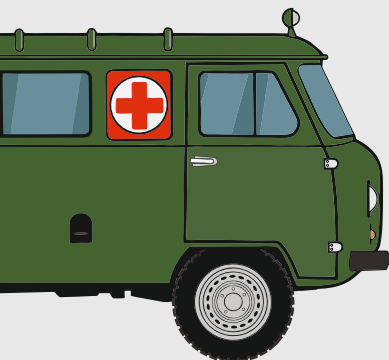
# РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПЕРВОЙ ПОМОЩИ РАНЕНОМУ

02  
24

февраль 2024

Андрей Мажаров, Глеб Сметанин, Олег Шубин, Алишер Толибов, Александр Каменский, Александр Прохоренков, Алексей Ховпачев, Алексей Марчук, Андрей Жуков, Антон Федин, Игорь Белозерцев, Дмитрий Смирнов, Доктор Хилер, Евгений Климов, Иван Сояк, Иван Щепарёв, Игорь Тимохин, Илья Ильин, Кирилл Сарпов, Константин Безруков, Максим Петрушин, Михаил Литвинов, Михаил Пылаев, Николай Комаров, Павел Булеков, Равиль Бершев,

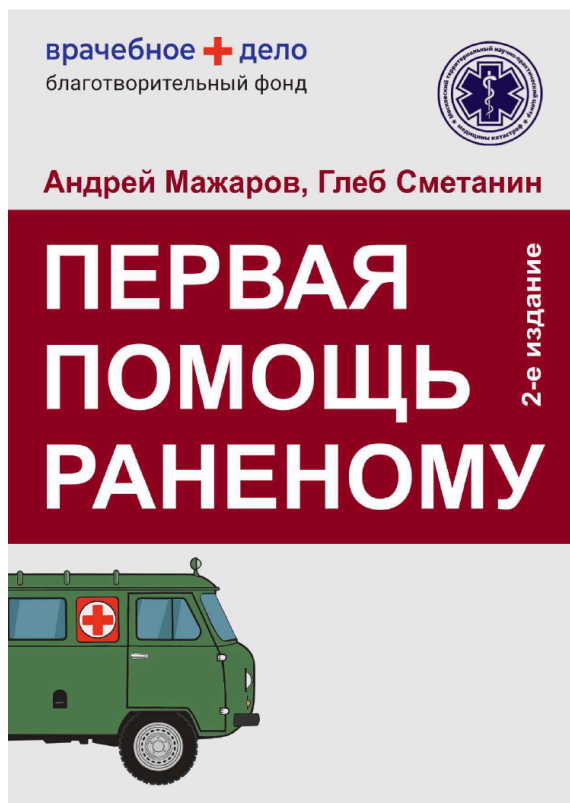
Павел Одинокоев, Роман Настаев,  
Роман Старостин, Тимур  
Эгамбердиев, Юрий Скорик.



# Рекомендации по первой помощи раненому

Выпуски Рекомендаций по первой помощи выходят ежемесячно, 1 числа каждого месяца, одновременно с изменениями на сайте [vrachdelo.ru](http://vrachdelo.ru).

Рекомендации являются методической основой **Справочника по первой помощи раненому**.



В выпуске за февраль 2024 года изменены разделы:

- Обезболивание
- Нарушение дыхания

Добавлены новые разделы:

- Кровотечение из шеи
- Кровотечение из подмышки
- Кровотечение из паха
- Запрокидывание головы с подъемом подбородка
- Выдвижение нижней челюсти
- Ротовой воздуховод
- Назальный воздуховод
- Окклюзионный пластырь
- Декомпрессионная игла

Для обсуждения и развития рекомендаций создана группа в Телеграме. Чтобы присоединиться к группе, отправьте заявку с информацией о себе на [@vrachdelo](https://t.me/vrachdelo).

С правилами группы можно ознакомиться [по ссылке](#).

# Оглавление

## **Принципы первой помощи**

1. Общие понятия.....	5
2. Красная зона.....	7
3. Осмотр раненого.....	9
4. Сортировка раненых для первой помощи.....	10
5. Эвакуация раненых.....	11
6. Контроль состояния раненого.....	13

## **Состояния и мероприятия**

7. Массивное кровотечение.....	13
8. Жгут/турникет.....	15
9. Удушье.....	17
10. Нарушения дыхания.....	18
11. Шок.....	19
12. Переохлаждение.....	20
13. Обезболивание.....	21
14. Ожоги.....	22
15. Переломы.....	23
16. Травмы головы.....	24
17. Карточка раненого.....	25

## **Навыки КУЛАК**

18. Установка турникета одной рукой.....	28
19. Установка турникета двумя руками.....	29
20. Наложение жгута одной рукой.....	30
21. Наложение жгута двумя руками.....	31
22. Установка турникета из подручных средств.....	31
23. Тугая тампонада раны.....	32
24. Давящая повязка.....	33
25. Кровотечение из шеи.....	33
26. Кровотечение из подмышки.....	34
27. Кровотечение из паха.....	35
28. Запрокидывание головы с подъемом подбородка.....	36

29. Выдвижение нижней челюсти.....	36
30. Ротовой воздуховод.....	37
31. Назальный воздуховод.....	38
32. Оклюзионный пластырь.....	38
33. Декомпрессионная игла.....	39

# 1. Общие понятия

- 1.1. Тактическая медицина - раздел военно-медицинской подготовки, имеющий целью обучение военнослужащих порядку оказания первой помощи раненым на поле боя.
- 1.2. Первая помощь – особый вид помощи, который оказывается лицами, не имеющими медицинского образования, при неотложных состояниях до прибытия медицинского состава.
- 1.3. Информация о полученном ранении, состоянии раненого и оказанной первой помощи заносится в карточку раненого.
- 1.4. Приоритеты при ранении (в порядке убывания важности):
  - продолжить выполнение задачи;
  - предотвратить новые потери;
  - оказать помощь раненому.
- 1.5. Основным способом оказания первой помощи раненому является самопомощь.
- 1.6. При оказании взаимопомощи сначала используется аптечка раненого, затем групповая аптечка и только в крайнем случае аптечка спасателя.
- 1.7. Оказание первой помощи происходит в определенной последовательности согласно алгоритму КУЛАК БАРИН
- 1.8. В первую очередь оказывается помощь при состояниях, представляющих прямую угрозу жизни раненого:
  - К - массивное кровотечение;
  - У - удушье (непроходимость верхних дыхательных путей);
  - Л - легкие (нарушения дыхания);
  - А - артерии и вены (нарушения кровообращения);
  - К - колотун (гипотермия);
- 1.9. Перечень состояний/мероприятий второй очереди:
  - Б - боль.
  - А - антибиотик;
  - Р - раны (прочие ранения);
  - И - иммобилизация;
  - Н - носилки (эвакуация).
- 1.10. Условные тактические зоны оказания первой помощи:
  - красная зона (под огнем противника, опасная зона);

- желтая зона (в укрытии, относительно безопасная зона);
  - зеленая зона (в тылу, условно безопасная зона).
- 1.11. Действия в красной зоне:
- обеспечить безопасность (собственную, окружающих, раненого);
  - наложить жгут/турникет;
  - придать устойчивое боковое положение или перевернуть на живот;
  - вынести в желтую зону.
- 1.12. Действия в желтой зоне:
- провести осмотр раненого и оказать помощь по протоколу КУЛАК БАРИН;
  - выявить ранее не обнаруженные ранения;
  - исправить ошибки предыдущего этапа;
  - эвакуировать в зеленую зону.
- 1.13. Действия в зеленой зоне:
- провести повторный осмотр;
  - выявить ранее не обнаруженные ранения;
  - исправить ошибки предыдущих этапов;
  - подготовить к дальнейшей эвакуации.
- 1.14. В желтой и зеленой зоне проводится периодический контроль состояния раненого.
- 1.15. В желтой и зеленой зоне при оказании помощи раненому по возможности необходимо надеть медицинские перчатки.
- 1.16. У раненых с нарушением сознания, а также у раненых, получивших наркотические анальгетики, необходимо забрать личное оружие и средства связи.
- 1.17. Конкретный перечень выполняемых мероприятий первой помощи определяется:
- условиями тактической обстановки;
  - уровнем подготовки спасателей;
  - наличием медицинского оснащения.

## 2. Красная зона

- 2.1. Оказание первой помощи на поле боя должно начинаться с обеспечения своей личной безопасности, затем обеспечения безопасности окружающих и раненого.
- 2.2. Порядок действий спасателя, если ранен товарищ:
  - подавить огонь врага;
  - вступить в контакт с раненым;
  - доложить командиру подразделения;
  - действовать по ситуации (см. п. 2.3. и 2.4.).
- 2.3. Если раненый в сознании, спасатель приказывает раненому:
  - найти укрытие;
  - оказать самопомощь;
  - продолжить выполнение задачи.
- 2.4. Спасатель оказывает помощь раненому при выполнении следующих условий:
  - получен приказ командира подразделения;
  - обеспечена безопасность спасателя и раненого;
  - раненый не может оказать самопомощь;
  - раненый не может передвигаться.
- 2.5. При обеспечении безопасности важно учесть, что раненый может быть опасен для спасателя.
- 2.6. Порядок действий бойца, если ранен он сам:
  - доложить командиру подразделения;
  - найти укрытие;
  - оказать самопомощь;
  - продолжить выполнение задачи.
- 2.7. Порядок действий при оказании помощи:
  - прекратить действие поражающих факторов;
  - извлечь раненого из транспорта или других труднодоступных мест;
  - проверить наличие гранат, при необходимости обезвредить;
  - проверить личное оружие раненого, поставить его на предохранитель;



- выключить радиостанцию раненого;
  - оказать первую помощь;
  - вынести раненого в укрытие;
  - доложить командиру подразделения.
- 2.8. Первая помощь в красной зоне включает в себя:
- наложение жгута/турникета;
  - придание устойчивого бокового положения или переворот на живот.
- 2.9. При выдвигении к раненому необходимо сначала оценить возможные угрозы, определить безопасный маршрут подхода к раненому и отхода с раненым.
- 2.10. При перемещении раненого необходимо передвигаться с максимальной скоростью, используя маскировку (постановка дымов), укрытия и рельеф местности.
- 2.11. При подходе к раненому необходимо:
- обозначить “свой-чужой”;
  - обозначить направление приближения;
  - перемещаться лицом к противнику;
  - предупредить товарищей.
- 2.12. При оказании первой помощи свое оружие направить в сторону вероятного появления противника.
- 2.13. При невозможности приближения к раненому использовать средства вытаскивания.
- 2.14. Если раненый без сознания, необходимо придать ему устойчивое боковое положение или перевернуть на живот.
- 2.15. Переворот на живот раненого без сознания допускается в красной зоне как временная мера при невозможности придать раненому устойчивое боковое положение.
- 2.16. При наличии нескольких раненых в первую очередь первая помощь оказывается тем, кто может продолжить выполнять боевую задачу.
- 2.17. При оказании первой помощи раненому средства защиты с него не снимаются.
- 2.18. Все действия по оказанию помощи раненому (выдвигение к раненому, оказание первой помощи, вынос раненого) начинаются по приказу командира подразделения.

2.19. Вынос раненого осуществляется с его личным оружием.

### 3. Осмотр раненого

- 3.1. Необходимо прежде всего обеспечить безопасность осматривающего: положение лежа или сидя, контроль обстановки другими бойцами.
- 3.2. В случае огневого контакта осмотр необходимо прекратить, по возвращению к осмотру начинать с места где остановились.
- 3.3. Осмотр желательно проводить не на открытой местности, использовать укрытия, не образуя при этом скопления личного состава.
- 3.4. Автомат раненого спасатель укладывает у его головы затвором вниз, магазином от него.
- 3.5. Свой автомат спасатель укладывает под собственные колени.
- 3.6. Обзорный осмотр раненого на наличие кровотечений производится в следующем порядке:
  - шея – подмышки – пах;
  - руки – ноги – живот – грудь – спина – ягодицы.
- 3.7. Обзорный осмотр проводится визуально и ощупыванием раненого. В условиях достаточной видимости допускается проводить обзорный осмотр рук и ног только визуально, без ощупывания.
- 3.8. Спасатель должен осматривать свои руки после каждого элемента.
- 3.9. Перед подробным осмотром необходимо снять шлем с раненого и откинуть фронтальную часть бронежилета через голову.
- 3.10. В начале подробного осмотра производится оценка сознания раненого по шкале от 1 до 4 и оценка дыхания по принципу "вижу-слышу-ощущаю".
- 3.11. Подробный осмотр раненого по алгоритму КУЛАК производится для выявления других ранений (кроме кровотечения) по принципу "с головы до пят" в следующем порядке:

- голова – шея – грудь – живот – таз – пах;
  - ноги – руки – ягодицы – поясница – спина.
- 3.12. Ощупывать раненого при осмотре загнутыми кончиками пальцев, чтобы легче найти проникающие ранения в условиях плохой видимости или под одеждой.
  - 3.13. При выявлении жизнеугрожающих повреждений подробный осмотр прерывается и проводятся мероприятия по алгоритму КУЛАК-БАРИН.
  - 3.14. Подробный осмотр не должен задерживать эвакуацию, при условии выполнения осмотра и помощи по алгоритму КУЛАК.
  - 3.15. Рекомендуется проводить осмотр в смотровых (медицинских) перчатках и очках. По возможности не допускать попадание крови раненого на открытый кожный покров, слизистые и глаза спасателя.
  - 3.16. При осмотре следует не разрезать одежду раненого избыточно, чтобы не уменьшить функцию согревания.
  - 3.17. На каждом этапе эвакуации, а также при передаче раненого, необходим повторный осмотр.

#### 4. Сортировка раненых для первой помощи.

- 4.1. При массовых поражениях производится сортировка для определения очередности оказания первой помощи раненым. Сортировка осуществляется только если количество раненых превышает возможности для одновременного оказания помощи и эвакуации.
- 4.2. Категории сортировки раненых (каждая категория обозначается своим цветом):
  - несрочные (зеленый цвет) – ранения не представляют угрозы жизни в ближайшие несколько часов;
  - экстренные (красный цвет) – прямая угроза жизни, если не получат в ближайшее время первую помощь;
  - безнадежные (черный цвет) – ранения, несовместимые с жизнью, выживание маловероятно.
- 4.3. В начале сортировки выявляются несрочные раненые. Как правило, они сами покидают место ранения.

- 4.4. Далее выявляются раненые с очевидными признаками гибели.
- 4.5. Оставшимся раненым (после выявления несрочных раненых и раненых с очевидными признаками гибели) спасатель отдает простые команды типа “подними руку, пошевели ногой” и определяет пульс на запястье.
- 4.6. Если у раненых, которые НЕ выполняют простые команды, нет пульса на запястье, они считаются безнадежными. Если пульс есть, то экстренными.
- 4.7. Если у раненых, которые выполняют простые команды, нет пульса на запястье, они считаются экстренными. Если пульс есть, то несрочными.
- 4.8. Экстренным раненым в процессе сортировки сразу проводится открытие дыхательных путей и остановка массивного кровотечения.
- 4.9. После оказания помощи экстренным раненым производится повторная оценка состояния безнадежных раненых на предмет перевода их в категорию экстренных, потом оказывается помощь несрочным.
- 4.10. Безнадежным раненым проводится обезболивание и оказывается психологическая поддержка.
- 4.11. У раненых с нарушением сознания необходимо забрать личное оружие и средства связи.
- 4.12. При изменении состояния раненого при необходимости изменяется категория сортировки.

## 5. Эвакуация раненых

- 5.1. Эвакуация раненых производится в порядке очередности в соответствии с категориями эвакуации.
- 5.2. Категории эвакуации раненых (каждая категория обозначается своим цветом):
  - экстренные (красный цвет) – прямая угроза жизни;
  - срочные (желтый цвет) – серьезные ранения, но угрозы жизни нет;
  - несрочные (зеленый цвет) – легкораненые.
- 5.3. Экстренная категория эвакуации:

- проникающее ранение груди, живота, таза;
- подозрение на напряженный пневмоторакс;
- продолжающееся удушье;
- продолжающиеся нарушения дыхания;
- без сознания;
- подозрение на повреждения позвоночника;
- с признаками шока;
- продолжающееся кровотечение;
- сотрясение мозга средней тяжести;
- ожоги 3-4 степени более 10%, ожоги 1-2 степени более 30% поверхности тела.

5.4. Срочная категория эвакуации:

- открытый перелом конечности;
- ранение конечности с наложенным турникетом;
- проникающее или иное серьезное ранение глаза;
- серьезное ранение мягких тканей;
- ожоги 3-4 степени более 2-10%, ожоги 1-2 степени 10-30% поверхности тела.

5.5. Несрочная категория эвакуации – все остальные.

5.6. Раненые с частотой дыхания менее 10 и более 30 в минуту подлежат экстренной эвакуации.

5.7. При переносе раненого на носилках:

- движение производить ногами вперед;
- по возможности располагать голову выше ног;
- если уровень опасности позволяет, снять бронежилет и каску;
- по возможности подложить под раненого теплоизоляционный коврик.

5.8. В процессе подготовки к эвакуации необходимо:

- заполнить карточку раненого и другие документы;
- закрепить дыхательные трубки и повязки на раненом;
- закрепить одеяла и покрывала;
- застегнуть ремни;
- установить внутривенный катетер (по возможности);
- убрать капельницы под одежду или одеяло;
- проконтролировать скорость внутривенных вливаний.

- 5.9. В процессе эвакуации не должно быть элементов, выступающих за пределы носилок.
- 5.10. В пределах одной единицы санитарного транспорта погрузка на транспорт происходит в порядке обратной очередности – в первую очередь погрузке подлежат несрочные раненые, затем срочные, затем экстренные.

## 6. Контроль состояния раненого

- 6.1. Состояние раненого необходимо контролировать в зависимости от состояния и обстановки.
- 6.2. Контроль состояния раненого в зависимости от категории эвакуации:
  - экстренная категория – каждые 5-15 минут;
  - срочная категория – каждые 15-30 минут;
  - несрочная категория – каждые 30-60 минут.
- 6.3. Показатели контроля состояния раненого
  - частота пульса;
  - частота дыхания;
  - уровень сознания;
  - артериальное давление;
  - уровень насыщения крови кислородом;
  - боль по шкале интенсивности 0-10.
- 6.4. Показатели контроля состояния заносятся в карточку раненого
- 6.5. Контроль дыхания осуществляется с помощью слуха, зрения и осязания
- 6.6. Оценка уровня сознания производится следующим образом:
  - сознание ясное – отвечает на вопрос “ты как? слышишь меня?”;
  - выполняет команды “подними руку, пошевели ногой”;
  - реагирует на боль – ущипнуть раненого за нос или ухо;
  - без сознания (все реакции отсутствуют).

## 7. Массивное кровотечение

- 7.1. Способы остановки кровотечения:
  - не прямое давление (пальцевое прижатие);
  - прямое давление на рану;

- наложение жгута/турникета;
  - тугая тампонада раны с наложением давящей повязки.
- 7.2. Основным способом остановки массивного кровотечения из конечностей является наложение жгута/турникета
- 7.3. Непрямое давление (пальцевое прижатие) применяется для кратковременной остановки кровотечения перед использованием жгута/турникета, тампонады раны и давящей повязки.
- 7.4. Непрямое давление (пальцевое прижатие) выполняется:
- коленом;
  - кулаком;
  - локтем;
  - пальцами;
  - опорным предметом.
- 7.5. В качестве опорного предмета можно использовать флягу, индивидуальный перевязочный пакет (ИПП), магазин от автомата, бутылку с водой и другие подобные предметы.
- 7.6. Основные точки непрямого давления (пальцевого прижатия):
- плечевая артерия;
  - подвздошная артерия;
  - бедренная артерия;
  - сонная артерия.
- 7.7. Тугая тампонада раны применяется в следующих случаях:
- вместо жгута/турникета, если турникета нет под рукой;
  - если наложение жгута/турникета невозможно (кровотечение из шеи, подмышки, паха);
  - для замены (конверсии) жгута/турникета.
- 7.8. Тампонаду раны нельзя использовать при ранениях груди, живота и головы.
- 7.9. Тугая тампонада раны может производиться как гемостатическим, так и обычным бинтом, в крайнем случае – чистой тканью.
- 7.10. В процессе выполнения тугой тампонады необходимо оказывать постоянное давление на источник кровотечения.

- 7.11. При выполнении тампонады раны необходимо выполнять давление на рану в течение не менее 5 минут.
- 7.12. После тугой тампонады раны необходимо наложить давящую повязку на рану.
- 7.13. При переходе от тугой тампонады к наложению давящей повязки давление на рану не должно прерываться.
- 7.14. Если после наложения давящей повязки появились признаки нарушения кровообращения конечности (онемение конечности, холодная кожа, посинение конечности, отсутствие пульса), необходимо ослабить повязку.

## 8. Жгут/турникет

- 8.1. Экстренное наложение жгута/турникета:
  - максимально высоко;
  - максимально туго;
  - не снимая и не разрезая одежду;
  - записать время (по возможности).
- 8.2. Плановое наложение жгута/турникета:
  - на 5-8 см выше источника кровотечения;
  - после снятия/разрезания одежды;
  - записать время.
- 8.3. В плановом порядке турникет накладывается на голую кожу. При наложении жгута в плановом порядке по возможности использовать полоску ткани.
- 8.4. При самопомощи жгут/турникет всегда накладывается в экстренном порядке.
- 8.5. При взаимопомощи замене жгут/турникет накладывается в экстренном порядке, если обстановка не позволяет наложить жгут/турникет в плановом порядке.
- 8.6. В экстренном порядке жгут/турникет должен быть наложен в течение 30 секунд.
- 8.7. При наложении жгута необходимо остановить кровотечение первым туром.



- 8.8. Если жгут/турникет не остановил кровотечение, нужно наложить второй жгут/турникет рядом, по возможности выше, не снимая первого.
- 8.9. Перед наложением жгута/турникета необходимо снять элементы снаряжения, которые могут помешать наложению.
- 8.10. Если жгут/турникет накладывается на карман, необходимо проверить и удалить содержимое кармана.
- 8.11. Жгут/турникет нельзя накладывать на сустав.
- 8.12. При первой возможности жгут/турникет, наложенный в экстренном порядке, необходимо осмотреть и проверить.
- 8.13. Замена жгута/турникета производится в следующих случаях:
  - жгут/турникет не остановил кровотечение;
  - жгут/турникет наложен на одежду;
  - жгут/турникет наложен более 8 см выше раны.
- 8.14. Замена неработающего жгута/турникета на другой жгут/турникет производится только при невозможности конверсии жгута/турникета (замены жгута/турникета тугой тампонадой раны).
- 8.15. Конверсия жгута/турникета (замена жгута/турникета тугой тампонадой раны) должна быть произведена при первой возможности.
- 8.16. Конверсия жгута/турникета (замена жгута/турникета тугой тампонадой раны) производится при соблюдении следующих условий:
  - отсутствие у раненого признаков шока;
  - есть возможность постоянного контроля за раной;
  - нет травматической ампутации конечности.
- 8.17. При замене жгута/турникета тугой тампонадой раны делается не более двух попыток.
- 8.18. При замене жгута/турникета другим жгутом/турникетом или тугой тампонадой раны заменяемый жгут/турникет необходимо оставить в незатянутом положении на том же месте.
- 8.19. Конверсия жгута/турникета (замена жгута/турникета тугой тампонадой раны) является опасной процедурой, которая

может повлечь гибель раненого от дополнительной кровопотери и ухудшения шока. Данная процедура требует специальной подготовки и опыта в распознавании и оценке признаков шока.

- 8.20. Запрещается снимать или заменять тампонадой жгут/турникет, если он находился на конечности раненого более 2 часов.

## 9. Удушье

- 9.1. Спасатель контролирует дыхание раненого следующим образом:
- слышит звук выходящего воздуха;
  - видит движения грудной клетки;
  - ощущает движения воздуха на своей щеке.
- 9.2. В неблагоприятных условиях допустимо определять дыхательные движения грудной клетки раненого на ощупь.
- 9.3. Признаки удушья (непроходимости дыхательных путей):
- грудная клетка двигается, но воздух не проходит через дыхательные пути;
  - слышен храп или бульканье.
- 9.4. Причины удушья:
- инородные тела, кровь или рвота в дыхательных путях;
  - отек при ожоге дыхательных путей;
  - западение языка у раненого без сознания.
- 9.5. Первая помощь при удушье:
- удалить видимые инородные тела, но не искать пальцами вслепую;
  - придать раненому в сознании комфортное положение (сидячее положение или устойчивое боковое положение);
  - придать раненому без сознания устойчивое боковое положение.
- 9.6. При извлечении инородных тел из дыхательных путей необходимо предотвратить закрывание рта раненого и травму пальцев спасателя.
- 9.7. Если вышеуказанные мероприятия не помогают, провести при травме позвоночника – выдвигание нижней челюсти,

если нет травмы позвоночника – запрокидывание головы с подъемом подбородка.

- 9.8. Если вышеуказанные мероприятия не помогают, необходимо установить ротовой или назальный воздуховод.
- 9.9. Ротовой воздуховод не применяется, если раненый находится в сознании.

## 10. Нарушения дыхания

- 10.1. Признаки нарушения дыхания (дыхательной недостаточности):
  - вынужденная поза (наклон вперед, руки опираются на колени);
  - посинение губ (носогубного треугольника);
  - дыхание слишком частое (более 20 раз в минуту);
  - дыхание слишком редкое (менее 6 раз в минуту).
- 10.2. Открытый пневмоторакс возникает вследствие проникающего ранения грудной клетки, при этом имеется входное и выходное отверстие или только входное отверстие.
- 10.3. Если нет уверенности, что ранение грудной клетки проникающее, необходимо обрабатывать ранение как проникающее.
- 10.4. Входное/выходное отверстие может быть не только в области грудной клетки, но и в прилегающих областях.
- 10.5. Признаки открытого пневмоторакса:
  - нарушения дыхания;
  - свистящий или шипящий звук воздуха, выходящего через рану;
  - пузырьки или пена вокруг раны.
- 10.6. При наличии открытого пневмоторакса раненому необходимо на выдохе наложить окклюзионный пластырь, по возможности с клапаном.
- 10.7. При отсутствии окклюзионного пластыря с клапаном можно использовать окклюзионный пластырь без клапана или герметичную повязку из подручных материалов.

- 10.8. Напряженный пневмоторакс возникает вследствие проникающего ранения грудной клетки либо перелома ребер, при этом отверстий может не быть.
- 10.9. Признаки напряженного пневмоторакса:
  - нарушения дыхания усиливаются, при том, что дыхательные пути свободны;
  - не слышно звука воздуха, выходящего через рану;
  - не видно пузырьков или пены вокруг раны;
  - набухание вен шеи.
  - одна сторона грудной клетки отстаёт при дыхании.
- 10.10. При наличии признаков напряженного пневмоторакса раненому необходимо произвести декомпрессию грудной полости при помощи декомпрессионной иглы.
- 10.11. Использование декомпрессионной иглы разрешается только военнослужащим, прошедшим соответствующую подготовку.
- 10.12. После наложения окклюзионного пластыря и/или декомпрессии грудной полости раненый в сознании должен быть приведен в сидячее положение, раненый без сознания - в устойчивое боковое положение.
- 10.13. При наличии пневмоторакса в устойчивом боковом положении раненый должен находиться пораженной стороной вниз.

## 11. Шок

- 11.1. Признаки начинающегося шока:
  - учащенное дыхание более 20 в минуту;
  - учащенный пульс более 120 в минуту;
  - бледная, холодная, потная кожа;
  - тошнота, рвота;
  - жажда.
- 11.2. Признаки тяжелого шока:
  - спутанное сознание;
  - слабый (нитевидный) пульс или отсутствие пульса на запястье;
  - капиллярный ответ более 3 сек.
- 11.3. Помощь при шоке:

- контроль кровотечения;
  - при невозможности инфузии – питье воды;
  - профилактика переохлаждения, по возможности - активное согревание;
  - горизонтальное положение с приподнятыми ногами.
- 11.4. Питье воды не допускается при ранении живота и головы.
- 11.5. При наличии любых признаков шока раненому необходимо установить венозный катетер.
- 11.6. При наличии любых признаков шока необходимо контролировать состояние раненого каждые 5-15 минут.
- 11.7. При наличии признаков тяжелого шока необходимо восполнение кровопотери путем струйной инфузии 500 мл кристаллоидного раствора. В крайнем случае допустима замена кристаллоидного раствора физраствором.
- 11.8. Инфузия свыше 500 мл, а также инфузия крови и других кровезаменителей производится медицинскими специалистами по соответствующим показаниям.
- 11.9. Если нет признаков тяжелого шока, никакая инфузия не проводится.

## 12. Переохлаждение

- 12.1. Признаки переохлаждения:
- невнятная речь;
  - редкое дыхание;
  - сонливость;
  - дрожь/озноб.
  - синюшность губ и кожи на конечностях
- 12.2. После остановки любого массивного кровотечения необходима профилактика переохлаждения.
- 12.3. Мероприятия по профилактике переохлаждения необходимо начинать как можно раньше.
- 12.4. Способы борьбы с переохлаждением:
- защитить раненого от непогоды (снег, дождь, ветер);
  - перенести в теплое помещение/укрытие;
  - заменить мокрую (в том числе пропитанную кровью) одежду на сухую;

- исключить контакт с землей;
  - укрыть раненого подручными средствами;
  - использовать спасательное одеяло;
  - применить источники тепла;
  - подложить теплоизоляционный коврик.
- 12.5. Особое внимание необходимо уделить утеплению головы (обернуть голову по типу капюшона, одеть шапку).
- 12.6. как можно раньше укрыть после манипуляций
- 12.7. Спасательное одеяло необходимо фиксировать липкой лентой для улучшения герметичности.
- 12.8. Раненого с переохлаждением необходимо согреть постепенно, потребление алкоголя исключить.
- 12.9. Инфузионные растворы можно использовать только после подогрева.
- 12.10. Источники тепла (грелки) рекомендуется размещать в области живота, паха, подмышек.

## 13. Обезболивание.

- 13.1. Степени выраженности болевого синдрома:
- слабая - не отвлекает от задачи (уровни 1-3);
  - средняя - мешает выполнению задачи (уровни 4-6);
  - сильная - сосредоточен только на боли (уровни 7-10).
- 13.2. Для обезболивания раненого применяются следующие препараты:
- промедол в шприц-тюбике (наркотический анальгетик);
  - нефопам в шприц-тюбике (ненаркотический анальгетик центрального действия);
  - комбинация мелоксикам+парацетамол (нестероидные противовоспалительные препараты – НПВС).
- 13.3. Применение препаратов:
- слабая боль - 1 таблетка мелоксикама + 1 таблетка парацетамола;
  - средняя боль - 1 инъекция нефопама;
  - сильная боль - 1 инъекция промедола.

- 13.4. Промедол угнетает дыхание и снижает артериальное давление, поэтому он применяется при следующих условиях:
- у раненого нет признаков шока;
  - раненый находится в ясном сознании;
  - раненый кричит от боли, следовательно, общее состояние не тяжелое;
  - отсутствуют признаки расстройства дыхания (дыхательной недостаточности).
- 13.5. Состояние раненого, получившего обезболивание наркотическими анальгетиками, контролируется каждые 5-15 минут.
- 13.6. Обезболивание в красной зоне применяется только в том случае, если невозможно отложить до более безопасной зоны.
- 13.7. Раненому без сознания с множественными ранениями необходимо по возможности сделать инъекцию ненаркотического анальгетика.
- 13.8. Инъекции нужно делать не на стороне ранения, также возможен укол на стороне ранения выше жгута или в грудную мышцу.

## 14. Ожоги

- 14.1. Степени ожогов:
- 1 степень – боль и покраснение без волдырей;
  - 2 степень – волдыри, мокнущая поверхность;
  - 3 степень – омертвление кожи, снижение чувствительности;
  - 4 степень – обугливание кожи и мышц.
- 14.2. Помощь при ожогах:
- прекратить действие пламени;
  - освободить место ожога от одежды, но не отрывать прилипшую ткань;
  - снять все сдавливающие кольца, браслеты и т.п.;
  - охладить место ожога, если ожог не более 10% поверхности тела;

- применить обезболивание;
  - наложить противоожоговую повязку;
  - применить антибиотик;
  - провести профилактику гипотермии (переохлаждения).
- 14.3. При ожогах белым фосфором необходимо прекратить подачу воздуха на пораженный участок путем экстренного наложения повязки, обильно смоченной водой.
- 14.4. Для охлаждения места ожога подставить под струю воды, либо положить влажную салфетку и периодически смачивать ее водой.
- 14.5. Температура воды должна быть ниже температуры тела. Запрещается снег, лёд и ледяная вода.
- 14.6. Охлаждение места ожога производится в течение 10-15 минут. После охлаждения место ожога необходимо обсушить.
- 14.7. При температуре окружающего воздуха ниже нуля дополнительное охлаждение не производится.
- 14.8. При ожогах 20% поверхности тела необходимо восполнение потери жидкости.

## 15. Переломы

- 15.1. Признаки перелома:
- сильная боль и отек;
  - видимая деформация, неестественное положение конечностей;
  - разная длина или форма конечностей;
  - потеря пульса или чувствительности;
  - треск или хруст под кожей.
- 15.2. В процессе оказания помощи при переломе необходимо:
- проверить сопутствующие травмы;
  - закрыть открытые раны;
  - не двигать раненого до окончания наложения шины;
  - не двигать конечностью раненого при наложении шины;
  - зафиксировать сустав выше и сустав ниже перелома.



- 15.3. При отсутствии шины необходимо фиксировать поврежденную ногу к другой ноге, поврежденную руку – к туловищу (аутоиммобилизация).
- 15.4. При переломах руки необходимо зафиксировать конечность раненого к рубашке, либо использовать косынку.
- 15.5. Торчащие отломки кости из раны не вынимать, зафиксировать как инородное тело.
- 15.6. Перед наложением шины необходимо проверить пульс ниже места перелома. Если пульс был, но пропал после наложения шины, необходимо ослабить повязку.

## 16. Травмы головы

- 16.1. Признаки травмы головы:
  - рана/деформация черепа;
  - изменение сознания;
  - расширение зрачков;
  - потемнение кожи вокруг глаз;
  - течение жидкости из носа/ушей;
  - потемнение кожи за ушами;
  - зрачки разного размера;
  - косоглазие;
  - паралич руки и ноги с одной стороны.
- 16.2. Симптомы сотрясения мозга:
  - головная боль;
  - головокружение;
  - кратковременная потеря сознания;
  - рвота;
  - звон в ушах;
  - потеря памяти;
  - двоение в глазах.
- 16.3. При травме головы наркотические анальгетики не применять, использовать НПВС и нефопам.
- 16.4. По возможности раненому необходимо придать положение полусидя, с возвышением головы примерно на 30 гр.
- 16.5. При травме головы необходим дополнительный контроль:
  - уровня сознания;

- величины артериального давления;
  - проходимости дыхательных путей (возможна рвота).
- 16.6. При проведении контроля необходимо учитывать период мнимого благополучия, когда в первые часы после травмы головы состояния раненого удовлетворительно, но затем оно ухудшается.
- 16.7. В случае падения артериального давления ниже 110 мм рт ст необходима инфузионная терапия.
- 16.8. Показания для экстренной эвакуации при сотрясении мозга:
- ухудшение сознания;
  - нарастающее возбуждение;
  - повторная рвота;
  - судороги;
  - слабость в руках или ногах;

## 17. Карточка раненого

- 17.1. Информация о раненом:
- личный номер;
  - позывной
  - очередь эвакуации;
  - фамилия, имя, отчество;
  - звание;
  - дата и время ранения;
  - известная аллергия.
- 17.2. Причины ранений:
- артобстрел;
  - взрыв;
  - падение;
  - мина;
  - РПГ;
  - СВУ;
  - огнестрел;
  - пламя;
  - граната;
  - другое.
- 17.3. Вид и место повреждения:

- проникающее;
- рваная рана;
- ампутация;
- перелом;
- колотое;
- ушиб;
- ожог \_\_\_\_ %;
- выпадение органов;
- другое.

#### 17.4. Измерения:

- время;
- пульс;
- давление;
- дыхание;
- SpO<sub>2</sub>;
- сознание;
- боль 0-10.

#### 17.5. Кровотечение:

- жгут;
- тампонада;
- гемостатик;
- давящая повязка;
- другое.

#### 17.6. Дыхательные пути:

- норма;
- назальный воздуховод;
- ротовой воздуховод;
- крикотомия;
- интубация;
- другое.

#### 17.7. Дыхание:

- норма;
- кислород;
- окклюзионный пластырь;
- декомпрессия;
- другое.

- 17.8. Иммобилизация:
- таз;
  - шея;
  - рука;
  - нога.
- 17.9. Другое:
- глазной щиток (правый, левый);
  - профилактика переохлаждения.
- 17.10. Препараты:
- путь;
  - объем;
  - время.
- 17.11. Заметки.
- 17.12. Сразу после выполнения всех мероприятий по алгоритму КУЛАК информация о проведенных мероприятиях вносится в карточку раненого.
- 17.13. Информация о проведенных мероприятиях по алгоритму БАРИН вносится в карточку раненого после выполнения каждого мероприятия.
- 17.14. Паспортная часть карты раненого заполняется заранее разборчиво самим военнослужащим после получения АППИ и хранится в ней.
- 17.15. Военнослужащий обязан заполнить:
- личный номер;
  - позывной
  - фамилия, имя, отчество;
  - звание.
- 17.16. Информация, передаваемая группе эвакуации:
- причина ранения;
  - вид (характер) ранения;
  - место (локализация) ранения;
  - состояние раненого;
  - объем оказанной помощи.

## 18. Установка турникета одной рукой

- 18.1. Вытащи турникет из аптечки или подсумка. Доставай турникет рогами вверх и к себе воротком.
- 18.2. Просунь руку через петлю турникета.
- 18.3. Поставь турникет выше раны (при экстренном наложении - максимально высоко). Рога и вороток должны быть спереди/сбоку.
- 18.4. Убедись, что туго затянул стропу. Закрепи стропу турникета, соединив липучки.
- 18.5. Вращай вороток, останови кровь.
- 18.6. Закрепи вороток на рогах.
- 18.7. Протяни конец стропы между рогами.
- 18.8. Застегни ленту на рогах.
- 18.9. Запиши время установки (при экстренном наложении - по возможности).
- 18.10. Проверь пульс на руке. Если пульс есть, затяни турникет.
- 18.11. Типичные ошибки при установке турникета:
  - помогал раненой рукой при установке турникета;
  - слабо затянул стропу, слишком много оборотов воротка;
  - установил турникет на сустав, турникет не сработал;
  - расположил вороток сзади/кнутри, трудно вращать;
  - расположил рога книзу, трудно вращать;
  - не протянул конец стропы между рогами;
  - не застегнул ленту на рогах, вороток может выскочить;
  - не записал время установки, невозможно контролировать длительность;
  - не проверил пульс, возможно, турникет не сработал;
  - не успел установить турникет за 30 секунд.
- 18.12. После покупки/получения турникета:
  - удали упаковку;
  - визуальное осмотри на наличие дефектов;
  - уложи либо гармошкой, либо кольцом;
  - закрепил липучку на одном роге
  - удали липучку под язычком стропы и под рогами

## 19. Установка турникета двумя руками

- 19.1. Вытащи турникет из аптечки или подсумка. Доставай турникет рогами вверх и к себе воротком.
- 19.2. Просунь конец в пряжку.
- 19.3. Поставь турникет выше раны (при экстренном наложении - максимально высоко). Рога и вороток должны быть спереди/сбоку.
- 19.4. Убедись, что туго затянул стропу. Закрепи стропу турникета, соединив липучки.
- 19.5. Вращай вороток, останови кровь.
- 19.6. Закрепи вороток на рогах.
- 19.7. Протяни конец стропы между рогами.
- 19.8. Застегни ленту на рогах.
- 19.9. Запиши время установки (при экстренном наложении - по возможности).
- 19.10. Проверь пульс (при экстренном наложении - по возможности). Если пульс есть, затяни турникет.
- 19.11. Типичные ошибки при установке турникета:
  - слабо затянул стропу, слишком много оборотов воротка;
  - установил турникет на сустав, турникет не сработал;
  - расположил вороток сзади/кнутри, трудно вращать;
  - расположил рога книзу, трудно вращать;
  - не соединил липучку на всем протяжении;
  - не застегнул ленту на рогах, вороток может выскочить;
  - не записал время установки, невозможно контролировать длительность;
  - не проверил пульс, возможно, турникет не сработал;
  - не успел установить турникет за 30 секунд.
- 19.12. После покупки/получения турникета:
  - удали упаковку;
  - визуально осмотри на наличие дефектов;
  - уложи либо гармошкой, либо кольцом;
  - закрепил липучку на одном роге
  - удали липучку под язычком стропы и под рогами

## 20. Наложение жгута одной рукой

- 20.1. Вытащи жгут из аптечки или подсумка.
- 20.2. Зажми конец жгута в зубах. По возможности зажимай жгут боковыми, а не передними зубами. Если не можешь зажать зубами - пробуй коленом или за снаряжение.
- 20.3. Заведи жгут за руку сверху.
- 20.4. Сильно натяни жгут перед наложением.
- 20.5. Оберни жгут вокруг руки, прижми конец.
- 20.6. Наложить второй тур поверх первого. Не ослабляй натяжение все время.
- 20.7. Накладывай туры, пока хватает жгута (минимум три тура).
- 20.8. Завяжи узел, не отпуская конец.
- 20.9. Затяни узел, завяжи второй.
- 20.10. Запиши время наложения (при экстренном наложении - по возможности).
- 20.11. При плановом наложении по возможности накладывай туры черепицей (следующий тур накрывает половину предыдущего).
- 20.12. Типичные ошибки при наложении жгута:
  - помогал раненой рукой при наложении жгута;
  - не натянул жгут перед наложением;
  - не сделал перехлест жгута первым туром, не прижал конец
  - наложил жгут на сустав, жгут не сработал;
  - туры жгута не перекрывают друг друга (промежутки между витками жгута);
  - свободный конец жгута слишком короткий, невозможно завязать узел;
  - завязан один узел вместо двух;
  - не проверил пульс, возможно, жгут не сработал;
  - не записал время установки, невозможно контролировать длительность;
  - не успел наложить жгут за 30 секунд.

## 21. Наложение жгута двумя руками

- 21.1. Вытащи жгут из аптечки или подсумка.
- 21.2. Продень жгут под конечностью.
- 21.3. Сильно натяни жгут перед наложением.
- 21.4. Перекрести жгут, прижми конец.
- 21.5. Наложить второй тур поверх первого. Не ослабляя натяжение все время.
- 21.6. Повторяй, насколько хватит длины (минимум три тура).
- 21.7. Завяжи узел, а потом второй.
- 21.8. Запиши время наложения (при экстренном наложении - по возможности).
- 21.9. При плановом наложении по возможности накладывай туры черепицей (следующий тур накрывает половину предыдущего).
- 21.10. Типичные ошибки при наложении жгута:
  - не сделал перехлест жгута первым туром, не прижал конец
  - наложил жгут на сустав, жгут не сработал;
  - туры жгута не перекрывают друг друга (промежутки между витками жгута);
  - свободный конец жгута слишком короткий, невозможно завязать узел;
  - завязан один узел вместо двух;
  - не проверил пульс, возможно, жгут не сработал;
  - не записал время установки, невозможно контролировать длительность;
  - не успел наложить жгут за 30 секунд.

## 22. Установка турникета из подручных средств

- 22.1. Место наложения на 5-8 см. выше раны.
- 22.2. Протяни ленту под конечностью.
- 22.3. Завяжи половину узла туго и ровно.
- 22.4. Заверши узел поверх воротка.
- 22.5. Закрути вороток, останови кровь.
- 22.6. Завяжи вторую ленту на воротке.
- 22.7. Закрепи конец воротка.



22.8. Можно использовать в качестве ленты:

- полоска ткани;
- бандана;
- штанина;
- полотенце.

22.9. Нельзя использовать в качестве ленты:

- электрический шнур;
- ремень/стропу;
- проволоку;
- веревку;
- ручку/карандаш;
- кабельную стяжку.

22.10. Типичные ошибки при наложении турникета из подручных средств:

- установил турникет на сустав, турникет не сработал;
- использовал неподходящие материалы;
- не завязал первую половину узла перед применением воротка;
- не закрепил вороток второй лентой;
- не записал время установки, невозможно контролировать длительность;
- не проверил пульс, возможно, турникет не сработал;
- не успел установить турникет за 30 секунд.

## 23. Тугая тампонада раны

23.1. Разрежь одежду, открой рану.

23.2. Достань гемостатический/простой бинт.

23.3. Плотно уложи бинт, не ослабляя давление.

23.4. Правильно: бинт плотно уложен внутри. Сверху остаток бинта должен возвышаться на 2-5 см.

23.5. Неправильно: бинт уложен только сверху.

23.6. Надави и держи 5 минут, если бинт с гемостатиком и 10 минут, если бинт без гемостатика.

23.7. Убедись, что кровотечение остановлено.

23.8. Наложил давящую повязку на рану.

23.9. Типичные ошибки при тугой тампонаде раны:

- затампонировал не туго, тампонада не сработала;
- ослабил давление в процессе тампонады
- не положил сверху остаток бинта для лучшего давления на рану давящей повязкой;
- держал менее положенного времени, кровотечение возобновилось;

## 24. Давящая повязка

- 24.1. Придави рану подушкой и не отпускай.
- 24.2. Плотно наложи два тура по краям подушки.
- 24.3. Протяни бинт между рогами. Рога должны быть над раной.
- 24.4. Поменяй направление укладки бинта.
- 24.5. Закрой рога слоями бинта.
- 24.6. Закрепи конец бинта застежкой.
- 24.7. Убедись, что повязку наложил не слишком туго (нет пульса, конечность бледная или синюшная).
- 24.8. Типичные ошибки при наложении давящей повязки:
  - наложил повязку недостаточно туго;
  - на наложил полных три тура;
  - не закрыл бинтом края подушки;
  - не расположил рога над раной;
  - наложил слишком туго.

## 25. Кровотечение из шеи

- 25.1. Дави на рану рукой, пока достаем бинт. При давлении на рану можно использовать кусок ткани (воротник, шапку и т.д.).
- 25.2. Плотно уложи в рану бинт, туго затампонируй рану. Может потребоваться более одного бинта.
- 25.3. Положи еще бинт, продолжай давить. Должна быть горка бинта на 3-5 см.
- 25.4. Надави и держи 5 минут, если бинт с гемостатиком и 10 минут, если бинт без гемостатика и обстановка позволяет
- 25.5. Проверь, остановил ли кровотечение. Если кровотечение продолжается (кровь сочится через бинт), увеличь плотность тампонады и давление на рану.
- 25.6. Наложить эластичный бинт или жгут, не ослабляя давления.

- 25.7. Забинтуй наискосок через подмышку.
- 25.8. Концы бинта или жгута завяжи узлом вокруг ближнего плеча.
- 25.9. Закрепи узел скотчем, фиксируй ближнюю руку к груди.
- 25.10. Типичные ошибки при остановке кровотечения из шеи:
  - не давил на рану рукой, пока доставал бинт;
  - после тампонады давил меньше времени, чем нужно;
  - не зафиксировал повязку;
  - не закрепил узел.

## 26. Кровотечение из подмышки

- 26.1. Подними руку, оцени кровотечение. Дави на рану рукой, пока достаешь бинт. При давлении на рану можно использовать кусок ткани (воротник, шапку и т.д.).
- 26.2. Удерживай руку раненого под углом примерно 90 гр к туловищу. Если раненый сидит, положи его руку себе на плечо.
- 26.3. Плотно уложи бинт в рану, туго затампонируй рану. Может потребоваться более одного бинта.
- 26.4. Положи еще бинт, продолжай давить. Должна быть горка бинта на 3-5 см.
- 26.5. Надави и держи 5 минут, если бинт с гемостатиком и 10 минут, если бинт без гемостатика и обстановка позволяет.
- 26.6. Проверь, остановил ли кровотечение. Если кровотечение продолжается (кровь сочится через бинт), увеличь плотность тампонады и давление на рану.
- 26.7. Наложил эластичный бинт или жгут, не ослабляя давления.
- 26.8. Оберни эластичный бинт сзади “восьмеркой” через спину.
- 26.9. Концы бинта завяжи узлом вокруг ближнего плеча.
- 26.10. Фиксируй раненую руку к груди.
- 26.11. Типичные ошибки при остановке кровотечения из подмышки:
  - не давил на рану рукой, пока доставал бинт;
  - после тампонады давил меньше времени, чем нужно;
  - не зафиксировал повязку;
  - не закрепил узел.

## 27. Кровотечение из паха

- 27.1. Дави на рану основанием ладони или коленом, пока достнешь бинт. При давлении на рану можно использовать кусок ткани, шапку и т.д.
- 27.2. Плотнo уложи бинт в рану, туго затампонируй рану. Может потребоваться более одного бинта.
- 27.3. Положи еще бинт, продолжай давить. Должна быть горка бинта на 3-5 см.
- 27.4. Надави и держи 5 минут, если бинт с гемостатиком и 10 минут, если бинт без гемостатика и обстановка позволяет.
- 27.5. Проверь, остановил ли кровотечение. Если кровотечение продолжается (кровь сочится через бинт), увеличь плотность тампонады и давление на рану.
- 27.6. Помести жесткий округлый предмет (пластиковую бутылку с водой, армейскую флягу, теннисный мяч) или валик из подручных материалов (шапка, косынка, ППИ) сбоку от паха.
- 27.7. Соедини два турникета.
- 27.8. Размести турникет пряжкой кнутри. Площадка с воротком должна быть на месте раны.
- 27.9. Убедись, что затянул стропу.
- 27.10. Поверни вороток, останови кровь.
- 27.11. Закрепи вороток, застегни ленту.
- 27.12. Типичные ошибки при остановке кровотечения из паха:
  - не давил на рану, пока доставал бинт;
  - после тампонады давил меньше времени, чем нужно;
  - не использовал опорный предмет для давления на рану;
  - слабо затянул стропу турникета, слишком много оборотов воротка;
  - не застегнул ленту на рогах, вороток может выскочить.

## 28. Запрокидывание головы с подъемом подбородка

- 28.1. Положи раненого на спину на твердую, ровную поверхность.
- 28.2. Встань на колени сбоку на уровне плеч раненого. Ощупай шейные позвонки, если нет ощутимых повреждений, сними шлем и продолжи мероприятие.
- 28.3. Вставив пальцы между челюстями через щеки раненого открой ему рот. Посмотри, нет ли препятствий в дыхательных путях (надрывы, перекрытие, сломанные зубы, ожог, отек, рвотные массы и т.д.). Если препятствия есть, быстро устрани их.
- 28.4. Надави ладонью на лоб, запрокинь голову.
- 28.5. Пальцами выдвини подбородок вверх. Большой палец при этом не используй.
- 28.6. Смотри, как двигается грудная клетка раненого.
- 28.7. Наклонись к лицу раненого.
- 28.8. Послушай дыхание раненого.
- 28.9. Почувствуй дыхание раненого на лице.
- 28.10. Измерь частоту дыхания.
- 28.11. Типичные ошибки при запрокидывании головы с подъемом подбородка:
  - не проверил препятствия в дыхательных путях;
  - не проверил дыхание раненого после мероприятия.

## 29. Выдвижение нижней челюсти

- 29.1. Положи раненого на спину на твердую, ровную поверхность.
- 29.2. Встань на колени за головой раненого лицом к ногам, сними шлем с раненого.
- 29.3. Вставив пальцы между челюстями через щеки раненого открой ему рот. Посмотри, нет ли препятствий в дыхательных путях (надрывы, перекрытие, сломанные зубы, ожог, отек, рвотные массы и т.д.). Если препятствия есть, быстро устрани их.

- 29.4. Упрись локтями в землю, держи голову руками в области углов нижней челюсти, ниже ушей раненого. Не наклоняй и не вращай голову раненого.
- 29.5. Выдвини вверх нижнюю челюсть, используй указательные и большие пальцы.
- 29.6. Наклонись к лицу раненого.
- 29.7. Смотри, как двигается грудная клетка раненого.
- 29.8. Послушай дыхание раненого.
- 29.9. Почувствуй дыхание раненого на лице.
- 29.10. Измерь частоту дыхания.
- 29.11. Типичные ошибки при выдвигании нижней челюсти:
  - не проверил препятствия в дыхательных путях;
  - не проверил дыхание раненого после мероприятия.

## 30. Ротовой воздуховод

- 30.1. Убедись, что во рту нет препятствий, а дыхательные пути открыты.
- 30.2. Запрокинь голову назад, челюсть вперед.
- 30.3. Размер от подбородка до угла челюсти.
- 30.4. Открой рот скрещенными пальцами.
- 30.5. Плавно вводи воздуховод в рот.
- 30.6. Введи воздуховод примерно наполовину.
- 30.7. Поверни на 180 гр. и введи полностью.
- 30.8. Оцени дыхание раненого.
- 30.9. Закрепи воздуховод бинтом вокруг головы раненого.
- 30.10. Если раненый показывает признаки сознания или реагирует на введение воздуховода, прекрати введение.
- 30.11. Типичные ошибки при установке ротового воздуховода:
  - неправильно подобрал размер воздуховода;
  - не повернул воздуховод на 180 гр после введения наполовину;
  - пытался установить воздуховод раненому в сознании;
  - слишком глубоко ввел воздуховод в рот;
  - не закрепил конец воздуховода бинтом.

## 31. Назальный воздуховод

- 31.1. Положи раненого на спину. Лицо должно быть направлено ровно вверх.
- 31.2. Осмотри носовые ходы. Убедись, что нет препятствий.
- 31.3. Смажь воздуховод смазкой или слюной.
- 31.4. Открой правую ноздрю. Для этого отведи кончик носа кверху и влево.
- 31.5. Скошенный конец воздуховода должен быть направлен к перегородке носа.
- 31.6. Введи воздуховод под прямым углом к земле.
- 31.7. Плавно и без усилий вводи воздуховод в ноздрю. Если возникло препятствие, покрути и продолжи введение.
- 31.8. Воздуховод должен войти полностью. Фланец должен упереться в нос.
- 31.9. Оцени дыхание раненого.
- 31.10. Если не удалось установить воздуховод в правую ноздрю, попробуй в левую.
- 31.11. Придай раненому сидячее или устойчивое боковое положение. Если раненый без сознания - только устойчивое боковое положение.
- 31.12. Типичные ошибки при установке назального воздуховода:
  - не использовал смазку;
  - ввел воздуховод с большим сопротивлением;
  - скошенный конец воздуховода направил от перегородки, возможно закрытие отверстия мягкими тканями;
  - не ввел воздуховод полностью.

## 32. Окклюзионный пластырь

- 32.1. Обеспечь доступ к ране. Если ран несколько обрабатывай раны в порядке обнаружения.
- 32.2. Достань салфетку из упаковки (при наличии), протри место ранения. Также можно использовать чистую сухую ткань.
- 32.3. Сними защитную пленку с пластыря. При температуре окружающего воздуха ниже ноля, согрей пластырь (например, приложи ладонь плотно к пластырю на 10-30 секунд) для лучшего прилипания.

- 32.4. Наклей пластырь во время выдоха. Центр отверстия должен совпадать с центром пластыря.
- 32.5. Убедись, что пластырь приклеился. При необходимости используй скотч для крепления краев пластыря.
- 32.6. Убедись, что окклюзионный пластырь работает во время дыхания. Когда раненый вдыхает, пластырь должен прилипнуть к ране и не давать воздуху войти в грудную клетку. Когда раненый выдыхает, пластырь должен пропускать воздух наружу.
- 32.7. Переверни раненого, поищи другие раны.
- 32.8. Если раненый в сознании, посади его. Если раненый без сознания, придай ему устойчивое боковое положение местом ранения вниз. Оцени дыхание раненого, убедись, что нет признаков напряженного пневмоторакса.
- 32.9. Типичные ошибки при наложении окклюзионного пластыря:
  - не протер насухо кожу вокруг раны, пластырь плохо приклеился;
  - не проверил работу пластыря;
  - не осмотрел раненого, не нашел другие раны;
  - не оценил дыхание раненого после наложения пластыря, не заметил ухудшения.

### 33. Декомпрессионная игла

**ВАЖНО!** Опасная процедура, нужна специальная подготовка!

- 33.1. Проверь работу окклюзионного пластыря, выпусти воздух или замени пластырь, если нужно.
- 33.2. Определи точку ввода иглы. Отсчет веди от первого межреберья, которое расположено сразу под ключицей. Точка А - второе межреберье по среднеключичной линии кнаружи от линии соска. Точка Б - пятое межреберье по передней подмышечной линии.
- 33.3. Протри место укола, по возможности используй антисептик. Введи иглу под прямым углом к груди.
- 33.4. Вводи иглу по верхнему краю ребра.



- 33.5. Подожди 10 сек. пока выйдет воздух, вытащи иглу, оставь катетер.
- 33.6. Воздух должен выйти через катетер, через несколько минут нарушения дыхания должны уменьшиться.
- 33.7. Если нужно, введи вторую иглу на той же стороне в другой точке.
- 33.8. Если раненый в сознании, посади его. Если раненый без сознания, придай ему устойчивое боковое положение местом ранения вниз.
- 33.9. Типичные ошибки при декомпрессии грудной клетки:
- пункция на стороне здорового легкого;
  - пункция вне стандартных точек прокола;
  - прокол под углом, отличающимся от 90 градусов;
  - пункция по нижнему краю верхнего, риск повреждения межреберной артерии;
  - прокол на глубину более 5-6 см (введение иглы на всю длину сразу);
  - не проверил дыхание раненого после мероприятия.