



БАЗОВЫЙ КУРС ВМП



Россия, 01.02.2024, версия 1.1

t.me/center_svarog

Курс написан действующими военными санинструкторами и медиками. Основано на личном опыте в современных вооружённых конфликтах.

Больше материалов, запись на курсы, вопросы и пожелания:



✉ vk.com/center_svarog
✉ t.me/center_svarog
t.me/tacmeddoc

ПЛАН ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ЗАНЯТИЯ

- 1) Учебные блоки ~50 минут. Перерывы до 10 минут
- 2) Большой перерыв на обед ~45 минут.
- 3) Окончание по фактическому прохождению.



ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МОМЕНТЫ

- 1) Материальная база есть вскрытая и новая.
Вскрытую можно смотреть и пробовать. Новую не вскрываем!
- 2) Мат.базу обязательно возвращаем на то место, откуда взяли
- 3) Не фотографируем примеры с биоматериалом и ранениями
- 4) **Появился вопрос: запишите, задайте в конце блока.**
Глупых вопросов не бывает. На все вопросы ответим.
Не отвечаем сразу, чтобы не выбиваться из расписания.
- 5) Информация по изделиям актуальна на момент составления презентации. Качество изделий может меняться.



ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ЗАНЯТИЯ

1) Статика:

- 1) Самопомощь (работа максимально спокойно, на технику)
- 2) Самопомощь с условием тактических вводных
- 3) Взаимопомощь (двойки)
- 4) Взаимопомощь, эвакуация (тройки, отделения)

Обед

- 5) Десмургия, подготовка к транспортировке пострадавшего (двойки, тройки, отделения)

2) Динамика:

- 1) Учебная задача №1 (до 60 мин)
- 2) Учебная задача №2 (до 60 мин)
- 3) Учебная задача №3 (акцент на сложность эвакуации по пересеченному рельефу местности, окончание занятия по фактическому выполнению задачи).

Обязательно защита глаз! Желательно личное оружие и СИБЗ (бронежилет, шлем), медицинский подсумок, камуфляж, обувь с высоким берцем, налобный фонарик.



НОРМАТИВЫ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Гражданские
нормативы первой
медицинской
помощи

Военные
нормативы первой
медицинской
помощи

Практика первой
медицинской
помощи в условиях
общевойскового боя



№323-ФЗ



Приказ №760



Мы
здесь

- 1) Фактическая тактическая обстановка
- 2) Приоритет жизнеугрожающих состояний
- 3) Всё остальное



ЧТО ВЛИЯЕТ НА ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ



**Тактическая обстановка
и окружающие условия**



**Характер ранений
и уровень подготовки
подразделения**



**Фактическое
наличие препаратов,
задержка эвакуации**

Помощь в госпитале



Помощь в бою



VS



t.me/center_svarog



КРАСНАЯ, ЖЁЛТАЯ, ЗЕЛЁНАЯ ЗОНЫ

ТЕКУЩАЯ ТАКТИЧЕСКАЯ ОБСТАНОВКА

КРАСНАЯ ЗОНА

Прямой огневой контакт с противником

ЖЁЛТАЯ ЗОНА

Временное укрытие на 2-3 минуты (до 5 минут)

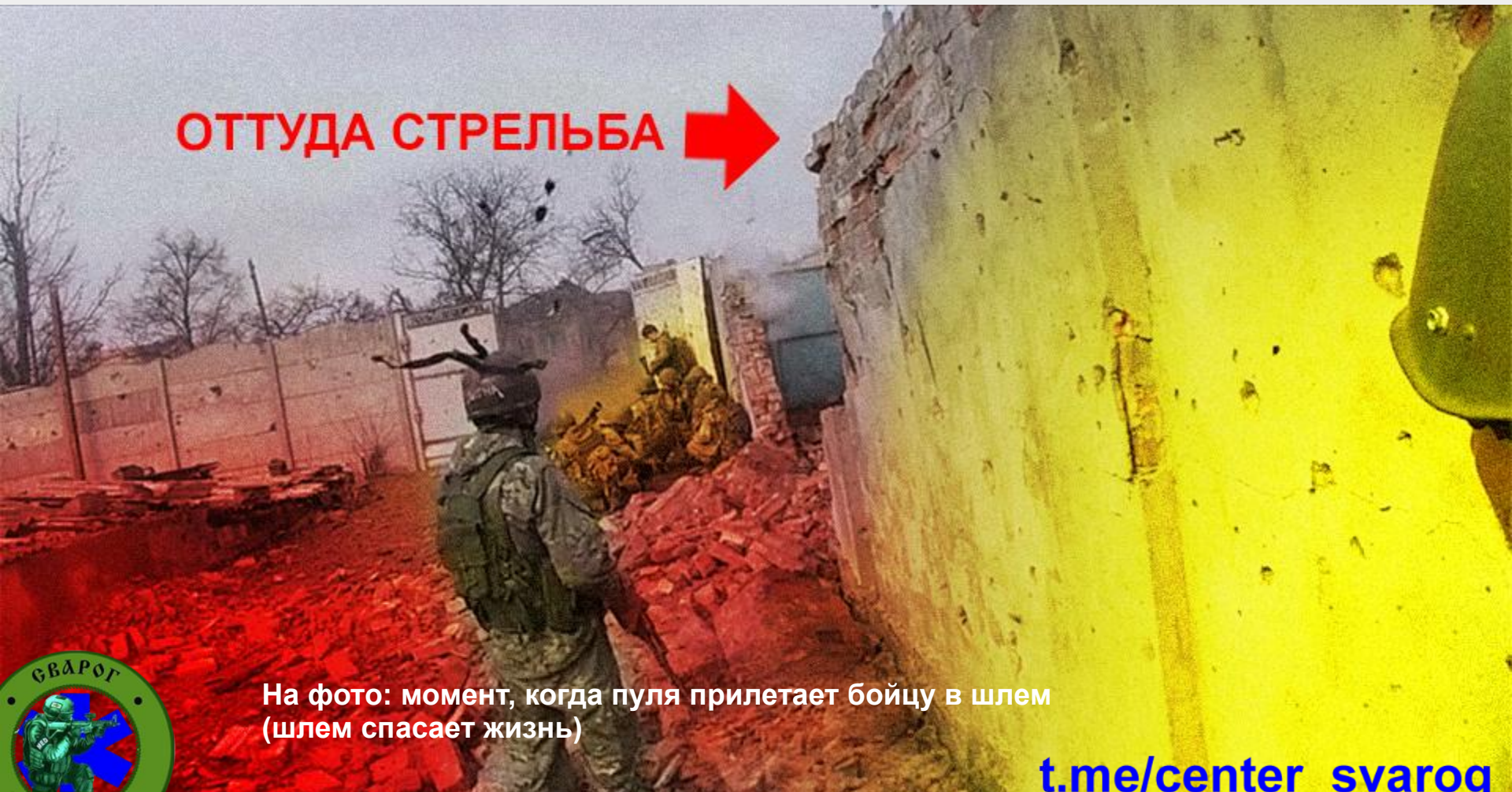
ЗЕЛЁНАЯ ЗОНА

Условная безопасность



ПРИМЕР ТАКТИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ

ОТТУДА СТРЕЛЬБА ➡



На фото: момент, когда пуля прилетает бойцу в шлем
(шлем спасает жизнь)



t.me/center_svarog

ПРИМЕР ТАКТИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ



ПРОТИВНИК ВЕДЁТ
ОГОНЬ ОТСЮДА

Прямой огневой контакт

Укрытие от прямого огня

Подвалы домов

Зоны показаны схематично на конкретный момент времени
Точка эвакуации находится за кадром



t.me/center_svarog

КРАСНАЯ ЗОНА

Место непосредственного огневого контакта
Задачи самопомощи:

- 1) Занять укрытие, подавить противника огнём
- 2) Громко оповестить товарищей о своём ранении:
«*Ранен, живот!*», «*Я триста, левая нога!*» и т.п.
- 3) Начать оказывать самопомощь



КРАСНАЯ ЗОНА

Место непосредственного огневого контакта
Задачи взаимопомощи:

- 1) Обеспечить собственную безопасность, выполнение боевой задачи
- 2) Подавить противника огнём
- 3) Установить голосовой контакт с раненым. Проверить свой-чужой. Корректировать его действия: *«Ползи сюда!», «Наложить жгут!», «Лежи не двигайся!»* и т.п.
- 4) Переместить раненого в жёлтую зону



КРАСНАЯ ЗОНА

Место непосредственного огневого контакта
Тактика работы:

- 1) Работаем строго лёжа, укрываемся за раненым
- 2) За исключением больших открытых пространств – медицинские манипуляции не проводятся в условиях красной зоны, только перемещение раненого в жёлтую зону
- 3) «Хватаем раненого и сбываем отсюда» ©



ЖЁЛТАЯ ЗОНА

Временное укрытие. 2-3 минуты (до 5 минут)

Задачи само- и взаимопомощи:

- 1) Устранить жизнеугрожающие состояния
- 2) Провести беглый осмотр на наличие других повреждений
- 3) По ситуации: обезболить
- 4) Переместить раненого в зелёную зону



ЖЁЛТАЯ ЗОНА

Временное укрытие. 2-3 минуты (до 5 минут)

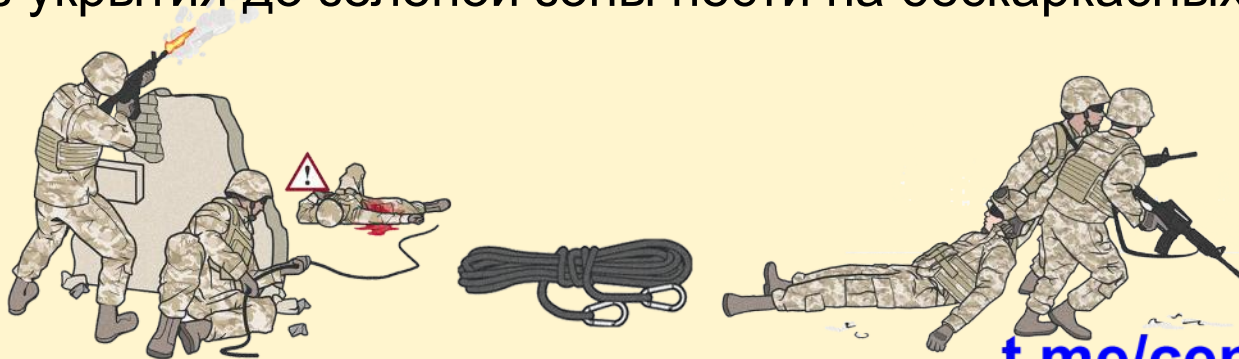
Тактика работы:

- 1) Обеспечить выполнение боевой задачи, собственную безопасность
- 2) Работаем лёжа или с колена
- 3) Время нахождения в жёлтой зоне 2-3 минуты (до 5 минут)
- 4) Если не маневрируете вы – маневрирует ваш противник
- 5) Противник может откорректировать по вам тяжелые средства поражения: миномёты, АГС
- 6) Жёлтая зона может очень быстро превратиться в красную



ВЫНОС НЕПОДВИЖНОГО РАНЕНОГО КРАСНАЯ → ЖЁЛТАЯ → ЗЕЛЁНАЯ ЗОНЫ

- 1) Обеспечить собственную безопасность и огневое прикрытие
- 2) Быстро, лежа или пригнувшись бегом, добраться до раненого:
 - а) зацепить стропу за снаряжение раненого или
 - б) схватить за снаряжение и вытащить в укрытие
 - с) оказать первую помощь, устранить угрозу жизни
- 3) Из укрытия до зелёной зоны нести на бескаркасных носилках



ЗЕЛЁНАЯ ЗОНА

Условная безопасность
Особенности определения «зелёной» зоны:



Зелёная зона ≠ точка эвакуации

От укрытия до точки эвакуации раненого доставляем на носилках.
Точка эвакуации – место, куда подъезжает техника

Зелёная зона ≠ госпиталь

Это временное укрытие, где можно работать в полный рост
(складка местности, блиндаж, подвал, бетонный гараж и т.п.)



ЗЕЛЁНАЯ ЗОНА

Условная безопасность
Задачи взаимопомощи (1/2):



- 1) Купирование жизнеугрожающих состояний.
Проверка действий, выполненных в жёлтой зоне,
исправление допущенных ошибок
- 2) Подробный вторичный осмотр
- 3) По показаниям – постановка внутривенного доступа



ЗЕЛЁНАЯ ЗОНА

Условная безопасность
Задачи взаимопомощи (2/2):



- 4) Сохранение здоровья раненого, в т.ч. тампонада раны, наложение повязок, ослабление турникета
- 5) **ПОДГОТОВКА К ЭВАКУАЦИИ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ,**
в т.ч. иммобилизация, температурный комфорт
- 6) Запись произведенных манипуляций в карточке раненого, по показаниям – антибактериальная терапия



ЗЕЛЁНАЯ ЗОНА

Условная безопасность
Тактика работы:



- 1) Работаем с колена, допустима работа стоя, в 4 руки
- 2) Обеспечиваем светомаскировку
- 3) Работаем так, как хочется, чтобы работали с вами
- 4) Боремся не только за жизнь, но и за здоровье раненого

**Подробно работу в «зелёной» зоне
разбираем во второй части занятия**



СВОИХ РАНЕНЫХ НЕ БРОСАЕМ! СОБЛЮДАЕМ ВАЖНЫЕ ПРАВИЛА:

- 1) При активном огневом контакте в красной зоне, решение проблем пострадавшего – дело рук самого пострадавшего
- 2) **Помощь раненому оказывать из аптечки раненого.**
Нет аптечки – нет помощи. Не культивировать «бомж-культ»
- 3) Подготовить свою аптечку заранее.
Не уповать на подручные средства
- 4) Сначала помочь раненым в сознании, затем без сознания (по ситуации)





ОТМС

ОРГАНИЗАЦИЯ И ТАКТИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

См. курс:
**Сортировка.
Стабилизация
и эвакуация**



ОСНОВНЫЕ ВИДЫ СУХОПУТНЫХ ВОИНСКИХ ФОРМИРОВАНИЙ

Отделение

Взвод

Рота/батарея

Батальон/дивизион

Полк

Бригада

Дивизия

Корпус

Армия

~ 6—12 человек:

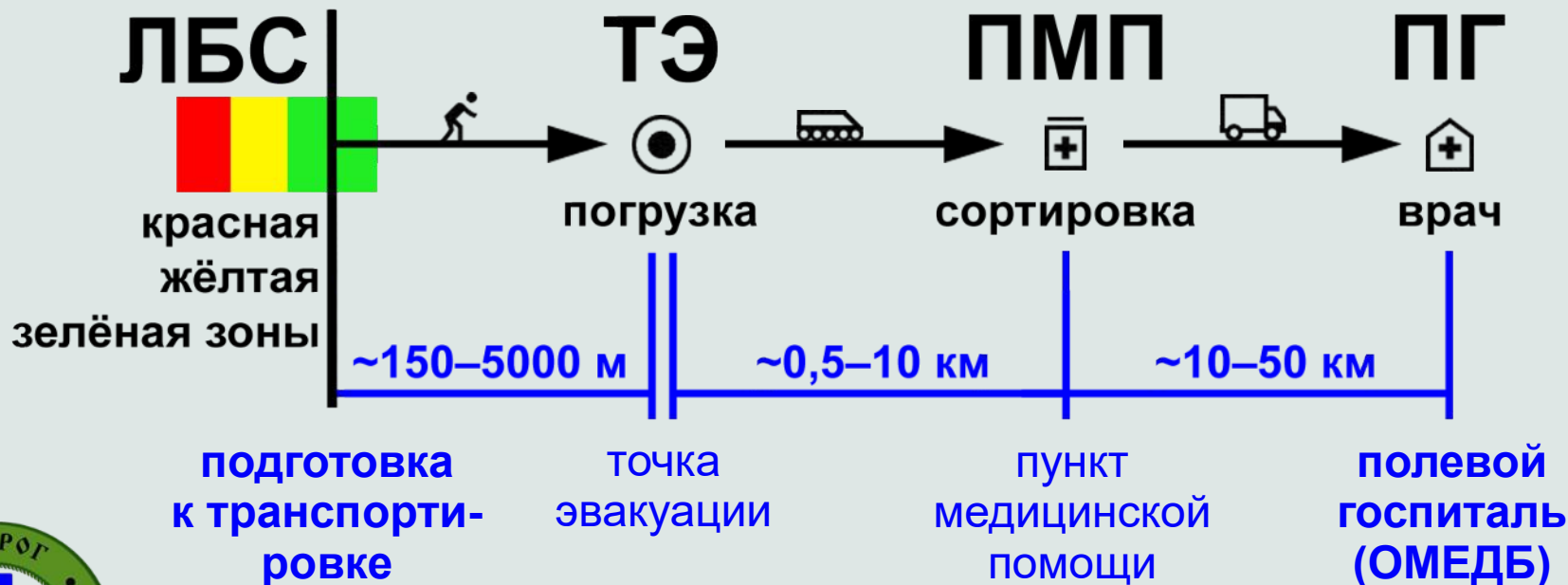
- ✓ Командир отделения
- ✓ Номера тяжелого вооружения
- ✓ Стрелок-санинструктор
- ✓ Рядовые стрелки

Мы
здесь



ЭВАКУАЦИЯ РАНЕНОГО

В зелёной зоне важно подготовить раненого к эвакуации из точки эвакуации (ТЭ)



СРЕДСТВА ЭВАКУАЦИИ

Как раненый подготовлен, так он и поедет до ПМП или ПГ

МТ-ЛБ



ЛИНЗА

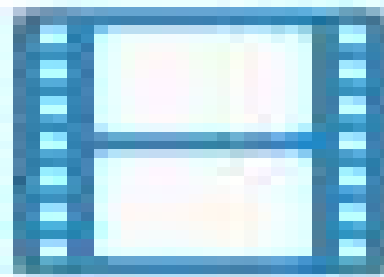


«Буханка»



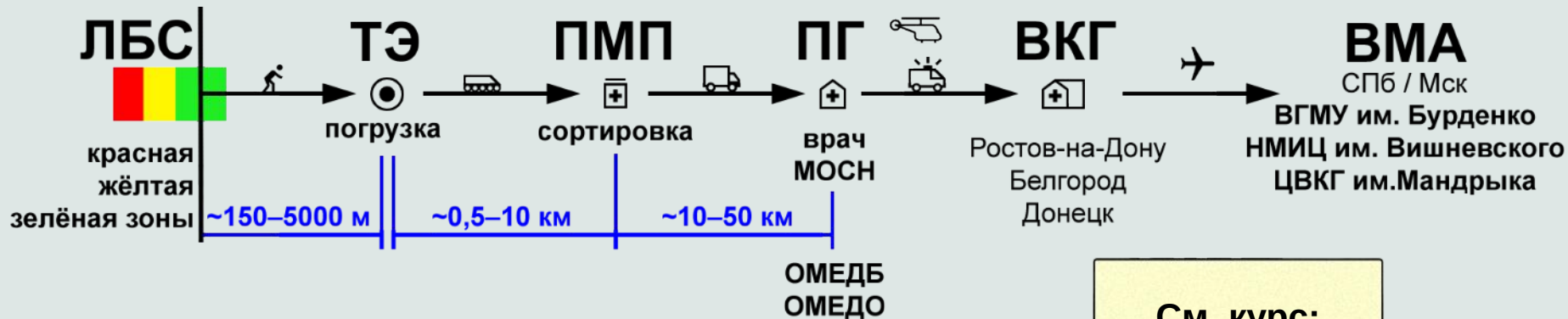
Пикап





ЭВАКУАЦИЯ РАНЕНОГО

Полная схема эвакуации тяжело раненных,
требующих специализированного лечения



ОМЕДБ – отдельный медицинский батальон

ОМЕДО – отдельный медицинский отряд

МОСН – медицинский отряд специального назначения

ВКГ – военные клинические госпитали

См. курс:
Сортировка.
Стабилизация
и эвакуация



ЗАПИСЬ МАНИПУЛЯЦИЙ

Карточка раненого

Форма 100

Имя, познаний
Аллергии, противопоказания

Подразделение

Дата-время

Жгут-время

Проникающая Раненая Сочетанная/ДТП Перелом Закрытое

Обморожение Ожог др.

время
ПРБН *

пульс

дыхание

давление

Сознание - полное, реагирует на речь, реагирует на боль, не реагирует

А: Норма Воздуховод Крикотиреотомия Интубация
В: Повязка Игол.декомпрессия Дренаж
С: Жгут Гемостат Тампонада Давящая повязка
+ Иммобилиз. Сан.обработка Дезактив. Асептич.повязка

Вливания: внутривенно внутримышечно

Физраствор/рингер 500 1000 1500

Противошок. 500 1000

Другие лекарства (тип/доза/путь/время)

Обезболивающее

Антибиотик

Сыворотка

Анатоксин

Антидот

Доза облучения: 1 2 4 ? | Эвакуация: лежа сидя

Имя оказавшего помощь

ХИС

Приоритет 1 КРАСНЫЙ Приоритет 2 ЗЕЛЁНЫЙ Приоритет 3 СИНИЙ Приоритет 4 НЕТ

Имя и гр. данные с записью, датой, временем, местом оказания помощи, в 24-часовом формате



КОРЕШОК ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТОЧКИ

« » час мин. 20 г.

Удостоверение личности, жетон №

Ранен, заболел « » час « » 20 г.

Эвакуирован самолётом, сан.транспортом (подчеркнуть)

Медицинская помощь

Подчеркнуть Доза (копий)

Выдано: антибиотик сыворотка ПСС, ПГС анатоксин (какой) антидот (какой) обезболивающее средство Проведено: переливание крови, кровозамещение, плазмаферез, переливание

Жгут наложен « » час « » мин. Санитарная обработка (подчеркнуть) полная, частичная, не проводилась Эвакуировать (нужно/не нужно)

Диагноз

Степень облучения: I II III

Радикальное поражение

САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА

Оформление:

зелёная зона или ПМП

Оформление:

ОМЕДБ или ОМЕДО



КТО ОКАЗЫВАЕТ ПОМОЩЬ РАНЕНОМУ

Первая помощь (само- и взаимопомощь) ↓	Рядовой стрелок, санинструктор
Доврачебная помощь ↓	Санинструктор, фельдшер
Врачебная помощь ↓	Фельдшер, врач
Квалифицированная врачебная помощь	Врач
Специализированная врачебная помощь	Врач

**Мы
здесь**

**В условиях
общевойскового
боя**



– Своей аптечки у него не было!
Вопросы по прошедшему блоку есть?



– Перерыв 10 минут





ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ

ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ

- 1) Отсутствие сознания
- 2) Отсутствие дыхания
- 3) Массивное кровотечение**
- 4) Шоковое состояние

Статистика летальных исходов:

90% кровопотеря

8% проблемы с дыханием
(пневмоторакс, западение языка, аспирация)





ОТСУТСТВИЕ СОЗНАНИЯ

ЗАДАЧИ ОЦЕНКИ СОЗНАНИЯ

- 1) «Сам пойдет» или нужно вытаскивать?
- 2) На всем протяжении оказания помощи поддерживаем вербальный контакт с раненым
- 3) Докладываем медикам о первоначальном состоянии: «был в сознании» / «был без сознания», чтобы медик мог оценить динамику изменения состояния
- 4) Раненых без сознания не обезболиваем



ПРИЧИНЫ УГНЕТЕНИЯ СОЗНАНИЯ (в т.ч. потери сознания) В УСЛОВИЯХ БД

- Кровопотеря → шок
- Травма головы, тяжёлая контузия
- Использование опиоидных препаратов
- Болевой синдром
- Психологические проблемы



При сортировке пострадавших:
**оказываем помощь тому,
кому мы можем помочь**

**В первую очередь помогаем
тому, кто кричит**





ОТСУТСТВИЕ ДЫХАНИЯ

КАКИЕ СУЩЕСТВУЮТ СПОСОБЫ ПРОВЕРКИ ДЫХАНИЯ?



РАБОЧИЕ СПОСОБЫ ПРОВЕРКИ ДЫХАНИЯ:



Поднести зеркало*
к носу/рту раненого
*special tactical
(limited edition)



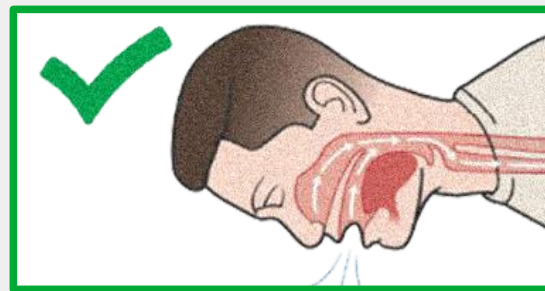
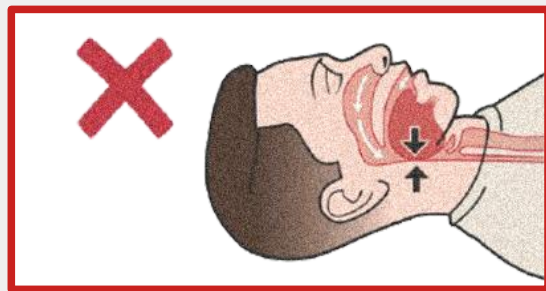
ВИЖУ, СЛЫШУ,
ОЩУЩАЮ

Приложить своё ухо
к носу/рту раненого
Свой шлем придётся
расстегнуть, сдвинуть набок



НЕТ СОЗНАНИЯ. ЕСТЬ/НЕТ ДЫХАНИЯ

- 1) Очистить рот от грязи и рвоты, чтобы ничего не мешало дыханию
- 2) Провести беглый вторичный осмотр
- 3) Положить в устойчивое «положение сохранения»



Работаем с теми, кто дышит!



СЕРДЕЧНО-ЛЁГОЧНАЯ РЕАНИМАЦИЯ

В БОЕВЫХ УСЛОВИЯХ СЛР НЕ ДЕЛАЕМ!

В условиях боя – **ближнего огневого контакта** – состояние раненого, требующее СЛР, считается **безнадежным**



УСТОЙЧИВОЕ БОКОВОЕ «ПОЛОЖЕНИЕ СОХРАНЕНИЯ»

Расстегнуть шлем, проверить не мешает ли дыханию одежда, шарф, плита бронежилета, защита шеи и т.д.

Раненый лежит на боку

Шлем расстегнут,
экипировка не давит шею

Голова повернута вниз



Нога ведет тело вниз

Руки под головой



ТРАНСПОРТИРОВКА БЕЗ СОЗНАНИЯ

- 1) Транспортировать раненого без сознания нужно в положении на спине
- 2) Перед транспортировкой требуется **установка воздуховода**
- 3) Проверять состояние дыхания каждые ~2 минуты
- 4) Если раненого рвёт — поворачивать голову набок, прочищать дыхательные пути
- 5) На время остановок, по возможности, поворачивать раненого в устойчивое боковое положение



ВОЗДУХОВОДЫ



УСТАНОВКА НАЗОФАРИНГЕАЛЬНОГО ВОЗДУХОВОДА

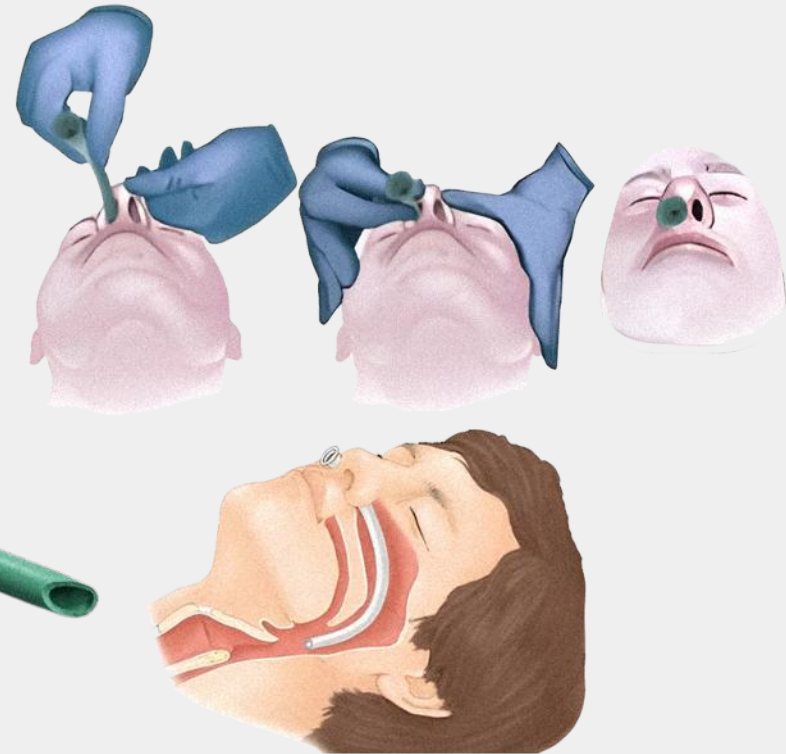
1) Проверить размер
воздуховода,
запрокинуть голову



2) Смазать
воздуховод
лубрикантом

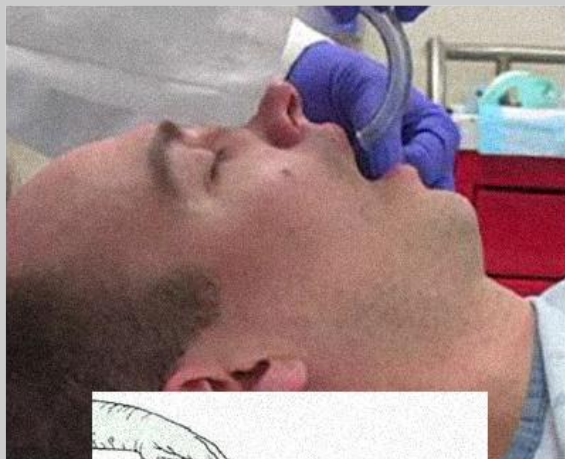


3) Аккуратно ввести воздуховод
глубоко в ноздрю



УСТАНОВКА ОРОФАРИНГЕАЛЬНОГО ВОЗДУХОВОДА

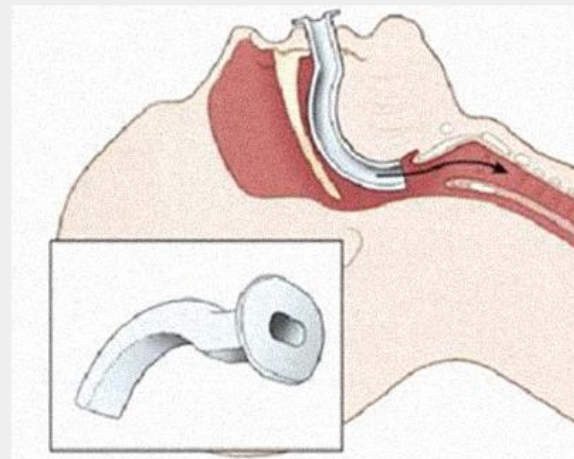
1) Ввести воздуховод в рот отворотом вверх



2) Повернуть на 180°



3) Воздуховод прижал язык

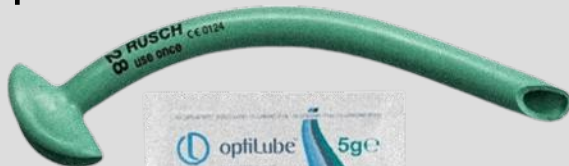


t.me/center_svarog

СРАВНЕНИЕ ВОЗДУХОВОДОВ

НАЗОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ ВОЗДУХОВОД

- 1) Требуется лубрикант
- 2) Медленная установка
- 3) Гибкий, узкий — сложно контролировать эффективность
- 4) Можно использовать с раненым в сознании



ОРОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ ВОЗДУХОВОД

- 1) Проще продуть/промыть
- 2) Быстрая установка
- 3) Жесткий, широкий воздушный канал
- 4) Раненый в сознании выплюнет



СПЕЦИАЛЬНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ВОЗДУХОВОДЫ / ТРУБКИ

Надгортанный
воздуховод i-gel



Ларингеальная
трубка



Гастростомическая
трубка



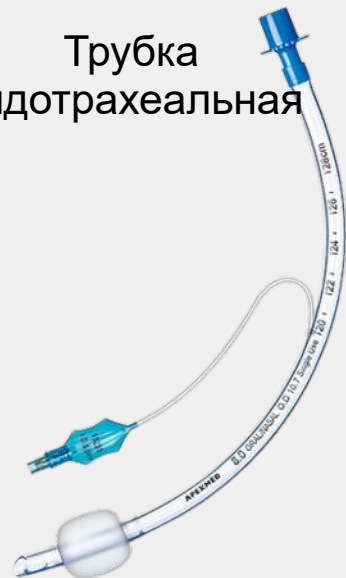
Прочие
надгортанные
воздуховоды



Трубки
дыхательного контура



Трубка
эндотрахеальная



ЭТО ИНСТРУМЕНТЫ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ!



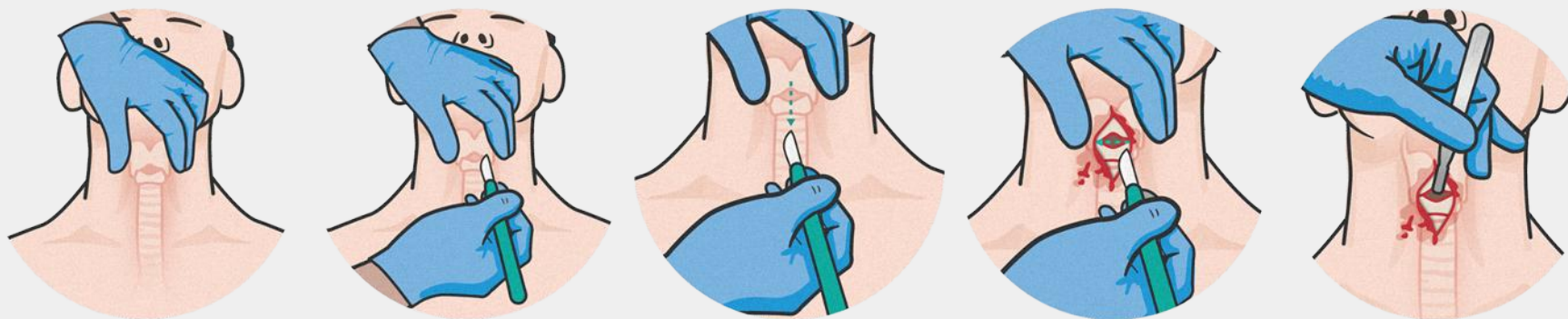
t.me/center_svarog



КОНИКОТОМИЯ

Если установка воздуховода невозможна, выполняется коникотомия.

Коникотомия – это хирургическое рассечение конической связки для восстановления проходимости дыхательных путей



**ДАННУЮ МАНИПУЛЯЦИЮ
ПРОВОДИТ ТОЛЬКО СПЕЦИАЛИСТ!**

См. курс:
Продвинутый
курс ВМП



t.me/center_svarog



МАССИВНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

КРОВОТЕЧЕНИЯ

В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ – УСТРАНИТЬ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Возникновение	Наружное	Внутреннее Работа квалифицированного медика
Локализация	Из конечностей	Из тела
Интенсивность	Массивное	Слабое Нет жизнеугрожающего состояния



МАССИВНОЕ НАРУЖНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ



t.me/center_svarog

УСТРАНЕНИЕ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

ИЗ КОНЕЧНОСТЕЙ	ИЗ ТЕЛА
<p>1) В области паха/подмышки: задавить магистральные сосуды (выполнить «пальцевое прижатие»)</p> <p>2) Наложить жгут/турникет</p>	<p>1) В областях шеи, таза, ягодиц, ключицы: задавить магистральные сосуды (выполнить «пальцевое прижатие»)</p> <p>2) Сделать сильную давящую повязку (по необходимости и возможности сделать тампонаду раны обычными и/или гемостатическими средствами)</p>



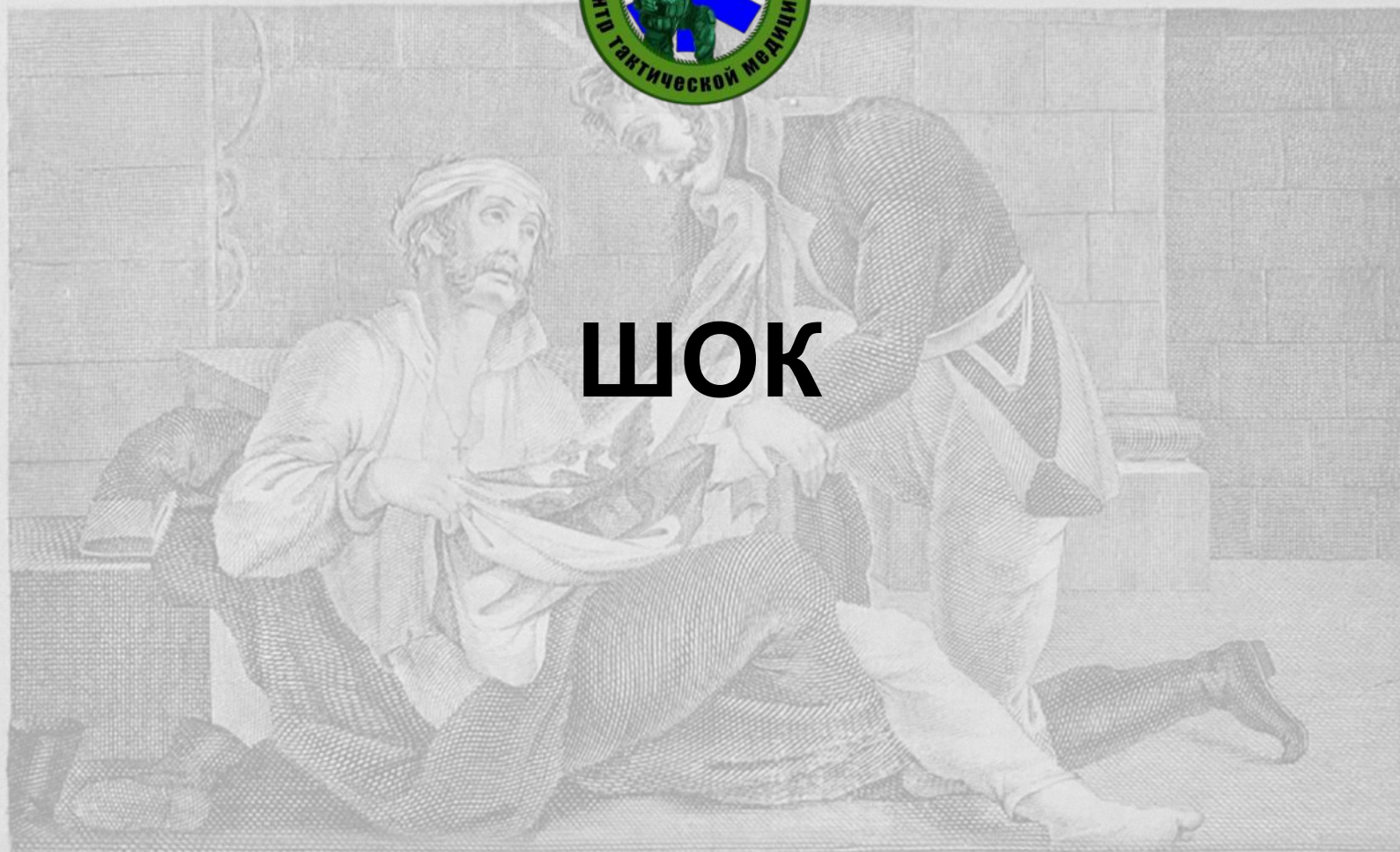
ДЛЯ ОСТАНОВКИ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОДРУЧНЫЕ СРЕДСТВА ИСПОЛЬЗОВАТЬ В ПОСЛЕДНЮЮ ОЧЕРЕДЬ

- 1) **На конечности:** пальцевое прижатие → наложение жгута или турникета
- 2) **На тело:** пальцевое прижатие → сильная давящая повязка
- 3) Ремни, закрутки и всё остальное – по ситуации





ШОК



«Старичков и Чуйка», Унтер-офицер Семён Старичков, находясь в плену и умирая от ран, полученных в битве при Аустерлице, передает знамя полка рядовому Чуйке. 1805 г.

ШОКОВОЕ СОСТОЯНИЕ

Шок – состояние глубокого упадка жизнедеятельности организма и нарушение всех его основных функций: дыхания, кровообращения, метаболизма. Происходит угнетение сознания.

Это патологическое состояние: без своевременной медицинской помощи шок приводит к смерти!

См. курс:
**Инфузионная
терапия и
внутривенный
доступ**



КЛАССИФИКАЦИЯ ШОКОВЫХ СОСТОЯНИЙ

1) Гиповолемический

- а) Геморрагический
- б) Травматический
- с) Ожоговый
- д) Дегидратационный

2) Кардиогенный

3) Дистрибутивный

(перераспределительный или сосудистый)

4) Обструктивный



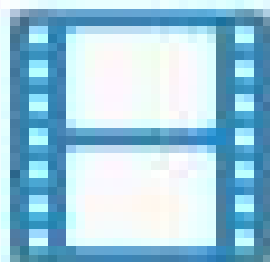


ВИДЕОМАТЕРИАЛ 18+

**ФОТО / ВИДЕОСЪЕМКА
ЗАПРЕЩЕНЫ**



t.me/center_svarog





ФАЗЫ ШОКА

1) Компенсаторная (эректильная) или фаза возбуждения

Длится ~30-40 секунд, редко до ~15 минут,
при сильных ожогах до ~48 часов

2) Декомпенсаторная (торпидная) или фаза угнетения

Без медикаментозного вмешательства приводит к смерти



СИМПТОМЫ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФАЗЫ ШОКА

- 1) Психомоторное возбуждение
(повышенная активность, беспокойный бегающий взгляд)
- 2) Повышенный ЧСС (высокий пульс)
- 3) Повышенное артериальное давление



ПРИМЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ЧЕТЫРЕХ СТЕПЕНЕЙ ТОРПИДНОЙ ФАЗЫ ШОКА

- 1) Слабость, вялость, хочет посидеть, попить
- 2) Хочет полежать, холодная кожа, заторможенность
- 3) Лежит, даёт односложные ответы, серая кожа, липкий пот
- 4) Лежит без сознания, кожа мраморного цвета, липкий пот



Индекс
Альговера
определение
степени шока

$$\text{ШИА} = \frac{\text{ЧСС}}{\text{САД}}$$



РАБОТА С ШОКОМ В ЗЕЛЁНОЙ ЗОНЕ

При любом тяжелом ранении предполагается развитие шока.
Проще замедлить развитие, чем лечить шок на 2-3 стадии:

- 1) Обезболить (если раненый не обезболен ранее)
- 2) Поставить внутривенный доступ
- 3) Начать инфузионную и медикаментозную терапию
- 4) По показаниям – выполнить иммобилизацию
- 5) Обеспечить температурный комфорт
- 6) Вербальный контакт, моральная поддержка



Вопросы по прошедшему блоку есть?
Ценность информации для пациента:



– Перерыв 10 минут





ДЕЙСТВИЯ ПРИ РАНЕНИЯХ В КОНЕЧНОСТИ

ПЕРИФЕРИЯ = КОНЕЧНОСТИ = РУКИ И НОГИ



РАНЕНИЯ В КОНЕЧНОСТИ

Осколочные



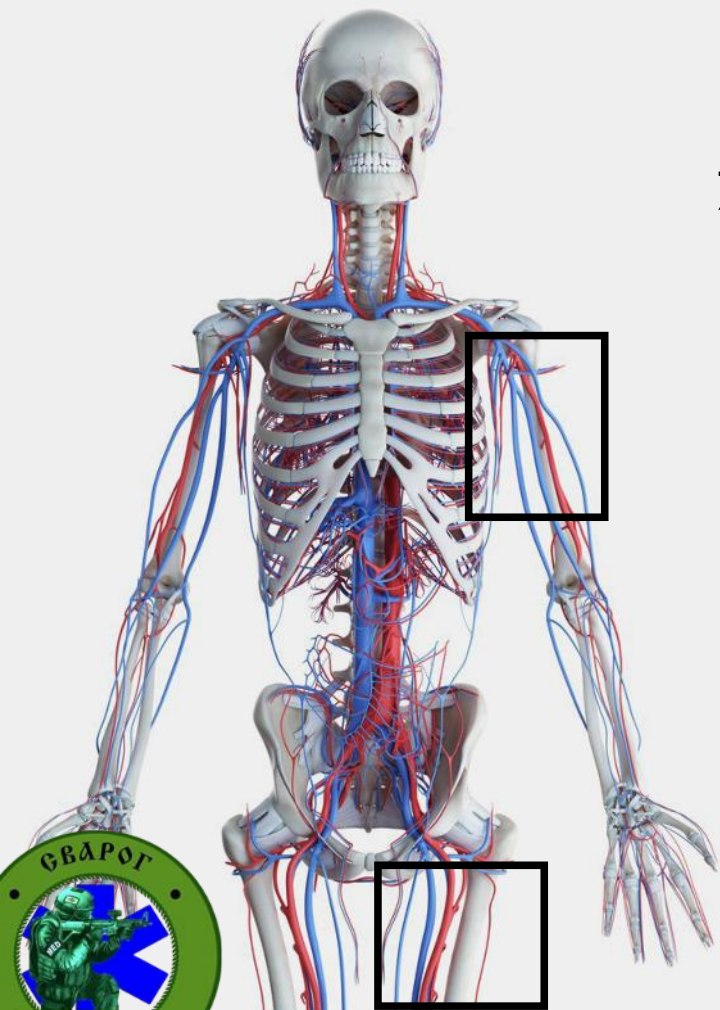
Минно-взрывные



Пулевые



НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА / ТУРНИКЕТА



Жгут / турникет накладывается
максимально высоко,
как можно ближе к телу:

- а) Нет возможности осмотра конечности целиком
- б) Давление на одну кость эффективнее
- с) Сосуды ближе к поверхности

ОБЩИЕ ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ



- 1) Жгут / турникет накладывать **максимально высоко**: ближе к подмышкам на руках, ближе к паху на ногах
- 2) Жгут / турникет накладывать **поверх ткани**. Важно чтобы под наложение не попали посторонние предметы
- 3) Жгут и турникет имеют одинаковое назначение и результат, но разную моторику действий



ОДНА ЦЕЛЬ, РАЗНАЯ МОТОРИКА



ЖГУТ

Tourniquet



ТУРНИКЕТ

Tourniquet





РАБОТА СО ЖГУТОМ

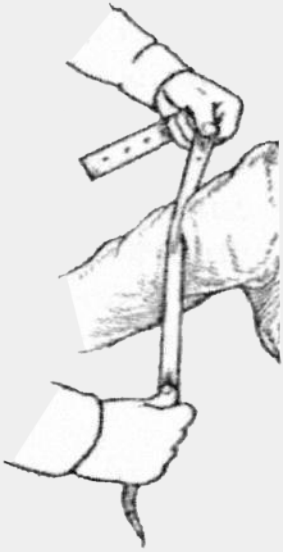


ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ЖГУТА

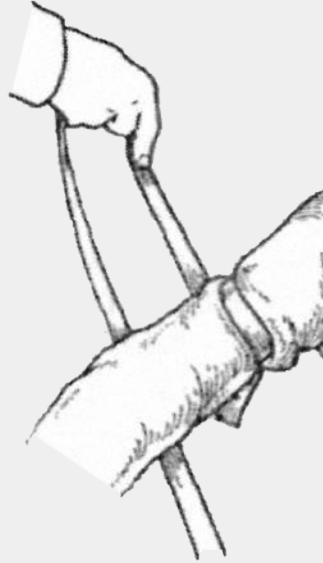
- 1) **Максимально высоко, как можно ближе к телу**
(ближе к подмышкам на руках, ближе к паху на ногах)
- 2) **Поверх ткани и важно чтобы под жгут не попали посторонние предметы**
- 3) **Работать натянутым жгутом.**
Все туры кровоостанавливающие
- 4) **Все туры друг на друга**
- 5) **Зафиксировать двойным узлом!** Если длины не хватает, распустить последний тур, но сделать два узла



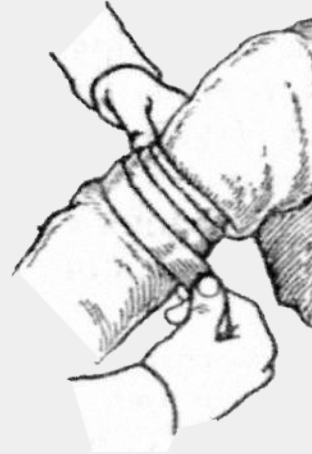
НАЛОЖЕНИЕ ЖГУТА



Жгут как можно выше / близко к телу



Каждый тур делать растянутым жгутом. Сначала растянуть, затем обернуть



Все туры накладывать друг на друга



Эта иллюстрация из гражданской первой помощи. У нас не так!

Жгут завязать на **ДВА** узла.
Время постановки жгута записать на щеке раненого



РАБОТА С НАЛОЖЕННЫМ ЖГУТОМ

- 1) Максимальное время наложения жгута – **1 час**
- 2) Расслаблять не реже, чем **раз в полчаса**, ориентируясь на цвет конечности, кровотечение
- 3) После ослабления и нормализации цвета конечности, жгут **снова затягивать**



ЖГУТ **НЕ** ОСЛАБЛЯЕТСЯ

- 1) Травматическая ампутация конечности
- 2) Большая некомпенсированная кровопотеря
- 3) В случае наложения без ослаблений более ~3 часов
- 4) При наложении жгутом давящей повязки на шею
- 5) При синдроме длительного сдавления (по ситуации)

**Решение на ослабление принимает санинструктор
или медик по цвету конечности и другим параметрам**



**НАЛОЖЕНИЕ БЕЗ ОСЛАБЛЕНИЯ БОЛЕЕ 3 ДНЕЙ
ТАКОЙ ЖГУТ НЕ ОСЛАБЛЯТЬ!**



РАБОТА СО ЖГУТОМ В ЗЕЛЁНОЙ ЗОНЕ

- 1) **Всегда менять жгут на турникет, потому что:**
 - a) Жгут нельзя ослабить частично
 - b) В случае иммобилизации жгут не расслабляется
 - c) Турникет лучше подходит для работы с тампонадой
 - d) Турникет удобнее при работе в технике
- 2) Указанное на щеке время наложения жгута не меняется
- 3) Если жгут заменить на турникет невозможно, то расслаблять, ориентируясь на время, цвет конечности, кровотечение
- 4) **Убедиться, что жгут хорошо виден** (не закрыт повязкой, шиной, покрывалом, одеждой и т.п.)



ЖГУТЫ



t.me/center_svarog

РЕЗИНОВЫЕ ГЛАДКИЕ ЖГУТЫ

Классические эластичные жгуты, но чувствительные к механическим повреждениям и перепадам температур (+/-)

Жгуты Эсмарха, «Белорусский» (ЧеФи) и др.



СИЛИКОНОВЫЕ ЖГУТЫ

Классические эластичные жгуты, но чувствительные к механическим повреждениям и перепадам температур (+/-)

Гепоглос, Ратник и др.



«НАШ 2» с протектором



t.me/center_svarog

РЕБРИСТЫЕ ЖГУТЫ

Для большинства людей тактильно более удобны,
чем гладкие жгуты

Жгуты Альфа (Бубнова), АППОЛО, «Мармелад», ЖКРС (СпецМедТехника)



ЖГУТ R.A.T.S.

Tourniquet R.A.T.S.

Работает очень быстро, надежно,
в том числе даже через толстые зимние слои одежды

Держать наложенным не более 15 минут



t.me/center_svarog

ЖГУТ SWAT / SWAT-T

Tourniquet SWAT-T

Широкий, многофункциональный в зависимости от натяжения может работать и как жгут и как давящая повязка.

Для правильного наложения требуется практика



КАКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ

НЕЛЬЗЯ ПОЛЬЗОВАТЬСЯ

ДЛЯ ОСТАНОВКИ МАССИВНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ



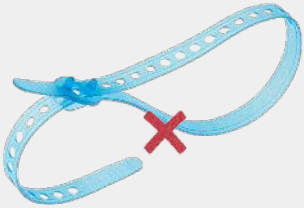
1) Венозные жгуты «кровоостанавливающие»

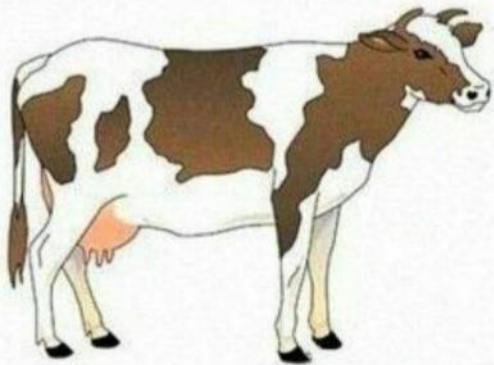
2) Жгуты из автомобильных аптечек



3) Жгут ФЭСТ / жгут Михайлова

4) Тряпичные жгуты





МУУУУ



ГАВ – ГАВ



**ДА ВЕНОЗНЫЙ ЖГУТ
МОЖНО ПРОСТО ПОТУЖЕ
ЗАТЯНУТЬ И ВСЁ ОК!**



t.me/center_svarog



РАБОТА С ТУРНИКЕТОМ



ПРАВИЛА НАЛОЖЕНИЯ ТУРНИКЕТА

- 1) **Максимально высоко, как можно ближе к телу**
(ближе к подмышкам на руках, ближе к паху на ногах)
- 2) **Поверх ткани и важно, чтобы под турникет не попали посторонние предметы**
- 3) **Максимально затянуть стропу через пряжку** (механика различается у турникетов разных типов)
- 4) **Закрутить вороток** («сколько хватает сил и ещё пол оборота»)
- 5) **Зафиксировать вороток и хвост** (механика различается у турникетов разных типов)



РАБОТА С НАЛОЖЕННЫМ ТУРНИКЕТОМ

- ✓ Требования к расслаблению и затягиванию турникета аналогичны работе со жгутом
- ✓ Противопоказания к расслаблению турникета аналогичны противопоказаниям для жгута
- ✓ В отличие от жгута, турникет можно расслаблять частично, не снимая с конечности



РАБОТА С ТУРНИКЕТОМ В ЗЕЛЁНОЙ ЗОНЕ

- 1) **Всегда менять жгут на турникет:** сначала поставить и затянуть турникет, затем снять жгут (время на щеке не меняется)
- 2) Если после детального осмотра других повреждений не найдено, можно наложить 2-й турникет на ~5 см выше ранения, а первый турникет снять (время на щеке не меняется)
- 3) После выполнения тампонады и давящей повязки, **турникет расслабляется и остается на конечности**
- 4) Убедиться, что турникет хорошо виден (не закрыт повязкой, шиной, покрывалом, одеждой и т.п.)

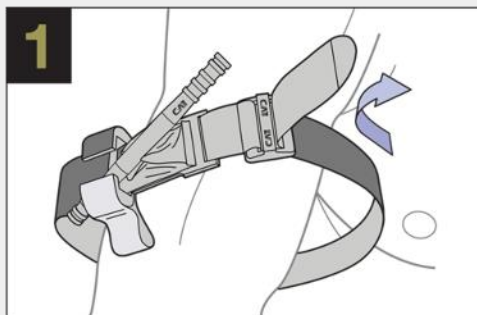


ТУРНИКЕТЫ С.А.Т.

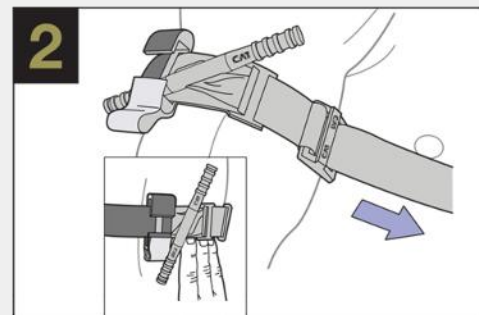
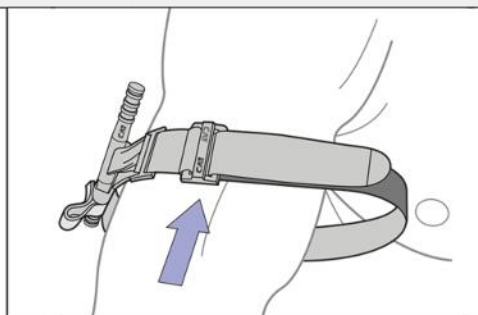
Оригинальные CAT (Combat Application Tourniquet)
– эталоны в мире турникетов. Подходят для рук и для ног.
Подходят для само- и взаимопомощи



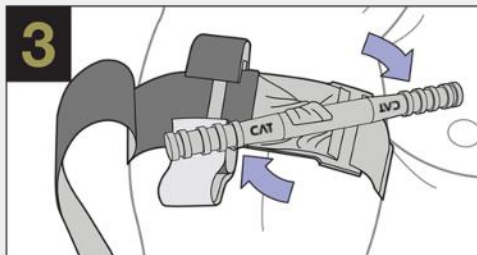
НАЛОЖЕНИЕ ТУРНИКЕТА С.А.Т.



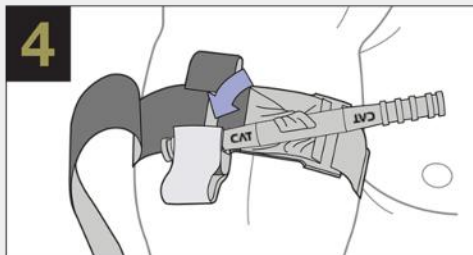
Вставить стропу в пряжку и закрепить кольцом. Продеть турникет как можно выше на конечность



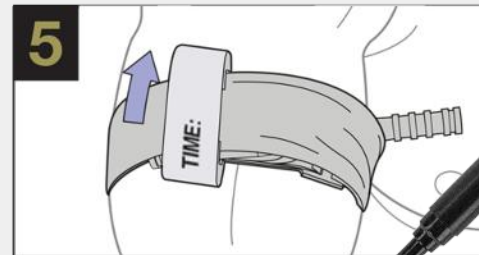
Сильно затянуть стропу и проклеить по всей длине липучки



Закрутить вороток сколько есть силы и ещё пол-оборота



Завести вороток в клипсу, закрыть липучкой



Зафиксировать хвост липучкой, **записать время на щеке раненого**

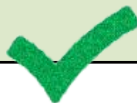


СРАВНЕНИЯ ТУРНИКЕТОВ С.А.Т.



лучшие

CAT



хорошие

Светлина, Leaf, ТБС и др.

средние

Оригинал Rhino с тиснением и др.

нельзя



Китайские «nophone» и реплики Rhino за ~300 руб.



ТУРНИКЕТЫ SOFT / SOF / SOFTT

Разработаны для работы на ногах в замкнутых пространствах.

Конструкция без липучек, с замком-петлей.

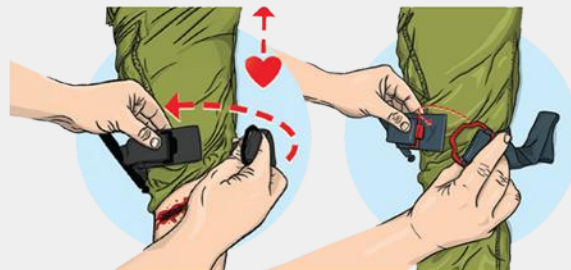
SOFT Gen-1 – для квалифицированного персонала



НАЛОЖЕНИЕ ТУРНИКЕТА SOFT



Открыть застежку, заранее подогнать стропу по размеру



Продеть стропу под конечностью, застегнуть застежку



Сильно затянуть стропу



Закрутить вороток сколько есть силы и ещё пол-оборота



Завести вороток в клипсу, зафиксировать треугольником, **записать время на щеке раненого**



ТУРНИКЕТЫ МЕДПЛАНТ

Оригинальная механика воротка: вращать вверх или вниз.
Само фиксирующийся, с дозированным ослаблением.
Медленный в затягивании. Выбор для взаимопомощи



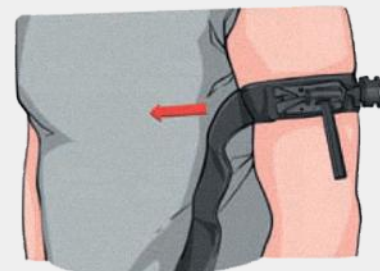
НАЛОЖЕНИЕ ТУРНИКЕТА МЕДПЛАНТ



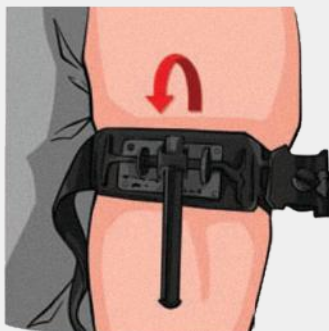
Расправить петлю



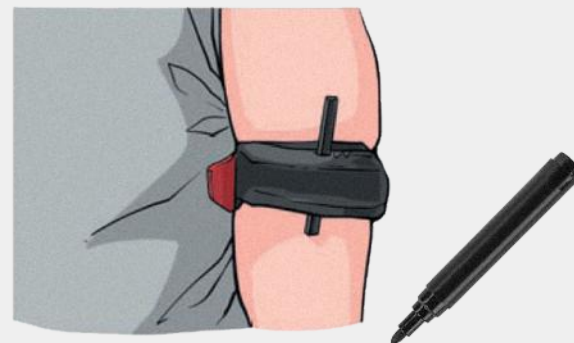
Надеть петлю
на конечность



Сильно затянуть стропу
до циферблата



Накрутить вороток, продевая
рукоятку вверх/вниз



Зафиксировать стропу
над платформой, **записать время**
на щеке раненого



ПРОЧИЕ ТУРНИКЕТЫ

S.A.M.

с фиксацией
по перфорации



R.M.T.

с трещоткой
(в т.ч. для работы
под водой)



T.M.T.

широкая стропа
с липучкой
и застёжкой



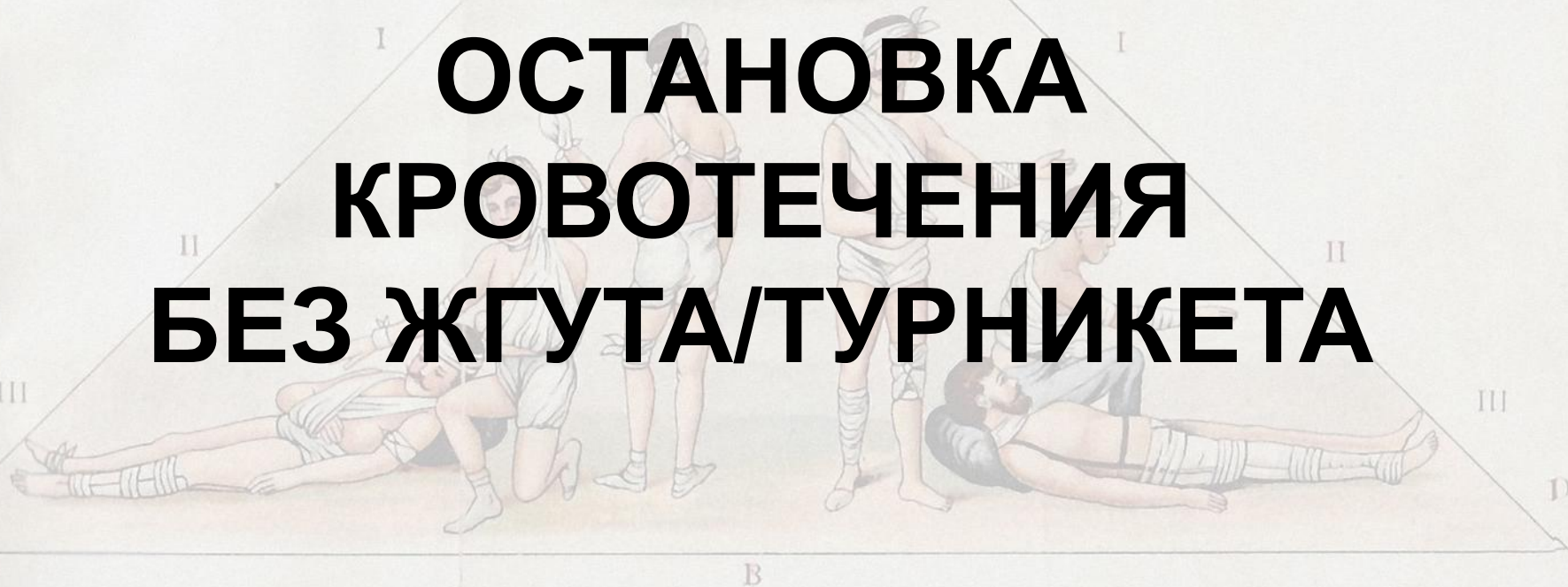
ETQ

компактный





ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ БЕЗ ЖГУТА/ТУРНИКЕТА



ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ ПРИ САМОПОМОЩИ НА КОНЕЧНОСТЯХ

«Пальцевое» прижатие – остановка кровотечения путём прижатия артерии к кости

При самопомощи эффективно только на руках:

- 1) Положить в область подмышки кулак или магазин
- 2) Задавить весом собственного тела



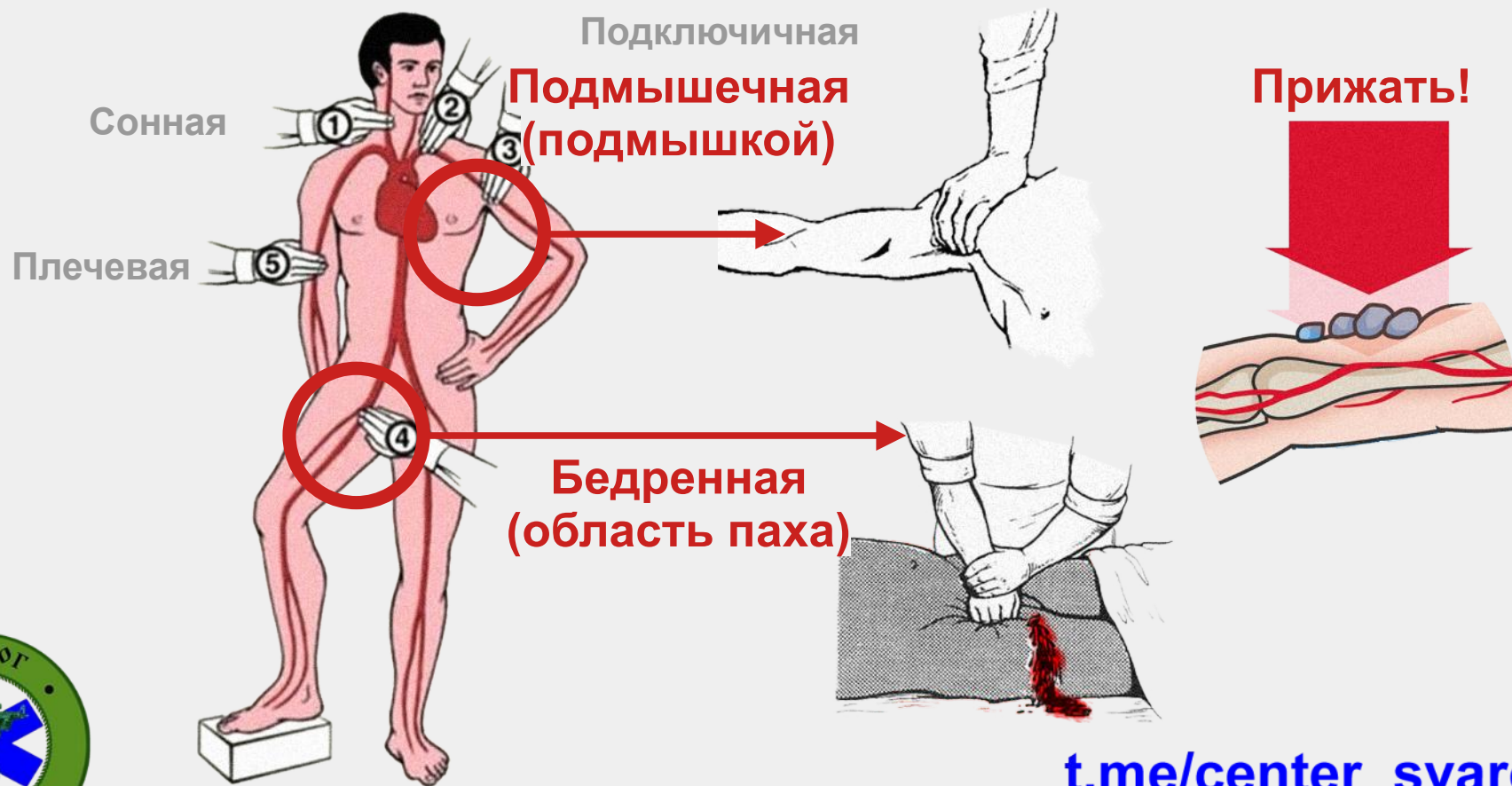
ПАЛЬЦЕВОЕ ПРИЖАТИЕ ПРИ ВЗАИМОПОМОЩИ НА КОНЕЧНОСТЯХ

При взаимопомощи (до момента применения жгута или если применить жгут невозможно):

- 1) Задавить магистральные сосуды
- 2) Кулаком, предплечьем, локтем, коленом
- 3) В местах прохождения сосудов близко к поверхности тела (пах, подмышка)



МЕСТА ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПАЛЬЦЕВЫМ ПРИЖАТИЕМ





УКЛАДКА ЭШЕЛОНИРОВАНИЕ ЖГУТОВ/ТУРНИКЕТОВ

ПОДГОТОВКА И УКЛАДКА ЖГУТА



- 1) Растянуть, проверить эластичность.
Не эластичный жгут выбросить
- 2) На жгуте Эсмарха заранее обрезать части с отверстиями и пуклями
- 3) Уложить «змейкой», закрепить тонкой резинкой или **бумажным** скотчем
- 4) Не хранить жгут на прикладе
(он рассыхается и рвётся)



ПОДГОТОВКА И УКЛАДКА ТУРНИКЕТА



- 1) Расправить турникет на всю длину, убедиться в целостности и длине
- 2) Заранее продеть ремень в пряжку и закрепить кольцом, чтобы турникет оставалось только надеть и затянуть
- 3) Уложить турникет «змейкой»
- 4) Фиксирующую липучку закрепить в открытом положении



ПОДГОТОВКА СНАРЯЖЕНИЯ

- 1) Жгут и турникет хранить на разгрузке спереди в быстром доступе любой рукой. Жгут / турникет должен быть визуально обозначен
- 2) Аптечку второго эшелона хранить в отрывном подсумке с красным крестом
- 3) Ничего не класть в наплечные карманы и в передние карманы брюк
- 4) Заранее изучить инструкции к наполнению аптечки
- 5) Тренировочные жгуты / турникеты хранить отдельно



РАСПОЛОЖЕНИЕ АПТЕЧЕК

ПЕРВЫЙ ЭШЕЛОН

Жгут и турникет
подготовлены и хорошо видны



ВТОРОЙ ЭШЕЛОН

Отрывной подсумок явно
выделен красным крестом



ЭШЕЛОНИРОВАНИЕ

1) **1-й эшелон:** неотложная **само-** и **взаимопомощь**

2) **2-й эшелон:** неотложная **взаимопомощь**

3) **«Нулевой эшелон»:** резерв на непредвиденные случаи

4) **3-й эшелон:** не срочные вмешательства (головная боль, температура и т.д.)



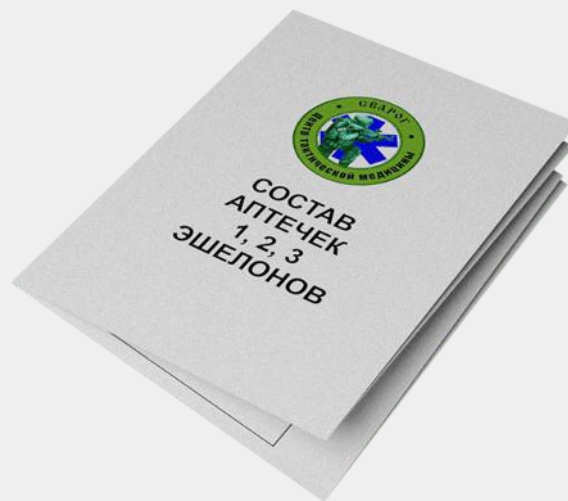
ЖГУТЫ И ТУРНИКЕТЫ ПО ЭШЕЛОНАМ

ОДИН ИЗ РЕКОМЕНДУЕМЫХ ВАРИАНТОВ УКЛАДКИ

- 1) 1-й эшелон 2 предмета: жгут и турникет CAT
- 2) 2-й эшелон 2-3 предмета: жгут и турникеты
- 3) «Нулевой эшелон»: жгут RATS или другой жгут/турникет



СОСТАВ АПТЕЧЕК ПЕРВОГО И ВТОРОГО ЭШЕЛОНОВ УКАЗАН В МЕТОДИЧЕСКОМ ПОСОБИИ



Вопросы по прошедшему блоку есть?

Ротный, ищущий санинструктора:

Когда ты вспомнил,
как бабушка лечила
зубы заговором



Когда та сказал,
что мозоль нужно
заклеить пластырем



Когда ты показал,
как пользоваться
турникетом САТ



Уставший инструктор ЦТМ Сварог:

Перерыв 10 минут



Перерыв 15 минут



Перерыв на обед
45 минут





СРЕДСТВА РАБОТЫ ПРИ РАНЕНИЯХ В ТЕЛО

СРЕДСТВА РАБОТЫ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЙ МАТЕРИАЛ

- 1) Марлевые бинты
- 2) Ватно-марлевый ППИ
- 3) Эластичные бинты
- 4) Эластичные бандажи (ППИ-Э)



МАРЛЕВЫЕ БИНТЫ

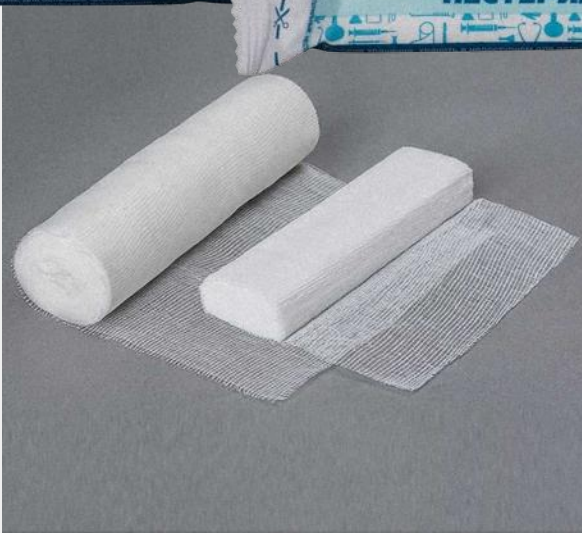
Рулонные

Z-сложенные

Стерильные

Не стерильные

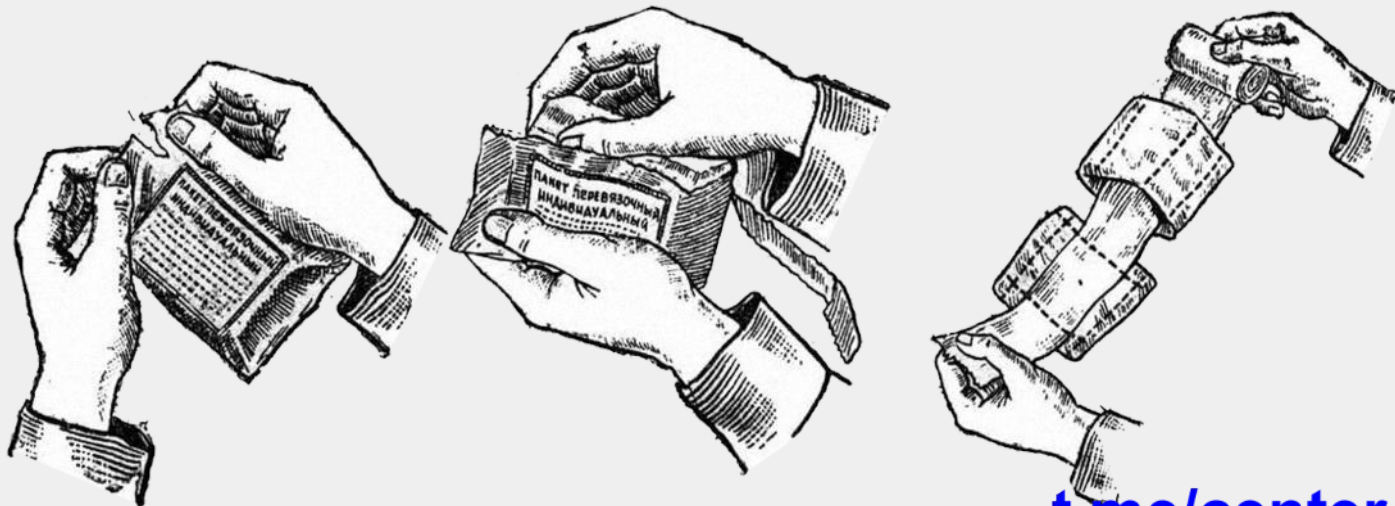
Стерильные



t.me/center_svarog

ВАТНО-МАРЛЕВЫЙ ППИ

ППИ-1



ЭЛАСТИЧНЫЕ БИНТЫ



t.me/center_svarog

ЭЛАСТИЧНЫЕ БАНДАЖИ (ППИ-Э)

Бандаж
АППОЛО



Бандаж
«Израильский»



ЭЛАСТИЧНЫЕ БАНДАЖИ (ППИ-Э(А)) АБДОМИНАЛЬНЫЕ



АРМИРОВАННЫЙ СКОТЧ, ТЕЙП, ПЛАСТЫРЬ (средства фиксации)



НАЛОЖЕНИЕ ПОВЯЗОК

Особенности работы при первой помощи в полевых условиях:

- 1) Повязки выполняются **эластичными бинтами и бандажами**
- 2) Марлевые бинты используются как:
 - а) подушечка, предмет давления
 - б) для тампонады раны
 - с) для повязок, если нет эластичных бинтов/бандажей
- 3) Различаем два вида повязок:
 - а) Давящие
 - б) Фиксирующие

См. курс:
**Десмургия
и иммобили-
зация**





ДЕЙСТВИЯ ПРИ РАНЕНИЯХ В ТЕЛО

РАБОТА ПО АНАТОМИЧЕСКИМ ОБЛАСТЯМ

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБЛАСТИ ТЕЛА



голова

шея

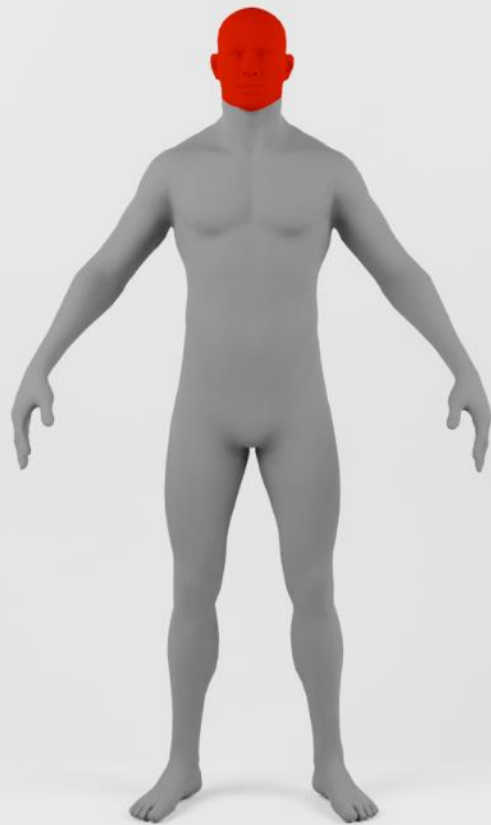
грудь

живот

ключица / таз



РАНЕНИЯ ГОЛОВЫ



t.me/center_svarog

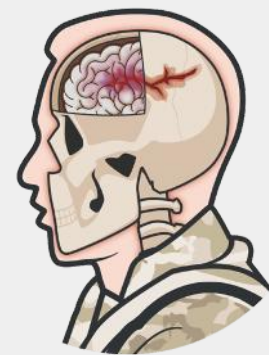
ОСНОВНЫЕ ТИПЫ РАНЕНИЙ ГОЛОВЫ

- 1) Контузии и повреждения черепной коробки / головного мозга
- 2) Ранения без травмы головного мозга (челюсть, лицо)
- 3) Повреждения глаз





ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА

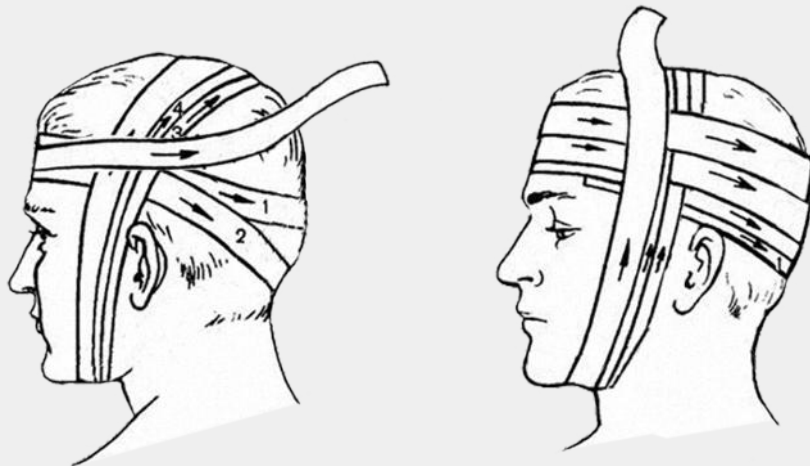


- 1) Не использовать опиоидные обезболивающие!
- 2) Ничего не вынимать из раны (если торчит, то пусть торчит)
- 3) Переместить раненого в зелёную зону
- 4) Обезболить неопиоидным препаратом (Нефопам)
- 5) Не тампонировать рану
- 6) При открытой ЧМТ (повреждение черепа) –
смочить место повязки хлоргексидином (на **водной основе**)
или натрия хлоридом 0,9%, закрыть асептической повязкой
- 7) Наложить фиксирующую повязку



ФИКСИРУЮЩАЯ ПОВЯЗКА НА ГОЛОВЕ

- 1) Не важно, где ранение – вся голова должна быть закрыта
- 2) Один из эффективных вариантов повязки: **по правилу 2+2**
 - а) Два тура вокруг черепной коробки горизонтально
 - б) Два тура через низ и за уши вертикально



МАТБАЗА ПРИ РАНЕНИЯХ ГОЛОВЫ

Закрывать рану
асептической
подушечкой



Наложить
фиксирующую
повязку



Обезболить
неопиоидным
препаратом

Марлевый бинт / ППИ



Эластичный
бинт



Нефопам



РАНЕНИЯ БЕЗ ТРАВМЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА (ЧЕЛЮСТЬ, ЛИЦО)

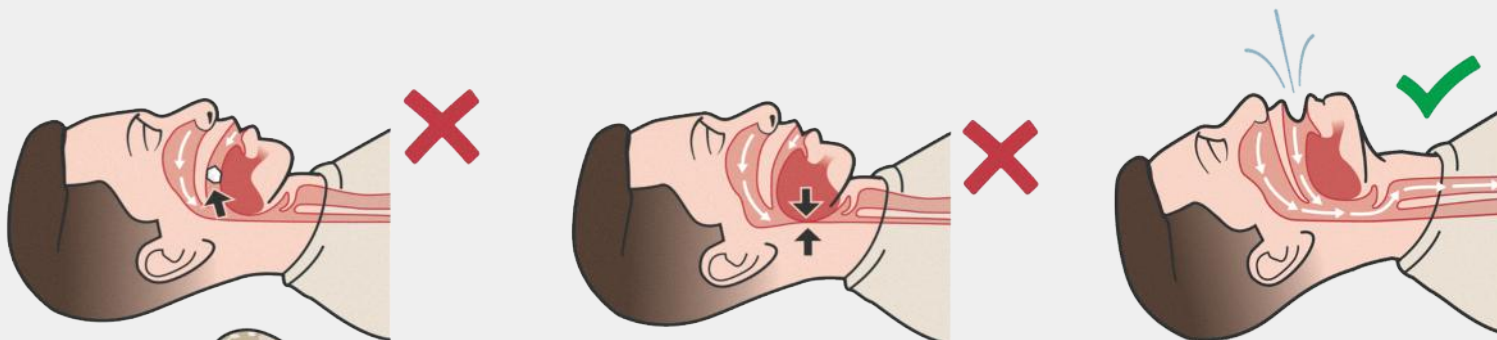
Основная проблема в данном случае – это...



t.me/center_svarog

ПОДДЕРЖАНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

См. раздел «ДЫХАНИЕ»
(назофаренгиальный, орофаренгиальный, коникотом)



РАБОТА С РАНЕНИЯМИ ГЛАЗ

- 1) Если торчит – не вынимать, если болтается – не заправлять
- 2) Закрывать поврежденный глаз щитком (очками, пластинкой, салфеткой и т.п.), под щиток ничего не помещать
- 3) Если повреждено глазное яблоко – забинтовать оба глаза (по ситуации)
- 4) Повязка фиксирующая, **не давящая!**



«Забил» на защиту глаз

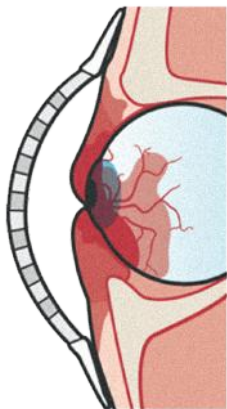


Носил защитные очки



ПОВЯЗКИ НА ГЛАЗА БЕЗ ДАВЛЕНИЯ!

Щиток
без давления
на глаз



Повязка
на один глаз
(моноккулярная)



Повязки
на оба глаза
(бинокулярная)



См. курс:
Десмургия
и иммобили-
зация



РАНЕНИЯ ШЕИ



t.me/center_svarog

РАНЕНИЯ ШЕИ



ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ РАНЕНИЯ ШЕИ

- 1) **С массивным кровотечением**
(повреждены магистральные сосуды)
- 2) **С травмой позвоночника**
(кровотечения может не быть)
- 3) **Ранение / травма с нарушением**
проходимости верхних дыхательных путей



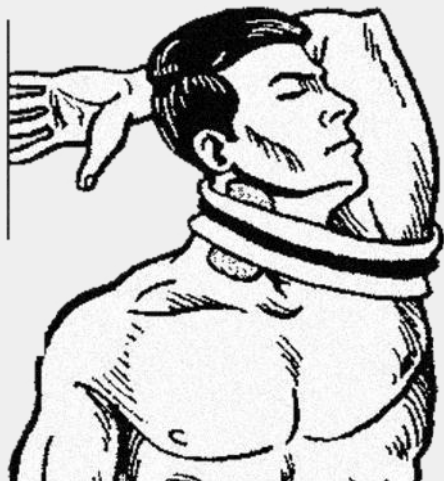
САМОПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИИ ШЕИ

- 1) Немедленно зажать место ранения
- 2) Позвать на помощь
- 3) Сильно зажимать рану до прихода помощи

**Не оперативное оказание первой помощи
может привести к быстрому летальному исходу**



ВЗАИМОПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИИ ШЕИ



- 1) Максимально сильно задавить рану (ППИ в упаковке, кулак, подручные средства)
- 2) Провести жгут / повязку через поднятую руку на противоположной от раны стороне шеи
- 3) Зафиксировать ППИ (предмет давления) жгутом или эластичным бинтом с максимальным натяжением
- 4) Развернуть голову пострадавшего к здоровой стороне, чтобы снизить давление на ВДП
- 5) Зафиксировать повязку двумя узлами
- 6) Обезболить



ВЗАИМОПОМОЩЬ ПРИ РАНЕНИИ ШЕИ



Давящая повязка на шею **не ослабляется** до ПМП



МАТБАЗА ПРИ РАНЕНИЯХ ШЕИ

Пережать рану
и плотно
придавить



Зафиксировать
давящей
повязкой



Обезболить
(по ситуации)

Не распечатанная
упаковка ППИ-1



Эластичный
бинт



Выбор
препарата
по ситуации:

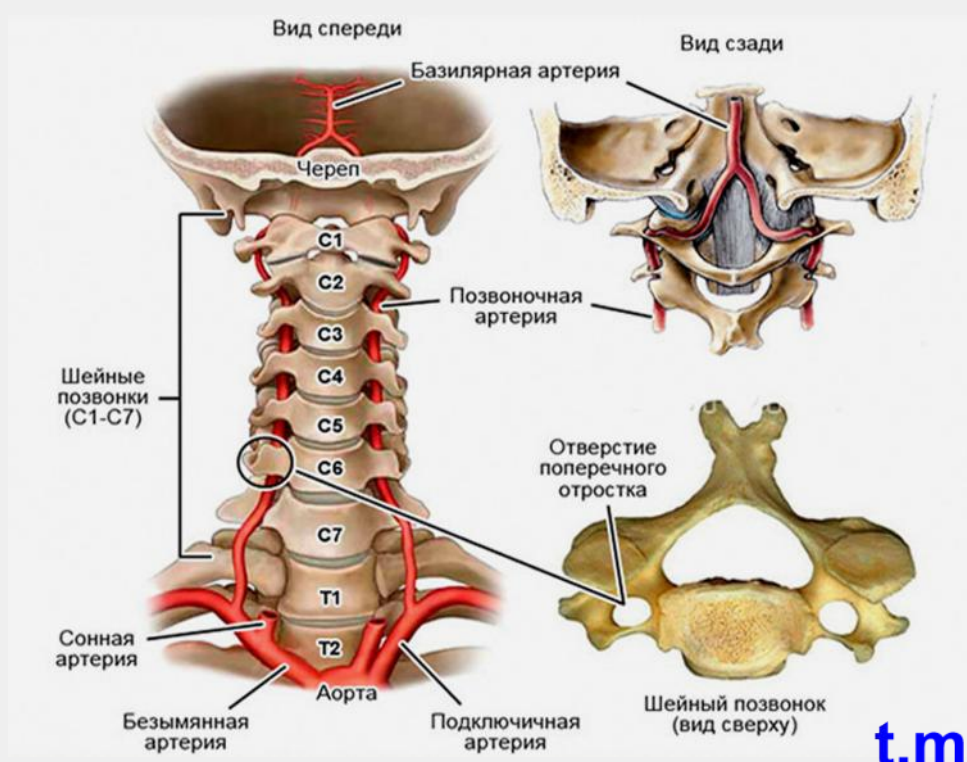


Промедол /
Нефопам



ТРАВМА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Иммобилизация шеи – предупреждение возникновения жизнеугрожающих состояний (см. «ИММОБИЛИЗАЦИЯ»)





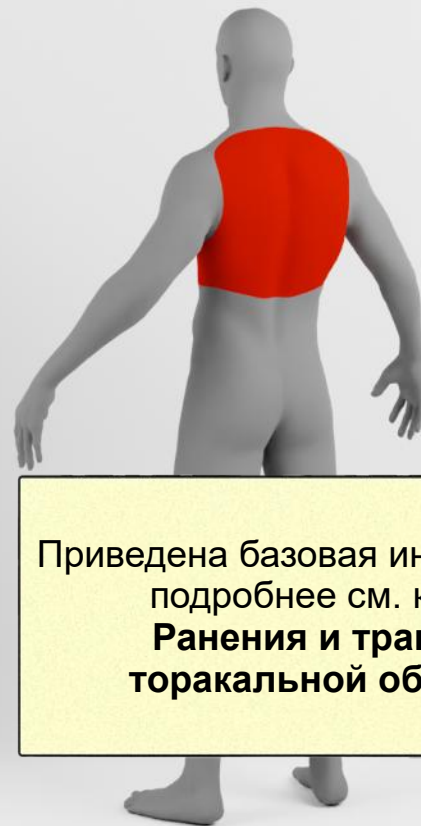
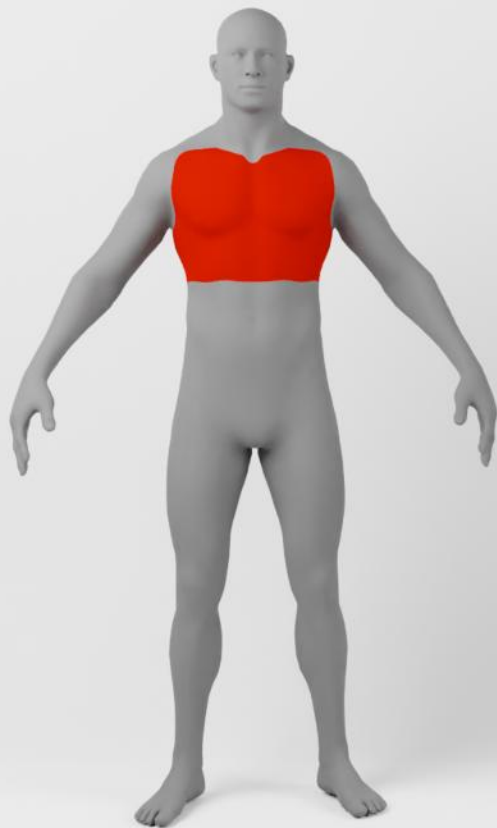
t.me/center_svarog

РАНЕНИЕ/ТРАВМА С НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

(См. раздел «ДЫХАНИЕ»)



РАНЕНИЯ ГРУДИ



Приведена базовая информация,
подробнее см. курс:
**Ранения и травмы
торакальной области**



t.me/center_svarog

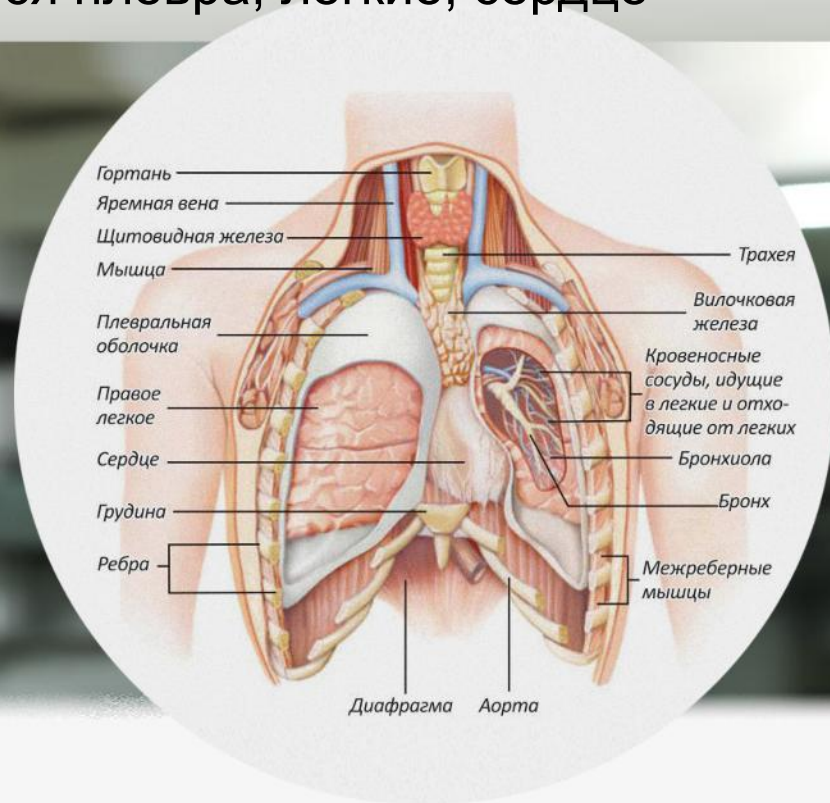
РАНЕНИЯ ГРУДИ

При ранениях груди **обязательно делать полный осмотр** для поиска второго отверстия (входное и выходное)



ОПРЕДЕЛЕНИЕ «ГРУДИ»

Для нас грудь это там, где рёбра.
В грудной области находятся плевра, легкие, сердце



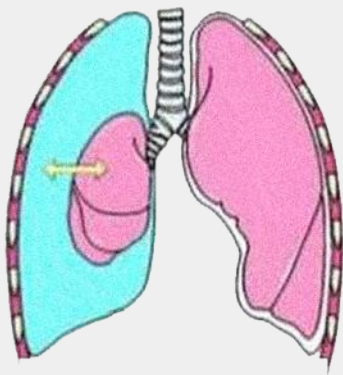
ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ РАНЕНИЯХ ГРУДИ

- 1) Пневмоторакс
- 2) Гемоторакс
- 3) Обструктивный шок

В рамках первой помощи нужно работать с пневмотораксом.
Обязательно выполнить **ОККЛЮЗИЮ**.

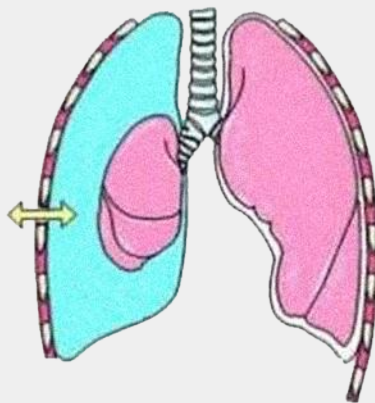


ПНЕВМОТОРАКС



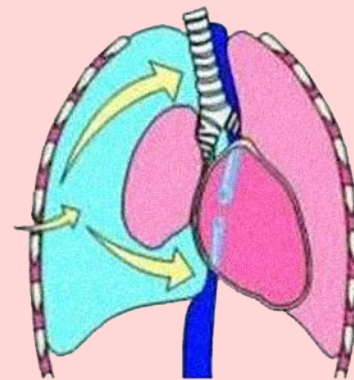
1) Закрытый

Воздух попал
и остался,
отверстие закрыто



2) Открытый

Воздух входит
и выходит



3) Клапанный → напряжённый

Воздух входит,
но не может выйти,
накапливается

Цель окклюзии: не допустить попадание воздуха в отверстие раны, тем самым остановить развитие пневмоторакса



ЗАМЕТНЫЕ ПРИЗНАКИ НАПРЯЖЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

- 1) Частое поверхностное дыхание
- 2) Цианоз (синюшный цвет кожи)
- 3) Отклонение трахеи в здоровую сторону (смещение кадыка)
- 4) Набухание швейных вен
- 5) На пораженной стороне грудной клетки:
 - а) Расширение межреберных промежутков
 - б) Отставание движения грудной клетки при дыхании (асимметричное движение грудной клетки)

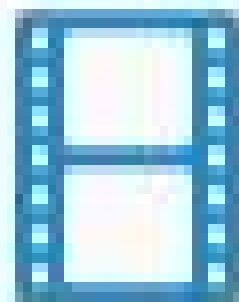




ВИДЕОМАТЕРИАЛ 18+

**ФОТО / ВИДЕОСЪЕМКА
ЗАПРЕЩЕНЫ**

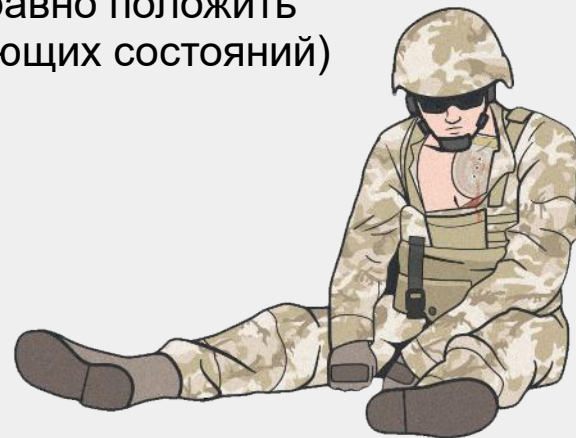
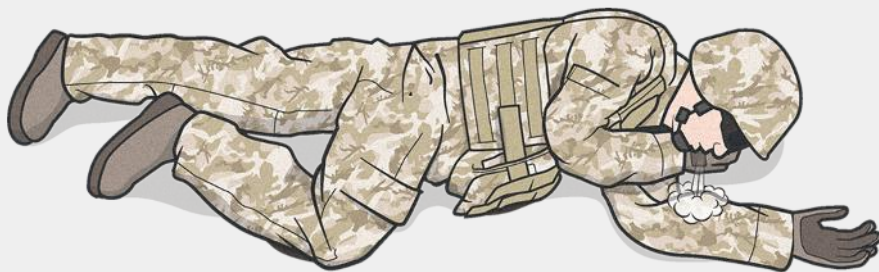




ПОЛОЖЕНИЕ ПРИ РАНЕНИИ ГРУДИ

- 1) Базовое положение пострадавшего: **сидя, полусидя**
- 2) Раненому дать приподняться, присесть – так легче дышать
- 3) Если без сознания, или положение сидя невозможно, то **положить на раненый бок** (в отличие от всех остальных случаев)*

* Если ранены нога и грудь с одной стороны, то всё равно положить на раненый бок (дыхание в приоритете жизнеугрожающих состояний)



ДЕЙСТВИЯ ПРИ РАНЕНИЯХ ГРУДИ

- 1) По ситуации: переместить раненого в зелёную зону, иногда оказать помощь нужно в жёлтой зоне
- 2) Открыть / разрезать одежду для осмотра раны
- 3) Искать второе отверстие (входное и выходное)
- 4) **НЕ ТАМПОНИРОВАТЬ!** Ничего не засовывать в рану
- 5) **ВЫПОЛНИТЬ ОККЛЮЗИЮ НА ОБА ОТВЕРСТИЯ**
- 6) Закрыть пластырь фиксирующей повязкой без давления
- 7) По ситуации – обезболить



СРЕДСТВА ОККЛЮЗИИ

- 1) Окклюзионный пластырь
- 2) Если окклюзионного пластыря нет, то:
 - а) Закрыть рану прорезиненной упаковкой ППИ / целлофаном
 - б) Проклеить по периметру армированным скотчем
- 3) Эластичные бинты:
закрыть окклюзию фиксирующей повязкой **без давления**



СРЕДСТВА ОККЛЮЗИИ

Окклюзионный пластырь



Упаковка ППИ +
армированный скотч



t.me/center_svarog

ОККЛЮЗИОННЫЕ ПЛАСТЫРИ

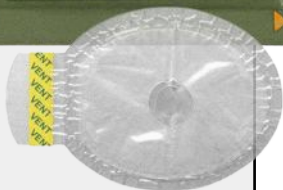
Пластыри бывают вентилируемые и не вентилируемые (глухие)



лучшие



HyFin, HALO



хорошие

FOXSEAL



проверка
каждой
партии!

Китайские «No name»,
Rhino нового образца



нельзя



Rhino старого образца



ДЕКОМПРЕССИОННЫЕ ИГЛЫ

Если у вас возникает вопрос «*Как ставить?*», то ставить декомпрессионную иглу нельзя ни в коем случае!

С иглами работают только квалифицированные медики!



См. курс:
**Ранения
и травмы
торакальной
области**



t.me/center_svarog

МАТБАЗА ПРИ РАНЕНИЯХ ГРУДИ

Заклеить оба
отверстия



Закреть
фиксирующей
повязкой
без давления



Обезболить
по ситуации

Оклюзионный
пластырь



Эластичный бинт,
армированный скотч



Выбор
препарата
по ситуации:

Промедол /
Нефопам



* Целлофан /
упаковка ППИ,
армированный скотч



t.me/center_svarog

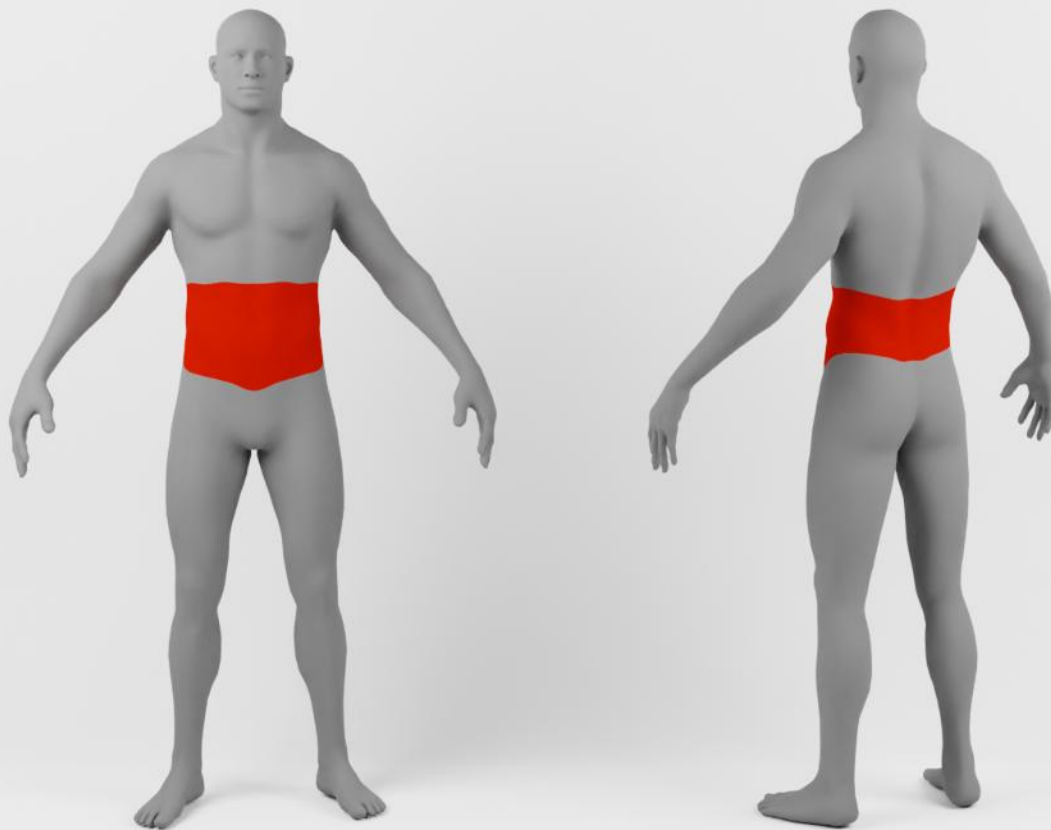
P.S. В сердце ничего не колем!
Вопросы по прошедшему блоку есть?



– Перерыв 10 минут



РАНЕНИЯ ЖИВОТА



t.me/center_svarog

ТИПЫ РАНЕНИЙ ЖИВОТА

**Без выпадения
внутренних органов**



**С выпадением
петель кишечника
(бывает крайне редко)**



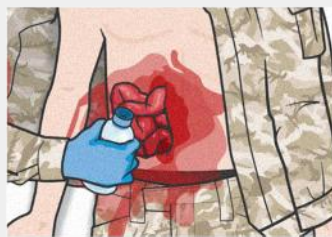
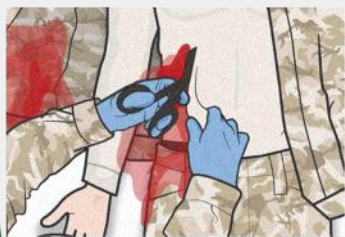
РАНЕНИЯ БЕЗ ВЫПАДЕНИЯ ОРГАНОВ

- 1) Не давать раненому ни пить, ни есть
- 2) Переместить раненого в зелёную зону
- 3) Разрезать одежду для осмотра раны (входное - выходное)
- 4) НЕ ТАМПОНИРОВАТЬ!** Ничего не засовывать в рану
- 5) НЕ ВЫПОЛНЯТЬ ОККЛЮЗИЮ!**
- 6) Перебинтовать фиксирующей повязкой, без давления
- 7) Параллельно – обезболить



РАНЕНИЯ С ВЫПАДЕНИЕМ КИШЕЧНИКА

- 1) Закрывать рану и кишки широкой влажной повязкой без давления.
- 2) **Повязка должна быть всегда влажная.**
Смочить бутилированной водой, натрия хлоридом 0,9% или хлоргексидином (**на водной основе**)
- 3) Переместить раненого в зелёную зону
- 4) Перебинтовать фиксирующей повязкой, без давления
- 5) Параллельно – обезболить
- 6) Прикрыть пакетом, но **НЕ ЗАМАТЫВАТЬ ГЕРМЕТИЧНО!**
- 7) Поддерживать повязку влажной на всём пути до ПГ



МАТБАЗА ПРИ РАНЕНИЯХ ЖИВОТА

Прикрыть рану
влажной
подушечкой



Зафиксировать
повязкой
без давления



Обез-
болить



Держать
повязку
влажной

НЕ ДАВАТЬ РАНЕНОМУ НИ ПИТЬ, НИ ЕСТЬ

Обычный бинт,
бутилированная вода,
хлоргексидин
(на водной основе)



Эластичный
бинт



Выбор
препарата
по ситуации:



Водные
растворы



Промедол /
Нефопам



Не давать пить!

t.me/center_svarog

РАНЕНИЯ ПАХА / ТАЗА, КЛЮЧИЦЫ / ПОДМЫШКИ



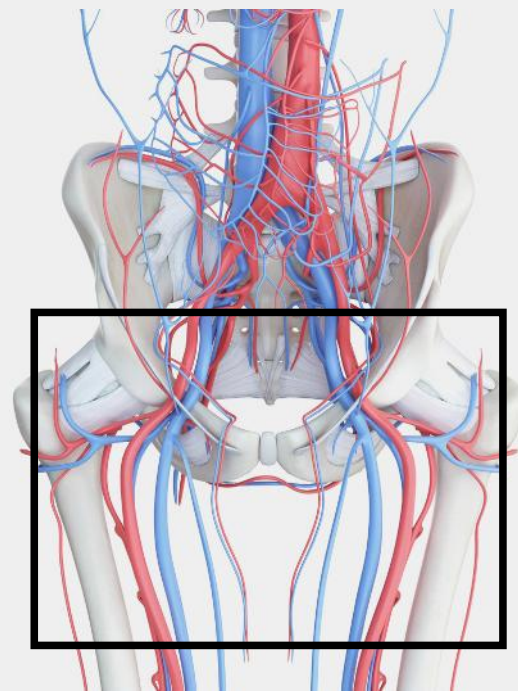
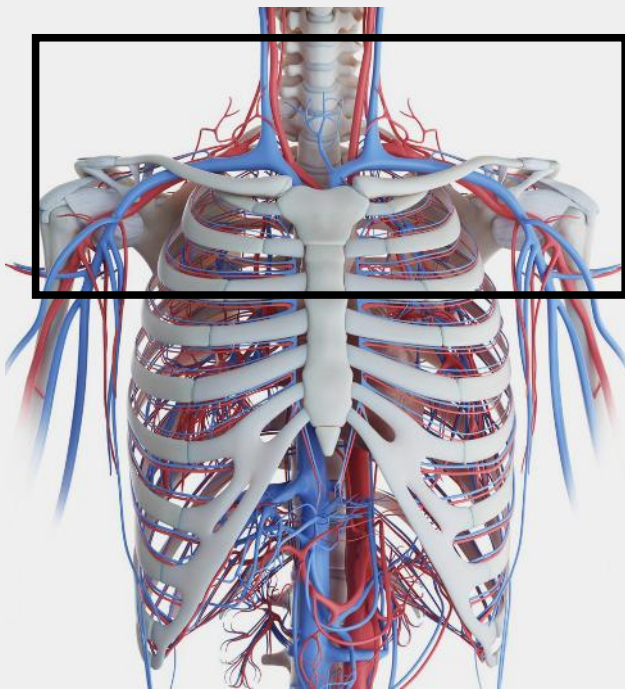
t.me/center_svarog

РАНЕНИЯ ПАХА / ТАЗА, КЛЮЧИЦЫ / ПОДМЫШКИ



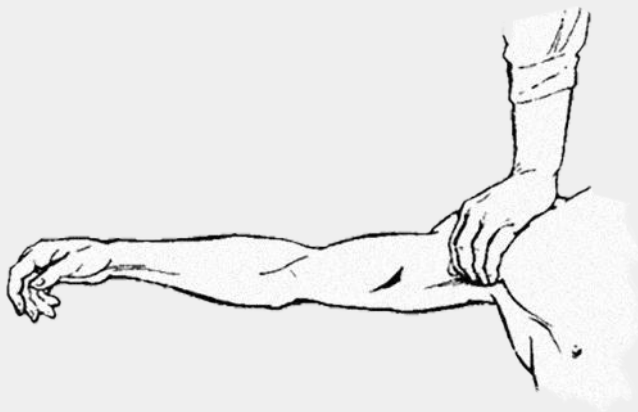
АНАТОМИЯ ТАЗА / КЛЮЧИЦЫ

Сложные области для работы с массированным кровотоком.
Магистральные сосуды – очень близко к поверхности тела



ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ПАЛЬЦЕВЫМ ПРИЖАТИЕМ

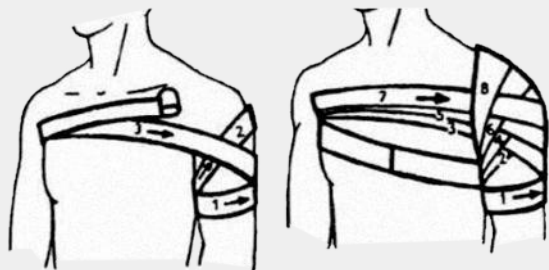
Подмышкой



В области паха



РАБОТА С РАНЕНИЯМИ КЛЮЧИЦЫ / ПАХА



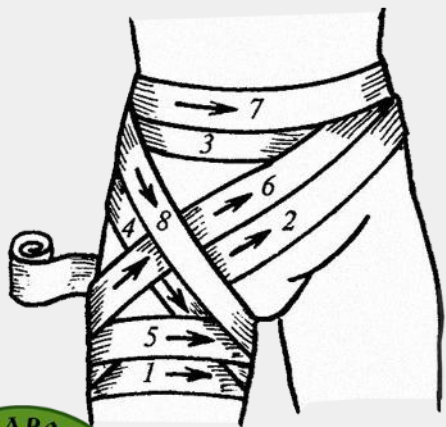
1) Под повязку положить предмет давления (ППИ, бинты и др.)

2) По ситуации: выполнить тампонаду

3) Сделать сильную давящую повязку (требуется **много** перевязочного материала)

4) По ситуации: верхний тур закрутить шомполом (сделать закрутку)

5) Выполнить иммобилизацию: обеспечить неподвижность



МАТБАЗА. РАНЕНИЯ КЛЮЧИЦЫ / ПАХА

**Сильно
задавить
рану**



**Сильная
давящая
повязка**



**Обез-
болить**



**Иммо-
билизация**

**Не распакованная
упаковка ППИ**



**Много
эластичных
бинтов**



**Выбор
препарата
по ситуации:**



**Средства
иммобилизации**

**Промедол /
Нефопам**



**Тампонада по ситуации:
Обычный бинт /
Гемостатический бинт**



РАБОТА С ОЖОГАМИ



Приведена базовая информация,
подробнее см. курс:
Ожоги и обморожения



t.me/center_svarog

КЛАССИФИКАЦИЯ ОЖОГОВ

ПО ПРИЧИНАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ



1) Термические



2) Электрические



3) Химические



4) Радиационные
(лучевые)

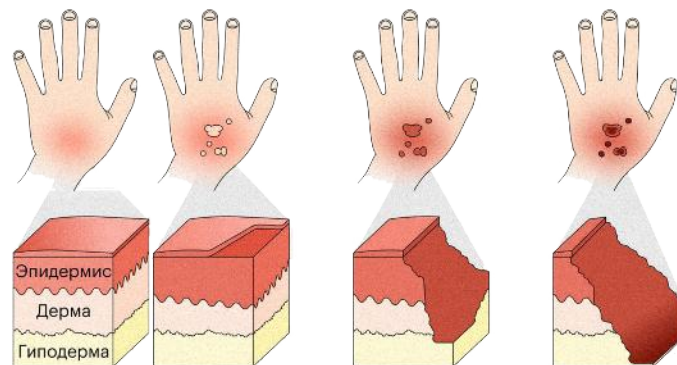
5) Смешанные

ПО ГЛУБИНЕ ПОРАЖЕНИЯ (МКБ-10)

Первая степень (I)

Вторая степень (II)

Третья степень (III)



ПРИЗНАКИ ТЕРМИЧЕСКИХ ОЖОГОВ



I степень

- Поражённое место припухает, краснеет
- Температура кожи на месте ожога повышается
- Ощущается боль, жжение, к ожогу очень больно прикасаться



II степень

- Появляются пузыри с тканевой жидкостью
- Кожа становится отёчной, рыхлой, желтоватого оттенка;
- Может покрываться волдырями
- Начинается некроз



III степень

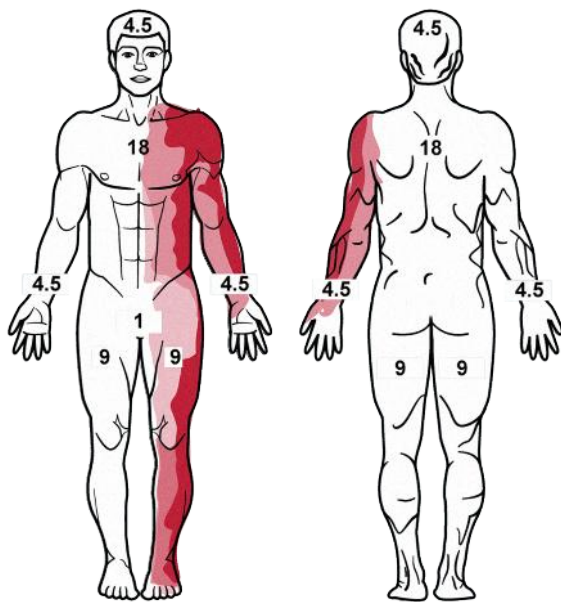
- Ожоги захватывают большую площадь
- Омертвляются кожа, сухожилия, мышцы, кости
- Волдыри сливаются
- Кожа от тёмно-красного до чёрного цвета



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ ОЖОГОВ

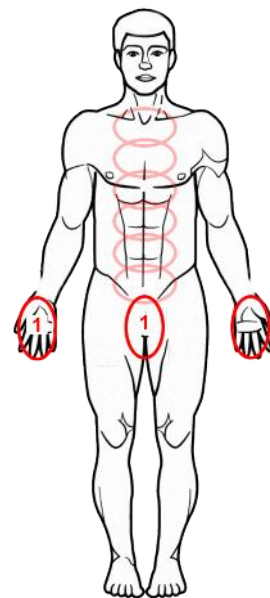
ПРАВИЛО «ДЕВЯТОК»

Анатомические области ~9%
от площади кожного покрова



ПРАВИЛО ЛАДОНИ

Площадь ладони ~1%
от площади кожного покрова



ОПАСНОСТИ СОПРЯЖЕННЫЕ С ОЖОГАМИ

- 1) Термические ожоги
без охлаждения прогрессируют
ожог углубляется → выше степень
- 2) Ожоговый шок
эректильная стадия до 48 часов
→ осложнения углубляются
- 3) Ожог верхних дыхательных
путей → отёк дыхательных путей



ТАКТИКА РАБОТА С ОЖОГАМИ

- 1) Прекратить воздействие повреждающего фактора
- 2) «Горит» – потушить, по возможности охладить
- 3) «Химия» – промыть, обработать
- 4) Обезболить – ожог это очень больно
- 5) Использовать противоожоговые салфетки / гель
- 6) Закрыть ожог асептической повязкой
- 7) При обширных и/или глубоких ожогах делать иммобилизацию
- 8) Как можно быстрее передать раненого медикам**



СРЕДСТВА РАБОТЫ С ОЖОГАМИ

Салфетки
АППОЛО



Салфетки
Лиоксазин



Салфетки
BurnTec



Салфетки
Burnshield



ЭКИПИРОВКА И ОЖОГИ

Обязательно носить длинный рукав, китель. Уделить внимание качеству балаклавы, перчаток, нательного белья:

- 1) **Негорючее снаряжение:** держит короткий тепловой удар
- 2) **Х-Б ткань:** горит, но не прилипает, можно снять
- 3) **Флис / дорогая синтетика:** прилипает, но можно успеть снять
- 4) **Дешёвая синтетика:** моментально прилипает

Если ткань прилипла, то не отдирать, а обрезать по периметру, сверху применить противоожоговый пакет, асептическую повязку

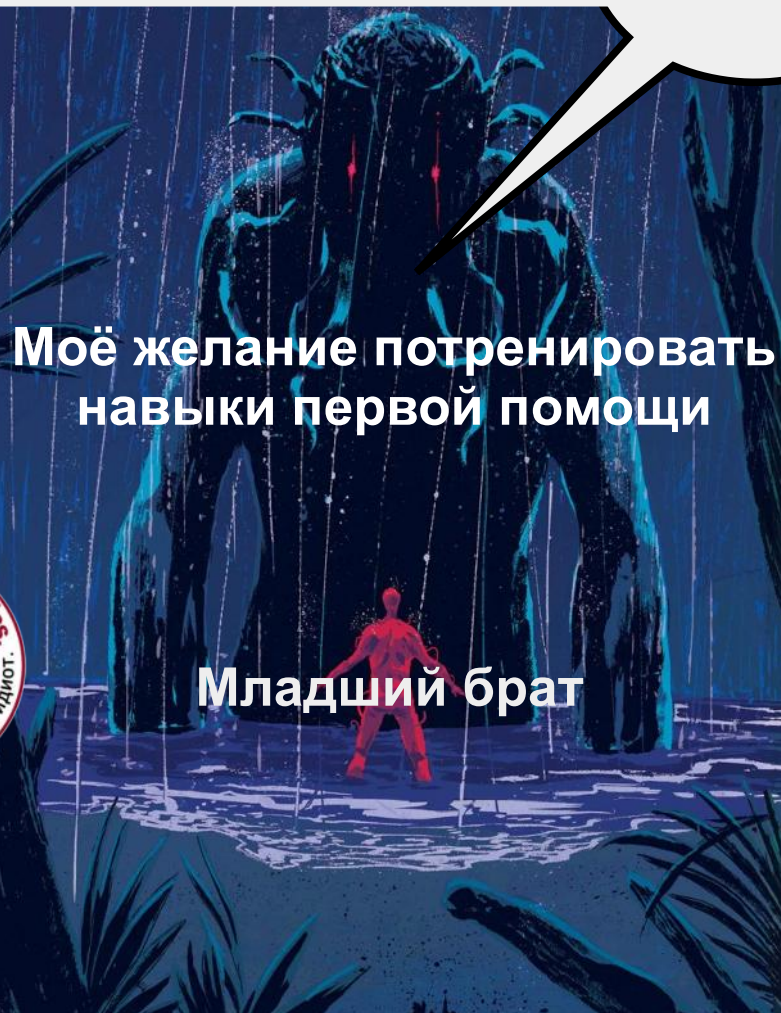


ПОВТОРИМ ОСНОВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ В КРАСНОЙ И ЖЁЛТОЙ ЗОНАХ

- 1) В красной зоне – подавить противника огнём, обеспечить выполнение боевой задачи, переместиться в жёлтую зону
- 2) **Остановить массивное наружное кровотечение**
- 3) Проверить дыхание и сознание раненого, бегло осмотреть на наличие других повреждений
- 4) Если раненый в сознании, то обезболить (выбор препарата в зависимости от силы болевого синдрома)
- 5) Если без сознания – обеспечить проходимость дыхательных путей
- 6) Переместить раненого в зелёную зону



Вопросы по прошедшему блоку есть?



Моё желание потренировать
навыки первой помощи

Младший брат



t.me/center_svarog

Перерыв 10 минут

Моё желание потренировать
навыки первой помощи

Младший брат



t.me/center_svarog



РАБОТА В ЗЕЛЁНОЙ ЗОНЕ

РАБОТА В ЗЕЛЁНОЙ ЗОНЕ

**Условная безопасность. Работа с колена, возможно стоя.
Условия светомаскировки**

- 1) Купирование жизнеугрожающих состояний. Проверка и исправление действий, выполненных в жёлтой зоне
- 2) Детальный вторичный осмотр
- 3) По показаниям – постановка внутривенного доступа
- 4) Работа с сохранением здоровья (тампонада → ослабление турникета, второстепенные повязки)
- 5) Подготовка к эвакуации в полном объеме
- 6) Запись произведенных манипуляций



КУПИРОВАНИЕ ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИХ СОСТОЯНИЙ

- 1) Проверка действий, выполненных в жёлтой зоне:
 - а) Проверить эффективность наложенного жгута/турникета и/или давящей повязки, если «подтекает» — исправить
 - б) Если без сознания, то проверить дыхание, очистить дыхательные пути, поставить воздуховод
- 2) Обезболить (если в сознании и не обезболен ранее)
- 3) По показаниям – постановка внутривенного доступа
- 4) Записать время постановки жгута и обезбола на щеках



ЗАПИСЬ НА ЩЕКАХ РАНЕНОГО

- 1) Записать время наложения первого жгута/турникета **в 24-часовом формате**, например: **13:55**
- 2) Записать использованные инъекции, особенно опиоидные обезболивающие (промедол, трамадол), например: **ПР1**
- 3) Если надписи нет, то уточнить фактическое время наложения жгута и записать его на щеке

13:55



ПР1

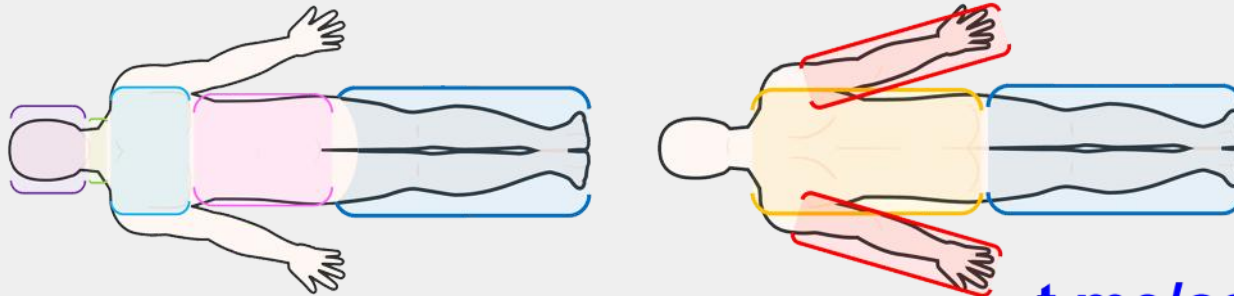
t.me/center_svarog



ДЕТАЛЬНЫЙ ВТОРИЧНЫЙ ОСМОТР

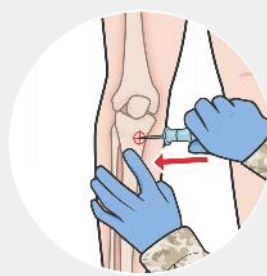
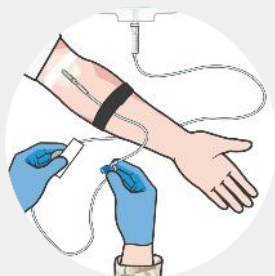
- 1) Если раненый контактен – спросить «что беспокоит?»
- 2) Снять СИБЗ
- 3) Внимательно осмотреть на предмет других ранений/повреждений
- 4) Аккуратно разрезать одежду в проекции ранения
- 5) При необходимости раздеть
- 6) Положить/посадить раненого в положение для работы

голова → шея → грудь → живот → ноги → руки → спина



ПОСТАНОВКА В/В, В/К ДОСТУПА

- 1) При любом тяжелом ранении предполагается развитие шока.
Проще замедлить развитие, чем лечить шок на 2-3 стадии
- 2) Поставить внутривенный доступ:
 - а) при ранении средней тяжести в 1 вену
 - б) при тяжелом ранении в 2 вены (по ситуации)
- 3) Начать инфузионную и медикаментозную терапию по показаниям



См. курс:
**Инфузионная
терапия и
внутривенный
доступ**



РАБОТА С СОХРАНЕНИЕМ ЗДОРОВЬЯ

Работать так, как хочется, чтобы работали с вами

- 1) Тампонада раны, давящая повязка и ослабление турникета (сохранение конечности)
- 2) Повязки по показаниям (остановка кровотечения/защита ран)
- 3) Иммобилизация поврежденных частей тела (противошоковое, обезболивающее, защита от вторичных повреждений)
- 4) Обеспечение температурного комфорта (противошоковое)
- 5) Постоянный вербальный контакт, моральная поддержка



ПОДГОТОВКА К ЭВАКУАЦИИ

- 1) Убедиться, что жгут/турникет хорошо видны
- 2) Убедиться, что повязки функциональны
- 3) Убедиться, что система в/в доступа зафиксирована
- 4) Иммобилизация и температурный комфорт выполнены
- 5) По возможности одеть (накинуть) на раненого СИБЗ (эвакуационную технику регулярно обстреливают)
- 6) По ситуации — зафиксировать раненого к носилкам

Как раненый подготовлен, так он и поедет до ПМП или ПГ



ЗАПИСЬ МАНИПУЛЯЦИЙ

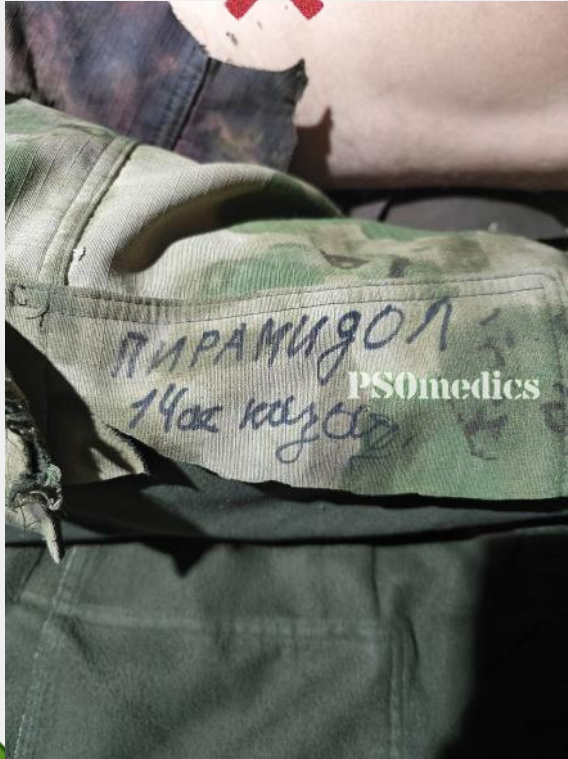


- 1) Убедиться, что надписи на щеках читабельны
- 2) При тампонаде — подложить под крайний тур повязки упаковку от использованного гемостатика
- 3) По ситуации — заполнить карточку раненого, перечислить все манипуляции и введенные препараты
- 4) Если известно – указать заболевания **гепатит, ВИЧ**
- 5) Карточку подложить под ремень/верхний тур повязки/шину, приклеить скотчем так, чтобы она не потерялась

P.S. Если эвакуация задерживается, дать раненому антибиотики (по решению санитарного инструктора)



ЗАПИСЬ МАНИПУЛЯЦИЙ





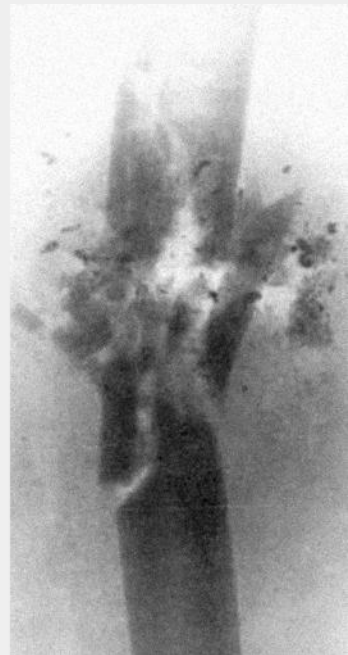
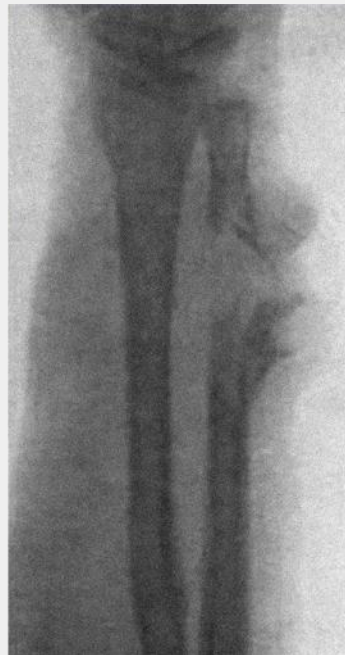
ИММОБИЛИЗАЦИЯ

Приведена базовая информация,
подробнее см. курс:
Десмургия и иммобилизация



ПЕРЕЛОМЫ → ИММОБИЛИЗАЦИЯ

Закрытый или открытый перелом, тяжелые огнестрельные ранения



ИММОБИЛИЗАЦИЯ

Иммобилизация – придание неподвижности
(имеет обезболивающий, противошоковый, защитный эффект)

- 1) При тяжелых травмах/ранениях, ожогах и обморожениях всегда необходима иммобилизация
- 2) Не качественная иммобилизация при переломах может привести к вторичному смещению отломков и/или вторичным повреждениям, кровотечениям
- 3) **Без иммобилизации пострадавшего крайне нежелательно транспортировать**



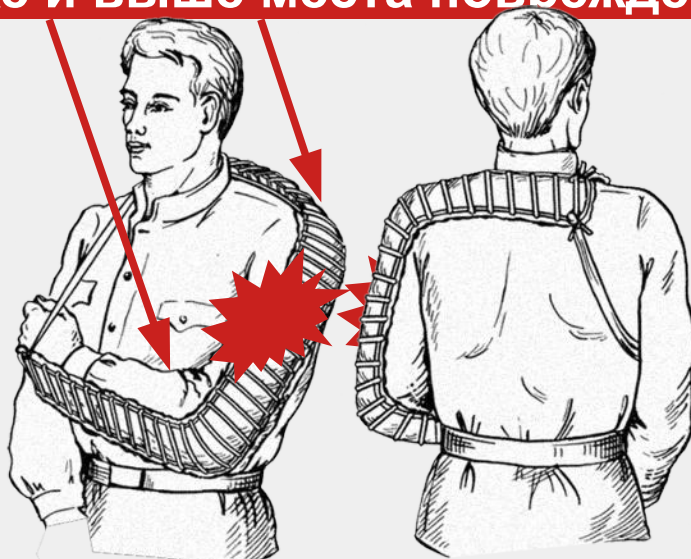
ИММОБИЛИЗАЦИЯ БЫВАЕТ

ПОЛНАЯ (приоритетно, если ситуация позволяет)

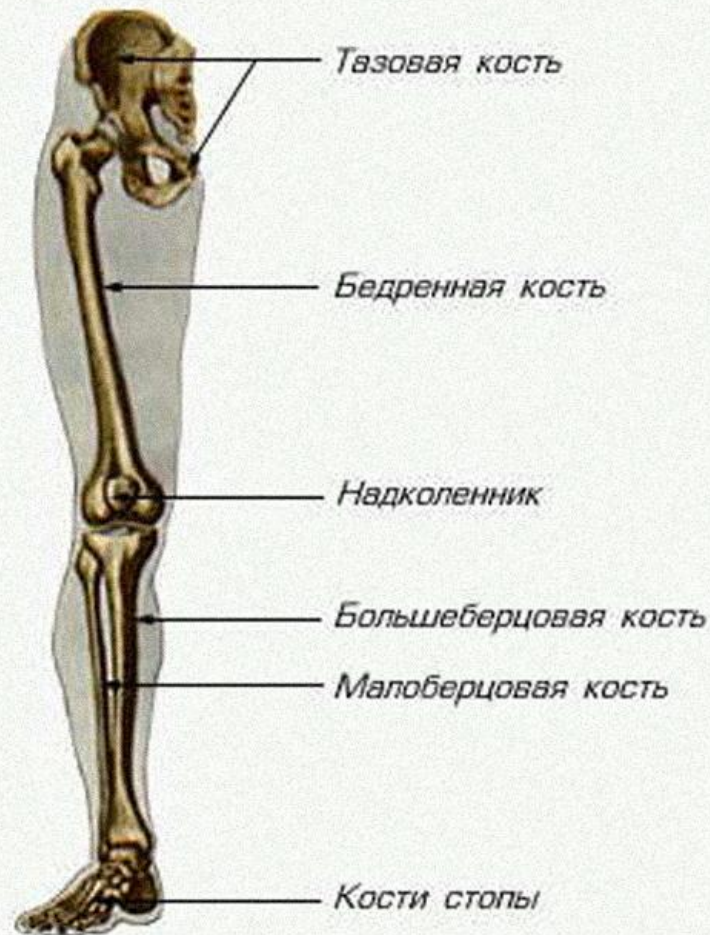
ЧАСТИЧНАЯ (хоть как-то, если ситуация не позволяет)

В любом случае нужно

**фиксировать минимум два сустава:
ниже и выше места повреждения**



Фиксировать минимум два сустава: ниже и выше места повреждения



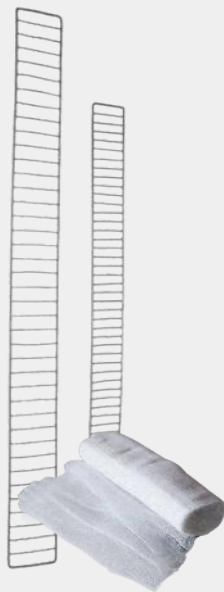
ШТАТНЫЕ ШИНЫ



Фанерные



Складные
(картонные,
пластиковые)



Лестничные
(шина Крамера)



Мягкие



Вакуумные



ПОДРУЧНЫЕ СРЕДСТВА



Двери, доски, лыжи, крупные ветки,
черенки и т.п.



Армированный
скотч

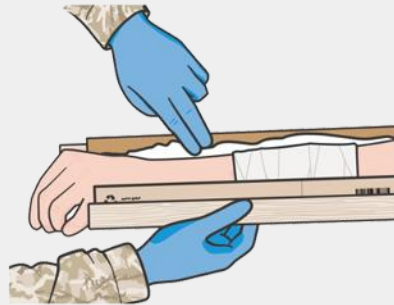
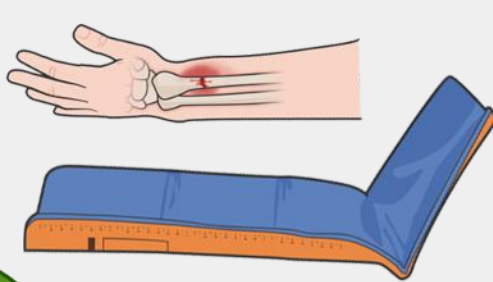
Ремни

Подручные средства лучше, чем ничего!
Перед использованием убрать гвозди, саморезы, сучки и т.п.



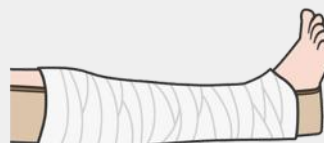
ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ

- 1) Аккуратно привести конечность в анатомическое положение (в отличие от гражданских норм)
- 2) Заранее подогнать шину **по здоровой конечности** раненого
- 3) Если длины шины не хватает – собрать одну из двух
- 4) Фиксировать **два сустава**: выше и ниже места ранения
- 5) Под шину положить смягчающую прокладку



ИММОБИЛИЗАЦИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ

- 6) Шину ставить аккуратно, надежно зафиксировать эластичным бинтом/армированным скотчем
- 7) Следить, чтобы иммобилизация не закрывала жгут/турникет и давящую повязку!
- 8) В крайней ситуации допускается примотать руку к телу, а ноги друг к другу, без использования шин
- 9) По ситуации: зафиксировать пострадавшего к носилкам и/или к технике



ПРИМЕРЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ

Иммобилизация ног



Иммобилизация руки



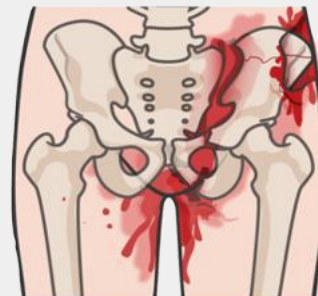
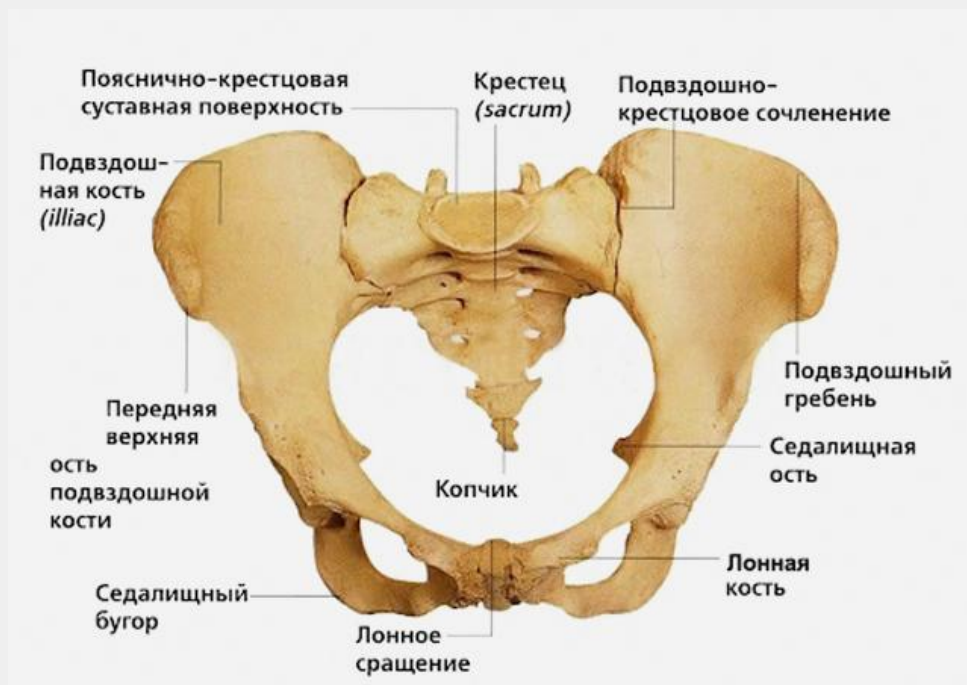
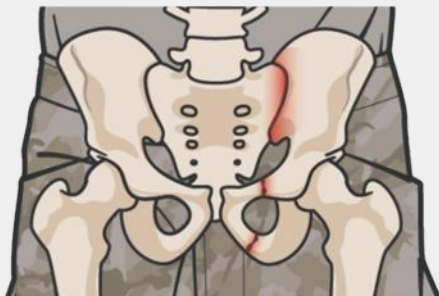
ОШИБКИ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ КОНЕЧНОСТЕЙ

- ✗ 1) Шина не обеспечивает неподвижность конечности
- ✗ 2) Шина наносит дополнительные повреждения раненому



ИММОБИЛИЗАЦИЯ ТАЗА

Качественно выполненная иммобилизация таза
– предупреждение развития шока, снижение болевого синдрома,
минимизация дополнительных повреждений



ИММОБИЛИЗАЦИЯ ТАЗА

- 1) Аккуратно привести ноги в анатомическое положение
- 2) Ступни направить вверх, примотать друг к другу
- 3) Обеспечить **полную неподвижность таза и ног**
(только жесткие носилки/подручные средства (дверь и т.п.))
- 4) Зафиксировать раненого в районе **груди, таза, бедер, голени**



Шина для
иммобилизации таза



Иммобилизация таза
подручными средствами



ФИКСАЦИЯ ТАЗА ПОДРУЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

- 1) Фиксация таза ремнём
- 2) Фиксация таза двумя турникетами, соединёнными вместе
- 3) Фиксация таза мягкой шиной и одним турникетом
(в краях шины сделать прорезы, завести шину под таз пострадавшего, в прорезы вставить турникет, закрутить турникет)
- 4) Фиксация таза бронежилетом, боевым поясом, рюкзаком



ИММОБИЛИЗАЦИЯ ШЕИ

Показания:

- 1) Ранения головы (черепно-мозговые травмы)
- 2) Подозрения на повреждение позвоночника

В результате:

- ✓ ДТП
- ✓ Падения с высоты
- ✓ Ранения



ИММОБИЛИЗАЦИЯ ШЕИ

Иммобилизация шеи относится к предупреждению возникновения жизнеугрожающих состояний!

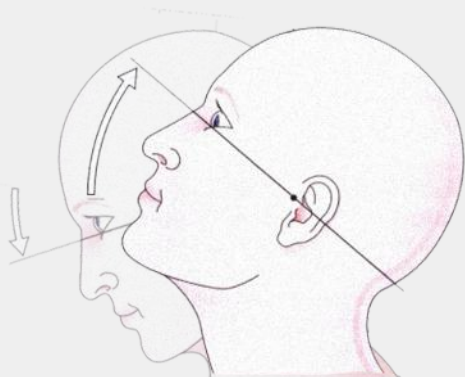
Желательно производить в 4 руки:

- 1) 1-й держит голову
- 2) 2-й выполняет иммобилизацию

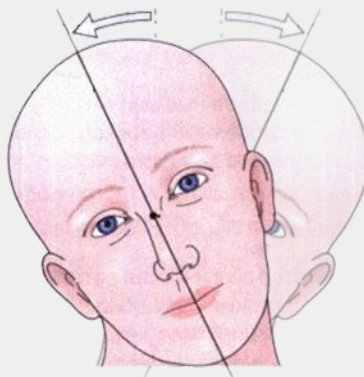


ПРИВЕДЕНИЕ ГОЛОВЫ В АНАТОМИЧЕСКОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

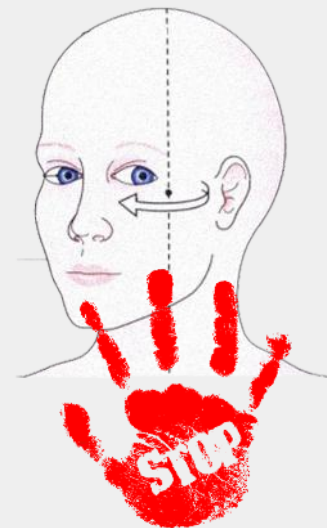
Можно аккуратно
наклонять
вперед-назад



Можно аккуратно
наклонять
влево-вправо



Голову нельзя
поворачивать



СРЕДСТВА ИММОБИЛИЗАЦИИ ШЕИ



**Воротник
«Филадельфия»**



**Воротник
Шанца**



**Воротник
из мягкой
шины**



**Воротник
из подручных
средств
(картон + скотч)**



**Обернуть куртку
вокруг шеи,
зафиксировать
скотчем**



ОШИБКИ ПРИ ИММОБИЛИЗАЦИИ ШЕИ



1) Работа в 2 руки без ассистента.

Голову нужно держать неподвижно



2) Подбородок заведен под шину!

Подбородок должен быть над воротником



3) Посторонние предметы под шиной!

Под шиной ничего быть не должно.



– Иммобилизация подручными
средствами лучше, чем ничего!
Вопросы по прошедшему блоку есть?



– Перерыв 10 минут



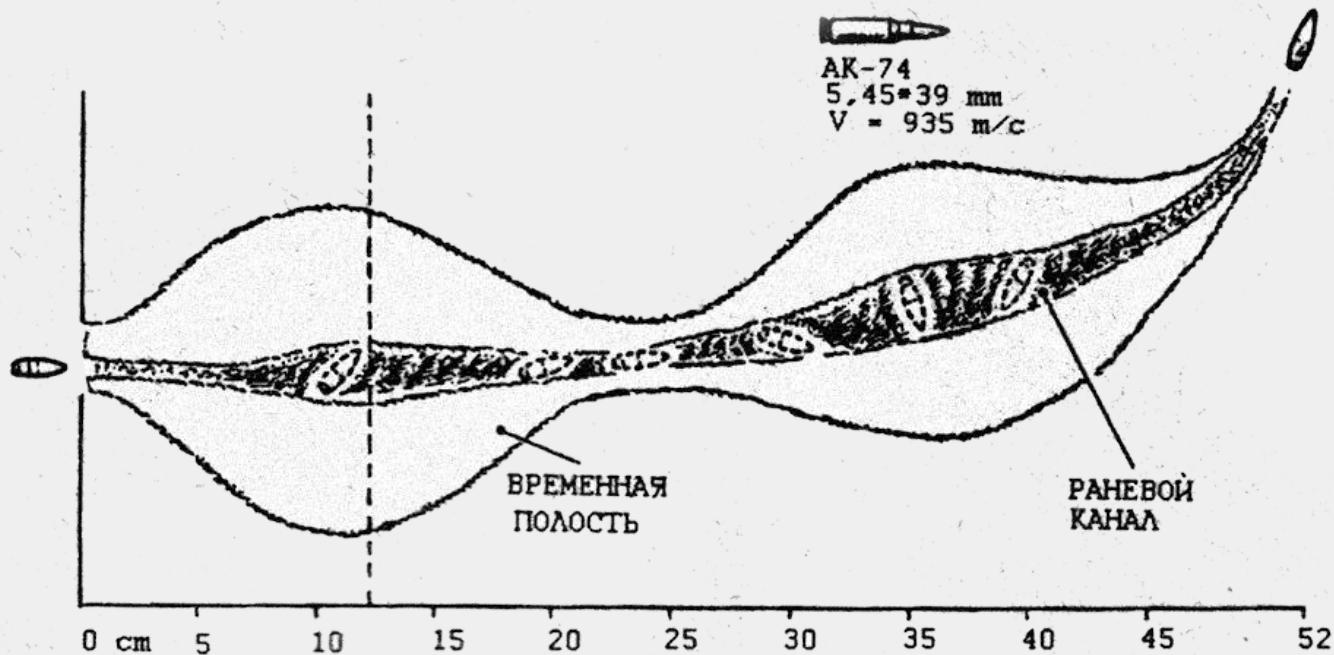
t.me/center_svarog



ТАМПОНАДА РАНЫ РАНЕВАЯ БАЛЛИСТИКА

РАНЕВАЯ БАЛЛИСТИКА

Виды ранений: сквозные или слепые (с повреждением сосудов и/или костей или без), проникающие, не проникающие, касательные



РАНЕВОЙ КАНАЛ

На фото сравнение входного и выходного отверстий
от огнестрельного ранения калибром 5.45



РАНЕВЫЕ КАНАЛЫ

Выходное 5.45x39



Сквозное 12 кал.



Осколочное





СРЕДСТВА ТАМПОНАДЫ РАНЫ

ТАМПОНАДА РАНЫ

Тампонада – это полное и плотное заполнение раневого канала средствами тампонады с целью остановки кровотечения



СПОСОБЫ ГЕМОСТАЗА

Физический	Зажимаем повреждение	Марля или обычный бинт
Химический	Воздействуем на свертываемость крови	Химические препараты общего или местного действия – гемостатики
Смешанный	Физическое и химическое воздействие	Гемостатические бинты – это бинты, пропитанные гемостатиком



ГЕМОСТАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

Общего действия

- 1) Внутривенно
- 2) Внутримышечно

См. курс:
**Инфузионная
терапия и
внутривенный
доступ**



Местного действия (МГС)

По форм фактору:

- 1) Порошок / гранулы
- 2) Аппликаторы
- 3) Гемостатические бинты:
 - a) Рулонные
 - b) Z-образные
- 4) Прочие форм-факторы

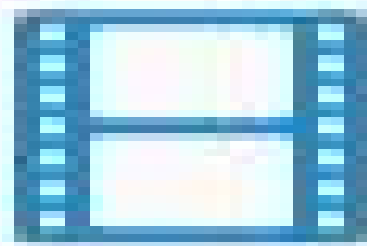


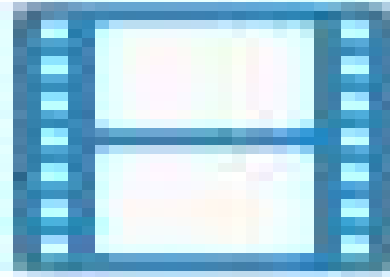


ВИДЕОМАТЕРИАЛ 18+

**ФОТО / ВИДЕОСЪЕМКА
ЗАПРЕЩЕНЫ**







ГЕМОСТАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

По действующему веществу:

- 1) Цеолиты
- 2) Марганец
- 3) Целлюлоза
- 4) Хитозан
- 5) Каолин



ГЕМОСТАТИЧЕСКИЕ БИНТЫ

По действующему веществу:

Хитозан

CELOX Rapid

Z-бинт

HEMCON ChitoGauze

Z-бинт

ГЕМОСПАС БИО

Z-бинт

ГЕПОГЛОС

Z-бинт

ГЕМОФЛЕКС

Z-бинт

ЭЛЛАРГА

Z-бинт

Каолин

QUIKCLOT

Z-бинт 3-го поколения

ALSiGEM

Z-бинт, не замерзает

PLANTAGO

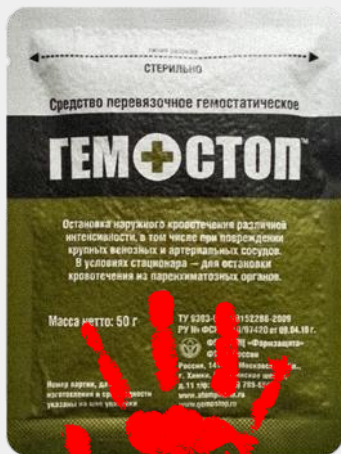
Z-бинт

MEDCLOT

Z-бинт, замерзает



НЕ РАБОЧИЕ ГЕМОСТАТИКИ



ГЕМОСТОП

Вызывает ОЖОГИ
Средство убийца.
Разогревается до 70°



Гемостатические губки

Бесполезна,
нет гемостатического
эффекта



Женские тампоны

Тампоны хорошо
впитывают
и в результате убивают





ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ТАМПОНАДЫ

ТАМПОНАДА РАНЕВОГО КАНАЛА



МЕСТА ВЫПОЛНЕНИЯ ТАМПОНАДЫ



НЕ ТАМПОНИРУЕМ

- 1) Голову
- 2) Шею*
- 3) Грудь*
- 4) Живот*

(* есть исключения)



ТАМПОНИРУЕМ

- 1) Руки / ноги
- 2) Ключицу / подмышку
- 3) Пах / ягодицы

В отличие от гражданских норм, по ситуации, можно тампонировать переломы (в зависимости от скорости эвакуации и прочего)



ПЕРЕД ТАМПОНАДОЙ ПОМНИ!

1) Обязательно надеть медицинские перчатки!

Крайне желательно иметь перчатки своего размера

2) Всё, что застряло в ране – не вытаскиваем.

Всё, что выпало из раны – не возвращаем

3) Прежде всего остановить кровотечение (затянуть турникет)

4) Обязательно обезболить раненого

5) Если гемостатика не хватает, то сначала (в глубине раны) работаем гемостатиком, а затем – марлевым бинтом



ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ТАМПОНАДЫ

Надеть
перчатки!



Прочистить
раневой канал



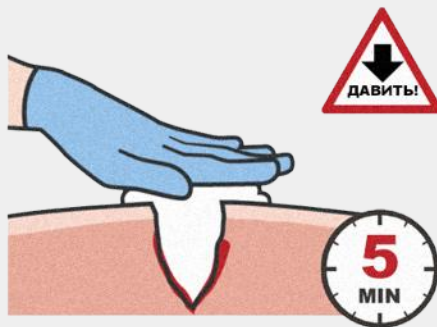
Ввести гемостатический
бинт или марлевый бинт
как можно глубже в рану



Полностью и максимально
плотно заполнить раневой
канал



Создать «горку»
из бинта

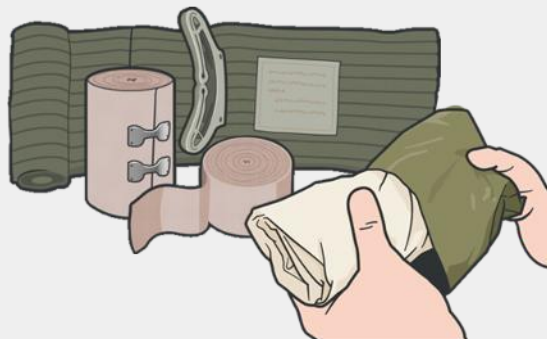


Задавливать
в течение 5 мин



ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ ТАМПОНАДЫ

Зафиксировать тампонаду **давящей повязкой** эластичным биндом или эластичным бинтом



Не столь важен материал, который будет использован, важнее то, **как** он будет использован



ПОСЛЕ ТАМПОНАДЫ

Под крайний тур повязки подложить пакет от использованного гемостатика, но не закрывать им рану!



Пакет под крайним туром,
сбоку от раны



ПРОВЕРКА ТАМПОНАДЫ

- 1) Через 5 и более минут после тампонады, начать частично ослаблять турникет (по 0,5 оборота каждые ~30 секунд)
- 2) Контролировать **состояние повязки** на кровотечение

Повязка сухая, либо на ней «красное пятнышко»

УСПЕШНАЯ

- 1) Продолжить постепенно расслаблять турникет
- 2) **Расслабленный турникет оставить на конечности**



Повязка сырая, с нее капает кровь

НЕ УСПЕШНАЯ

- 1) Затянуть турникет
- 2) Наложить **на повязку сверху** ещё один эластичный бинт с большей компрессией
- 3) Провести повторную проверку

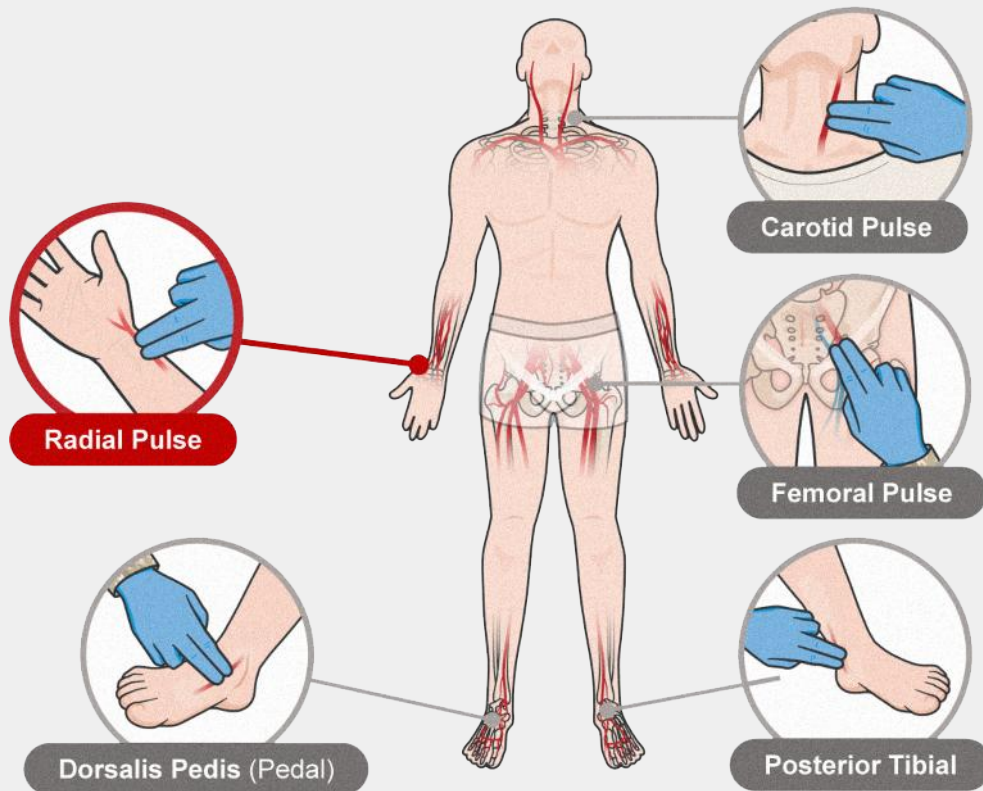


КОНТРОЛЬ СОСТОЯНИЯ КОНЕЧНОСТИ

1) Пульсация

2) Тепло

3) Цвет



Вопросы по прошедшему блоку есть?
P.S. Раны никогда не зашиваем!



t.me/center_svarog

ПРАКТИКА ТАМПОНАДЫ

При выполнении тампонады на макете важно:

- 1) **Использовать перчатки своего размера**
- 2) **Не поранить себя/окружающих**
- 3) **Не прорезать стол**

Практика на макете позволяет отработать моторику рук.

Правильность (эффективность) выполнения тампонады можно проверить только на реальном кровотечении.

См. курс:
**Продвинутый
курс ВМП**





ЗАВТРА: ПОЛЕВАЯ ПРАКТИКА

**ЗНАНИЯ БЕЗ ОТРАБОТКИ НАВЫКА
НА ПРАКТИКЕ БЕСПОЛЕЗНЫ**

ЗАВТРА: ПОЛЕВАЯ ПРАКТИКА

Отрабатываем наложение жгутов и турникетов, десмургию, окклюзию, само- и взаимопомощь на поляне в статике, тактические задания в динамике.

Окончание занятия по фактическому выполнению задач.

Обязательно защита глаз! Желательно личное оружие и СИБЗ (бронежилет, шлем), медицинский подсумок, камуфляж, обувь с высоким берцем, налобный фонарик





ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

Приведена базовая информация,
подробнее см. курс:
**Инфузионная терапия
и внутривенный доступ**



ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

ОПИОДНЫЕ

- ✓ Любые тяжелые ранения, кроме ранений головы (мозга)
- ✓ При увеличении дозировки, усиливается обезболивающий эффект
- ✓ По специальному разрешению (без разрешения – **УК 228**)

НЕ ОПИОДНЫЕ

- ✓ Ранения головы (мозга), средний болевой синдром
- ✓ Усиливают эффект опиодных препаратов
- ✓ В аптеке (по рецепту)

**Не опиодные обезболивающие
не устраняют боль при тяжёлом болевом синдроме**



ОПИОДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Ранжирование препаратов по силе воздействия

Название	Доза (мг)	Макс. разово	Макс. в сутки	Форм-фактор	Где взять?
Морфин	10 мг	20 мг	50 мг	ампула	У начмеда полка
Налбуфин	10	20	50	ампула	Трофейный
Промедол	20	40	160	шприц-тюбик	1й, 2й эшелон
Буторфанол	2	2	12	шприц-тюбик	Трофейный
Трамадол	100	200	400	ампула	1й, 2й эшелон



ПРОМЕДОЛ

Опиоидное обезболивающее
(шприц-тюбик, 20 мг/мл, 1 мл)



Начало действия через 10-15 минут
Повторная инъекция не ранее чем через 30 минут

Максимальные дозировки:

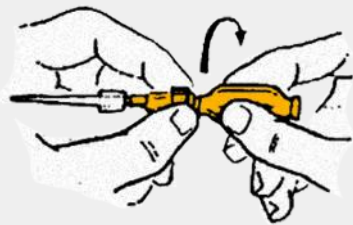
разовая: 2 шприц-тюбика (40 мг)

суточная: 8 шприц-тюбиков (160 мг)

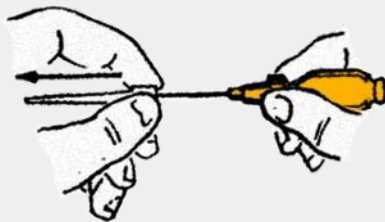


ИНЪЕКЦИЯ ШПРИЦ-ТЮБИКОМ

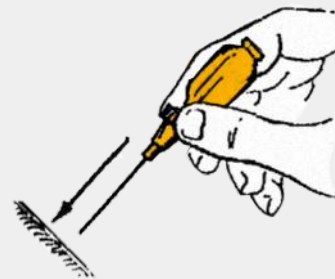
1) Повернуть
защитную
крышку



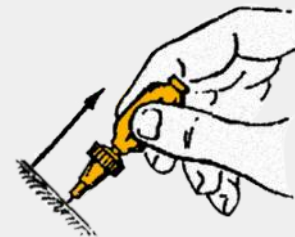
2) Снять
колпачок
с иглы



3) Ввести на всю
длину иглы,
затем сжать
шприц-тубик



4) Шприц-тубик
не разжимать
до полного
удаления иглы



**ВАЖНО! Держаться
не за тубик, а за канюлю!**



НЕОПИОДНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Центрального действия
СИЛЬНЫЙ*

1) Обезболивание

Нефопам (Акупан)

(шприц-тюбик/ампула, 10мг/мл, 2 мл)



***Побочные эффекты:** тошнота,
жар приливами, сильное сердцебиение.

Максимальная дозировка:

120 мг (6 шприц-тюбиков) / сутки



НПВС

Препараты выбора для наших задач:
Кеторолак, Кетопрофен
(Внимание! Это разные препараты)

1) Обезболивание

2) Противовоспалительное

3) Жаропонижающее

Кеторолак (Кетанов)

(ампула, 30 мг/мл, 1 мл)



Максимальная дозировка:

90 мг (3 ампулы) / сутки

t.me/center_svarog

ОБЩИЕ ПРАВИЛА ИНЪЕКЦИЙ В БОЕВЫХ УСЛОВИЯХ

- 1) **Не колоть в рану и ниже жгута – это бесполезно!**
- 2) Не колоть в раненую конечность даже выше жгута
– состояние кровообращения там неизвестно
- 3) Из шприц-тюбика воздух не стравливать
- 4) Инъекции обезболивающего можно ставить через одежду
- 5) **Обязательно проверять** название препарата, дозировку, фактическое состояние, срок годности
- 6) По возможности колем в верхний наружный квадрант ягодичной мышцы



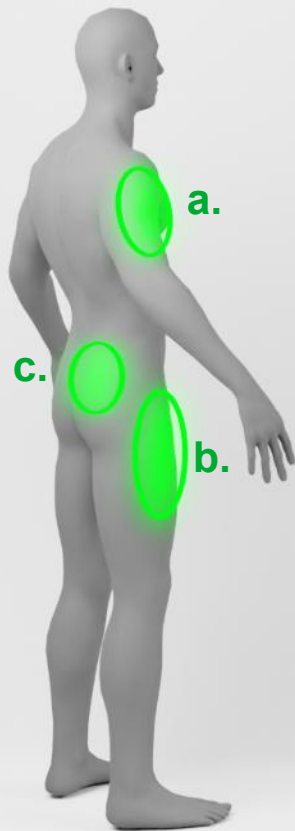
**НЕ КОЛОТЬ В РАНУ И НИЖЕ ЖГУТА!
ЭТО БЕСПОЛЕЗНО!**

**НЕ КОЛОТЬ В РАНЕНУЮ КОНЕЧНОСТЬ ДАЖЕ ВЫШЕ ЖГУТА,
СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ ТАМ НЕИЗВЕСТНО**



t.me/center_svarog

МЕСТА ПОСТАНОВКА ИНЪЕКЦИЙ ПРИ ВЗАИМОПОМОЩИ



1) Места постановки:

- а) наружная-боковая часть плеча
- б) наружная-верхняя часть бедра
- с) внешняя-верхняя четверть ягодицы

2) Ориентироваться по носку ботинка! (Одежда съезжает, скручивается)



МЕСТО ИНЪЕКЦИИ ПРИ САМОПОМОЩИ

Наружная-верхняя часть бедра
(руки по шву и чуть назад от ладони)



Ты правда думал,
что с трёх тубиков промедола ничего не будет?!
Вопросы по прошедшему блоку есть?



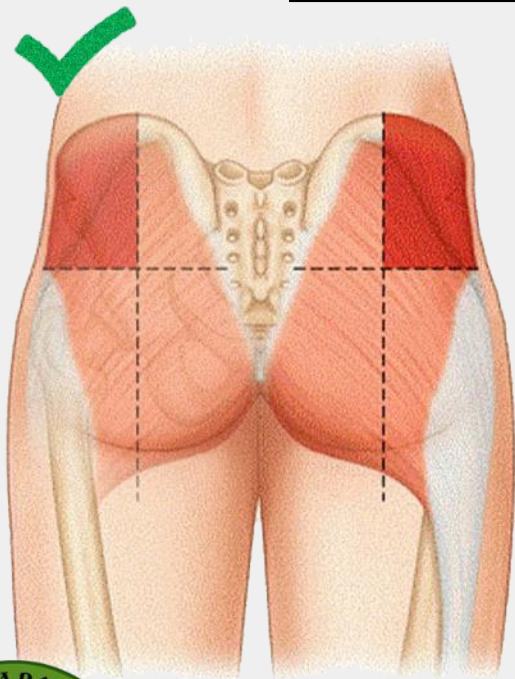
А теперь — уколемся!



t.me/center_svarog

МЕСТО ПОСТАНОВКИ В ГОСПИТАЛЯХ И ПРИ ПЛАНОВЫХ УКОЛАХ

Внешняя верхняя четверть ягодиц



- 1) Протрите место укола спиртовой салфеткой
- 2) Иглу держите под углом 90° к коже
- 3) Быстрым и уверенным движением введите иглу в ягодицу на $\frac{3}{4}$ длины
- 4) Медленно введите лекарство
- 5) После введения быстрым движением извлеките шприц с иглой и прижмите место укола салфеткой



ПРАКТИКА ПОСТАНОВКИ ИНЪЕКЦИЙ

- ✓ Протереть место укола спиртовой салфеткой
- ✓ Лично проверяем набираемый препарат
- ✓ С открытой иглой не расхаживаем, других не колем
- ✓ Набранный шприц без присмотра не оставляем
- ✓ Шприцем, оставленным без присмотра, укол делать нельзя
- ✓ После укола выбрасываем шприц с иглой в непрокалываемый контейнер



ДАЛЬНЕЙШЕЕ ИЗУЧЕНИЕ

1) Специализированные курсы ЦТМ «Сварог»

- а) Десмургия и иммобилизация
- б) Инфузионная терапия и внутривенный доступ
- с) Ранения и травмы торакальной области
- д) Ожоги и обморожения
- е) Сортировка, стабилизация и эвакуация
- ф) Отработка тампонады раны
- г) Прочие мероприятия

2) ПОЛЕВАЯ ПРАКТИКА

3) ПРОДВИНУТЫЙ КУРС ВМП

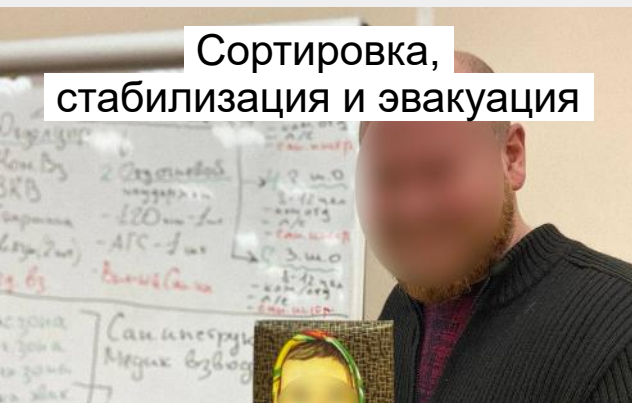
Запись в телеграм: [@Center_Svarog_TG](https://t.me/Center_Svarog_TG)



t.me/center_svarog

Запись: @Center_Svarog_TG

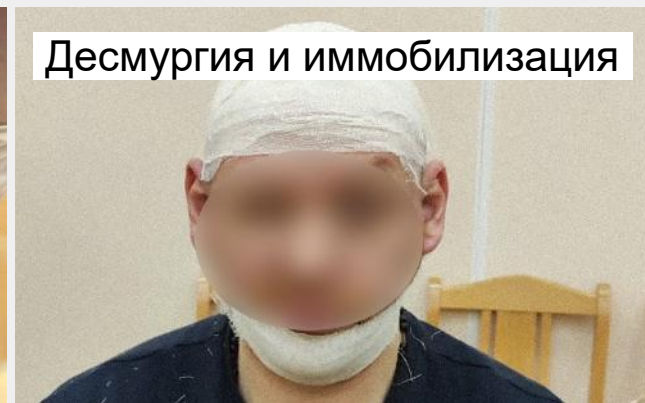
Сортировка,
стабилизация и эвакуация



Инфузионная терапия
и внутривенный доступ



Десмургия и иммобилизация



Полевая практика



Продвинутый курс ВМП



Ранения и травмы
торакальной области



Выражаем благодарность группам:

<https://t.me/PSOmedics>

<https://t.me/warmempolit>

а также коллегам – специалистам медицинского направления: Евгений «Юрген» Мозговой и Никита «Баян» за рабочие материалы



Также использованы фото материалы (изображения):
ТССС (ДНА) и другие источники



t.me/center_svarog

Посвящается памяти Георгия Парамедика, основателя и руководителя ЦТМ Сварог



t.me/center_svarog

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ
ДО НОВЫХ ВСТРЕЧ В ЦТМ_СВАРОГ**



 t.me/center_svarog

 vk.com/center_svarog

 youtube.com/@Center_Svarog

 instagram.com/center.svarog

 dzen.ru/center_svarog

 t.me/tacmeddoc



Россия, 01.02.2024, версия 1.1