



ДОЛІКАРСЬКА ДОПОМОГА

В ЗОНІ ВОГНЕВОГО КОНТАКТУ

ВІД АВТОРІВ

В умовах сучасної війни проти окупаційних російських військ та терористичних формувань на території України надання першої допомоги в порядку само- та взаємодопомоги є одним з основних шляхів, які забезпечують порятунок життя поранених бійців та мирних мешканців.

У зв'язку з цим зростає роль військово-медичної підготовки, в процесі якої військовослужбовці навчаються прийомам надання першої допомоги при пораненнях, кровотечах, травмах, а також способам виносу поранених з поля бою.

Дана авторська методична розробка призначена для зниження втрат при бойових діях (антитерористичних операціях) з урахуванням особливостей їх проведення. Якщо вже з перших секунд пораненому буде наданий необхідний мінімум долікарської допомоги, який дозволить йому дожити до надходження в укриття, а потім і до місця надання першої лікарської допомоги, то можна розраховувати на значне зниження втрат при бойових діях в умовах як населеного пункту так і поза нього. Також такі дії знижують ризик виникнення важких ускладнень, скорочує терміни повернення в стрій військовослужбовців.

Методична розробка побудована у вигляді атласу і має багато ілюстрованого матеріалу. Докладно розібрані питання надання першої долікарської допомоги, оцінки стану пораненого і тактики раціональних дій при наданні допомоги пораненим на полі бою. Окремо виділено три додатки: зупинка кровотечі, транспортна іммобілізація при переломах та пам'ятка-інструкція надання невідкладної допомоги в екстремальних умовах.

Написана доступно, для людей які не мають медичної освіти, але може використовуватися і санітарними інструкторами, фельдшерами та лікарями.

Автори:

Колектив лікарів Бориспільської центральної районної лікарні

2015 рік

СЛАВА УКРАЇНІ



ЗМІСТ

- | | | |
|----|---|---|
| 4 | Евакуація пораненого з-під вогню противника | голови і тулуба пораненого видна калюжа крові |
| 4 | Способи евакуації пораненого з-під вогню противника | 17 Поранення в шию. Правила накладання джгута в зоні обстрілу |
| 5 | Правила надання першої медичної допомоги в зоні вогневого контакту | 18 Узгодження дій бійців в укритті під час огляду бійця з пораненням шиї |
| 6 | Тактика дій в секторі обстрілу, коли поранений не подає ознак життя | 18 Правила накладення джгута на шию в положенні пораненого «сидячи» |
| 6 | Чому поранені в стані коми, що лежать на спині, часто гинуть в перші хвилини після втрати свідомості? | 19 Правила надання допомоги у разі поранення голови |
| 7 | Чому поранені в стані коми, що лежать на животі, частіше виживають на полі бою? | 19 Правила надання допомоги у разі виявлення вхідного кульового отвору на передній поверхні грудної клітки |
| 7 | Правила повороту пораненого на живіт з наступним залишенням його на місці до закінчення бою | 21 Правила переносу на ношах пораненого з ушкодженням грудної клітки |
| 8 | Правила повороту пораненого на живіт для транспортування в укриття | 21 Надання першої допомоги пораненому з кровотечею з рани руки в секторі обстрілу |
| 8 | Розташування зброї під час транспортування пораненого в укриття | 22 Правила контролю правильності накладення джгута в укритті |
| 9 | Варіанти проведення загороджувального вогню під час транспортування пораненого | 22 Правила накладення джгута на плече в умовах укриття |
| 9 | Транспортування пораненого в укриття. | 24 Тактика дій в секторі обстрілу, якщо біля ніг і тулуба якого видно калюжа крові |
| 10 | Розподіл завдань між бійцями при наданні першої допомоги пораненому в укритті | 24 Правила накладення джгута на стегно в секторі обстрілу |
| 10 | Узгодження дій бійців у підготовці пораненого до огляду | 25 Надання першої медичної допомоги бійцеві з пораненням стегнової артерії в тимчасовому укритті |
| 11 | Клінічна смерть | 26 Правила переносу на носилки пораненого з підозрою на пошкодження стегнових кісток і кісток тазу |
| 12 | Техніка проведення непрямого масажу серця | 27 ДОДАТОК 1
Методи тимчасової зупинки кровотечі |
| 13 | Техніка виконання штучної вентиляції легень | 31 ДОДАТОК 2
Переломи та транспортна іммобілізація |
| 14 | Правила проведення реанімації більше 10 хвилин | 34 ДОДАТОК 3
Надання невідкладної медичної допомоги в екстремальних умовах
<i>пам'ятка-інструкція - виріж і носи з собою</i> |
| 14 | Правила транспортування пораненого із загрозою повторної зупинки серця | |
| 15 | Стан коми | |
| 16 | Правила транспортування пораненого в стані коми | |
| 16 | Тактика дій в секторі обстрілу, коли біля | |

ЕВАКУАЦІЯ ПОРАНЕНОГО З-ПІД ВОГНЮ ПРОТИВНИКА

Евакуація поранених з-під вогню противника в ході виконання завдань вимагає швидких, чітких і злагоджених дій всієї розвідувальної групи.

При евакуації поранених слід діяти гранично швидко, не даючи противнику часу оцінити ситуацію і вжити заходів з блокування та знищення групи порятунку.



Евакуацію пораненого з-під вогню найбільш доцільно проводити під прикриттям димової (димо-пиллової) завіси та інтенсивного вогню по противнику.

Як тільки поранений буде евакуйований в найближче безпечне від вогню противника місце, йому слід негайно надати першу допомогу (в першу чергу зупинити кровотечу, ввести знеболюючий препарат). Якщо бойова обстановка дозволяє, то пораненому надається перша медична допомога в повному обсязі. У складних ситуаціях бойової обстановки поранений транспортується на пункт збору, а підгрупа забезпечення відволікає противника на себе, не даючи йому можливості до переслідування групи порятунку. Перша медична допомога в повному обсязі, в даній ситуації, надається негайно, як тільки буде така можливість (група відірветься від переслідування противника).

СПОСОБИ ЕВАКУАЦІЇ ПОРАНЕНОГО З-ПІД ВОГНЮ ПРОТИВНИКА



НА БОЦІ



НА КАРАЧКАХ



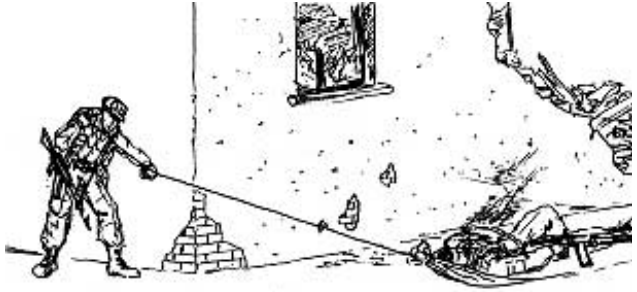
НА СПИНИ ПОПОВЗОМ



ВОЛОКОМ ЗА РУЧКУ НА
РОЗВАНТАЖУВАЛЬНОМУ ЖИЛЕТІ



НА ПЛЕЧАХ



ЗА ДОПОМОГОЮ МОТУЗКИ ТА ПЛАЩ-ПАЛАТКИ

*Перевертати та тягти пораненого за вивихнуті або зламані кінцівки **НЕПРИПУСТИМО** – це посилює біль, викликає серйозні ускладнення та приводить до розвитку шоку.*

ПРАВИЛА НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЗОНІ ВОГНЕВОГО КОНТАКТУ

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

У секторі обстрілу слід в максимальному стислий час надати тільки той мінімальний обсяг допомоги, який дозволить пораненому дожити до закінчення бою або забезпечить його життєздатність під час транспортування в укриття.

Якщо на пошкоджену стегнову артерію протягом 2-х хвилин не накладено джгут, то поранений обов'язково загине від непоправної втрати крові.

Якщо на пошкоджені артерії плеча та передпліччя протягом 30-40 хвилин не накладено джгут, то поранений може загинути від непоправної втрати крові.

Якщо поранений в стані коми протягом 5-6 хвилин не буде повернутий на живіт, то він може загинути від западання язика і потраплення блювотних мас у дихальні шляхи.



ПРАВИЛО ДРУГЕ

Проводити огляд пораненого, а також комплекс серцево-легеневої реанімації, накладати пов'язки на рани і налагоджувати внутрішньовенне введення рідин можна тільки в укритті, де є можливість безпечно стати на коліна.

У тимчасовому укритті час надання першої медичної допомоги для підготовки пораненого до транспортування на наступний етап евакуації не повинно перевищувати 4-х хвилин.



ТАКТИКА ДІЙ В СЕКТОРІ ОБСТРІЛУ, КОЛИ ПОРАНЕНИЙ НЕ ПОДАЄ ОЗНАК ЖИТТЯ

Якщо поранений не подає ознак життя: не кричить, не ворухиться і не реагує на зовнішні подразники, то можна припустити тільки три варіанти його стану.



ПЕРШИЙ ВАРІАНТ - КЛІНІЧНА СМЕРТЬ

Побачити ознаки клінічної смерті можна тільки в укритті. Нанести прекардіальний удар і проводити серцево-легеневу реанімацію, можна тільки після звільнення пораненого від бронезжилета.

Дії: Повернути на живіт і залишити до закінчення бою або транспортувати в укриття в положенні «лежачи на животі».

ДРУГИЙ ВАРІАНТ - ВІН ЖИВИЙ

У пораненого немає свідомості, але є пульс на сонній артерії (кома). У положенні на спині він в будь-яку секунду може загинути: вдавитися язиком або захлинутися блювотними масами. Пораненого в умовах бою може врятувати тільки поворот на живіт. Цей мінімальний обсяг допомоги можна виконати в секторі обстрілу.

Дії: Повернути на живіт і залишити до закінчення бою або транспортувати в укриття в положенні «лежачи на животі».

ТРЕТІЙ ВАРІАНТ - ВІН МЕРТВИЙ

Будь-яка допомога втратила всякий сенс, але побачити ознаки біологічної смерті можна тільки в укритті.

Дії: Повернути на живіт і залишити до закінчення бою або транспортувати в укриття в положенні «лежачи на животі».

Пояснення:

У секторі обстрілу не можна знімати шолом-маску, бронезжилет, подивитися зіниці і промацати пульс на сонній артерії. Поворот на живіт і транспортування пораненого в положенні «лежачи на животі» дозволить зберегти життя в стані коми - найчастішою причини смерті на полі бою.

ЧОМУ ПОРАНЕНІ В СТАНІ КОМИ, ЩО ЛЕЖАТЬ НА СПИНІ, ЧАСТО ГИНУТЬ В ПЕРШІ ХВИЛИНИ ПІСЛЯ ВТРАТИ СВІДОМОСТІ?

Розвиток коми обов'язково супроводжується блюванням, пригніченням ковтального і кашльового рефлексів. Лежачий на спині поранений обов'язково захлинеться блювотними масами. Багатовікове солдатське повір'я: «Якщо убитий воїн вправ на спину, то він швидше за все убитий», - на жаль, часто відповідає реальності. Увага! Поранені в стані коми, що лежать на спині, часто гинуть протягом 5-10 хвилин.

ЧОМУ ПОРАНЕНІ В СТАНІ КОМИ, ЩО ЛЕЖАТЬ НА ЖИВОТІ, ЧАСТІШЕ ВИЖИВАЮТЬ НА ПОЛІ БОЮ?

У пораненого, що лежав на животі, відбувається мимовільне очищення дихальних шляхів. У цьому випадку солдатська прикмета, яка стверджує, що убитий воїн, що впав обличчям вниз, швидше за все живий - часто має практичне підтвердження. Увага! Поранені в стані коми повинні чекати надання кваліфікованої медичної допомоги або транспортуватися з поля бою в положенні «лежачи на животі».

ПРАВИЛА ПОВОРОТУ ПОРАНЕНОГО НА ЖИВІТ З НАСТУПНИМ ЗАЛИШЕННЯМ ЙОГО НА МІСЦІ ДО ЗАКІНЧЕННЯ БОЮ

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

Завести руку пораненого за його голову.

Пояснення:

У стані коми або клінічної смерті не можна виявити ознаки ушкодження шийного відділу хребта. Тому поворот на живіт слід проводити з обов'язковою підстраховкою шийного відділу хребта. Заведена за голову рука підстраховує шию і грає роль осі, яка значно прискорює і полегшує поворот пораненого на живіт.



ПРАВИЛО ДРУГЕ

Щільно притулившись до землі, захопити пораненого за протилежне від себе плече і різко повернути його на живіт не піднімаючи свою голову і плечі вище голови пораненого.



Норматив:

Час повороту пораненого на живіт не повинно перевищувати 5-ти секунд.

ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Залишити пораненого в положенні «лежачи на животі» і продовжити рішення бойового завдання, якщо немає можливості транспортувати його в безпечне місце.

Пояснення:

У пораненого в стані коми і, лежачого на животі, відбувається мимовільне очищення дихальних шляхів. При відсутності несумісних з життям ушкоджень, у нього є реальний шанс дожити до закінчення бою.



ПРАВИЛА ПОВОРОТУ ПОРАНЕНОГО НА ЖИВІТ ДЛЯ ТРАНСПОРТУВАННЯ В УКРИТТЯ

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

Завести руку пораненого за його голову і захопити його за протилежне від себе плече.

Пояснення:

у стані коми або клінічної смерті не можна виявити ознаки ушкодження шийного відділу хребта. Тому поворот на живіт слід проводити з обов'язковою страховкою шийного відділу хребта. Заведена за голову рука підстраховує шийну і грає роль осі, що значно прискорює і полегшує поворот пораненого на живіт.



ПРАВИЛО ДРУГЕ

Захопити пораненого за протилежне від себе плече, щільно притиснутися до його тулуба і ногою захопити його гомілку.

Пояснення:

захоплення за протилежне від себе плече і захоплення гомілки своєю ногою дозволять максимально швидко і з мінімальними зусиллями перевернути пораненого на себе.



ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Захопити своєю ногою гомілку пораненого і різко повернутися з ним на спину.

Норматив: Час повороту пораненого на живіт в положенні лежачи для подальшого транспортування в укриття не повинно перевищувати 5-ти секунд.

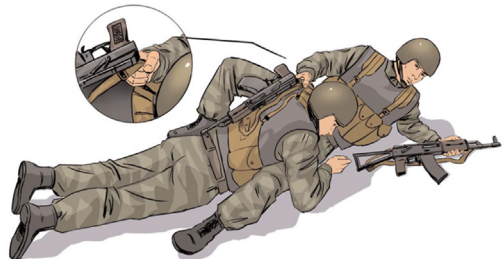


РОЗТАШУВАННЯ ЗБРОЇ ПІД ЧАС ТРАНСПОРТУВАННЯ ПОРАНЕНОГО В УКРИТТЯ

Свою зброю взяти за цівку в ліву руку. Правою рукою захопити в кулак ремінь зброї пораненого і лямку його розвантажувального жилета, після чого приступити до пересування в укриття.

Пояснення:

Утримання ременя зброї і лямки розвантажувального жилета в одній руці дозволяє жорстко фіксувати пораненого при пересуванні, а при необхідності швидко скористатися його зброєю.



ВАРІАНТИ ВЕДЕННЯ ЗАГОРОДЖУВАЛЬНОГО ВОГНЮ ПІД ЧАС ТРАНСПОРТУВАННЯ ПОРАНЕНОГО



ВАРІАНТ 1
ВОГОНЬ ВЕДЕ ПОРАНЕНИЙ



ВАРІАНТ 2
ПРИКРИВАЮЧИСЬ ПОРАНЕНИМ

Пояснення: Такий спосіб транспортування пораненого дозволяє контролювати стан пораненого і бойову ситуацію.

ТРАНСПОРТУВАННЯ ПОРАНЕНОГО В УКРИТТЯ

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

Транспортувати пораненого слід в положенні «лежачи на животі», використовуючи для пересування свою ліву ногу і праву руку.

ПРАВИЛО ДРУГЕ

Щоб уникнути швидкого витрачання сил через кожні 10-15 метрів слід змінити відштовхувальні руку і ногу на протилежні.

ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Під час транспортування слід бути готовим в будь-який момент відкрити загороджувальний вогонь з автомата, розташованого за спиною пораненого.



ПРАВИЛА ШВИДКОГО ВТЯГУВАННЯ ПОРАНЕНОГО ТА БІЙЦЯ, ЯКИЙ ЙОГО ЕВАКУЮЄ З ПОЛЯ БОЮ В УКРИТТЯ

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

Боець, який доставив пораненого до укриття, підходить за лямки розвантажувального жилета і різко втягується разом з пораненим в укриття.

ПРАВИЛО ДРУГЕ

Боець, який доставив пораненого в укриття випрямляє ноги і припиняє будь-які спроби переміщення в положенні «лежачи на спині».



Пояснення

Простіше і швидше витягти двох бійців у вигляді пасивного вантажу - в момент захоплення лямок розвантажувального жилета боєць, який доставив пораненого повинен випрямити ноги і не заважати діям помічника.

РОЗПОДІЛ ЗАВДАНЬ МІЖ БІЙЦЯМИ ПРИ НАДАННІ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНОМУ В УКРИТТІ

ПЕРШИЙ НОМЕР

Допомагає третьому номеру затягнути пораненого в укриття. Потім приступає до зняття каски і виявлення ознак біологічної смерті. Оглядає голову на наявність ран і ушкоджень кісток черепа. Під час транспортування до санітарного транспорту несе головний кінець носилок ліворуч.

ДРУГИЙ НОМЕР

Розстеляє плащові носилки або плащ-палатку. Потім знімає з пораненого розвантажувальний жилет і бронезилет, визначає пульс на сонній артерії. У випадку клінічної смерті завдає прекардіальний удар, проводить непрямий масаж серця.

Під час транспортування до санітарного транспорту несе головний кінець носилок праворуч.

ТРЕТІЙ НОМЕР

Після транспортування пораненого в укриття допомагає зняти розвантажувальний жилет і потім бронезилет. Розстібає поясний ремінь. Під час проведення реанімації піднімає ноги пораненого. При транспортуванні до санітарного транспорту несе носилки ззаду.

ЧЕТВЕРТИЙ НОМЕР

Забезпечує вогневе прикриття. При можливості допомагає перенести пораненого з землі на носилки і транспортувати його до санітарного транспорту, залишаючи за собою завдання вогневого прикриття.



УЗГОДЖЕННЯ ДІЙ БІЙЦІВ У ПІДГОТОВЦІ ПОРАНЕНОГО ДО ОГЛЯДУ

Крок 1

ПЕРШИЙ НОМЕР

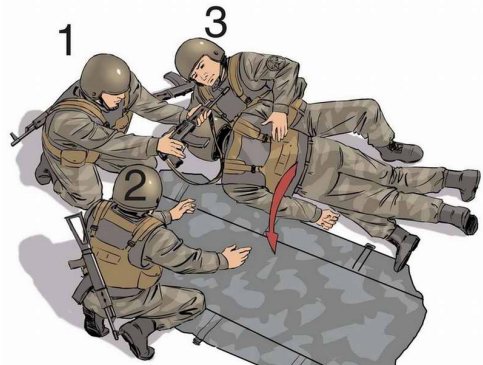
Знімає з пораненого зброю за всіма правилами безпеки.

ДРУГИЙ НОМЕР

Розстеляє носилки або плащ-намет і розташовується зліва від них.

ТРЕТІЙ НОМЕР

Перекладає пораненого на носі в положення «лежачи на спині».



КРОК 2**ПЕРШИЙ НОМЕР**

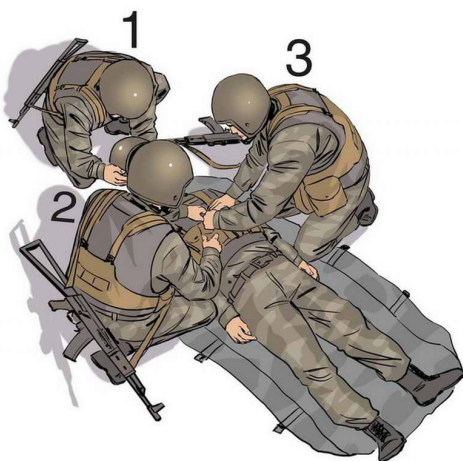
Виявляє ознаки біологічної смерті. Оглядає голову на наявність ран і ушкоджень кісток черепа. У випадку клінічної смерті проводить штучне дихання способом «з рота в рот».

ДРУГИЙ НОМЕР

Визначає пульс на сонній артерії. У випадку клінічної смерті завдає удар по грудях (прекардіальний удар) і при необхідності приступає до непрямого масажу серця.

ТРЕТІЙ НОМЕР

Розстібає поясний ремінь пораненого. Оглядає його шию, груди, живіт і ноги на наявність ран і кровотеч. У випадку клінічної смерті піднімає ноги пораненого, відновлює сили після транспортування.

**КЛІНІЧНА СМЕРТЬ**

Дії у випадку, коли немає свідомості і немає пульсу на сонній артерії (але немає ознак біологічної смерті)

ДРУГИЙ НОМЕР

Переконується у відсутності пульсу на сонній артерії та наносить різкий удар по грудині (прекардіальний удар).

ПРАВИЛА НАНЕСЕННЯ ПРЕКАРДІАЛЬНОГО УДАРУ**ПРАВИЛО ПЕРШЕ**

Удар не можна наносити при наявності пульсу на сонній артерії.

ПРАВИЛО ДРУГЕ

Два різких удару кулаком з висоти 20-30 см наносяться по грудині на межі середньої та нижньої третини.

ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Після удару перевірити пульс на сонній артерії. У разі відсутності пульсу зробити ще 1-2 спроби. Після кожного удару слід контролювати пульс на сонній артерії.

ПРАВИЛО ЧЕТВЕРТЕ

Якщо після 2-3 ударів пульс на сонній артерії відсутній, треба приступити до непрямого масажу серця.

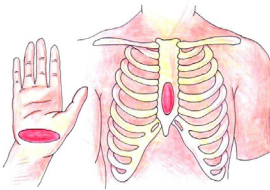
Пояснення

Чим швидше зроблений удар по грудині, тим більше шансів на порятунок. Вже через 4-5 хвилин з моменту зупинки серця він повністю втрачає свою ефективність.

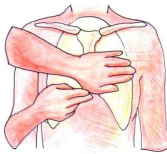
ДРУГИЙ НОМЕР приступає до непрямого масажу серця

ТЕХНІКА ПРОВЕДЕННЯ НЕПРЯМОГО МАСАЖУ СЕРЦЯ

Техніка проведення непрямого масажу серця (співвідношення кількості натискань на грудину до кількості вдиху: якщо реанімацію виконує одна людина – 2 вдихування і 15 натискань на грудину; якщо дві людини – співвідношення становить 1:5). Місце компресії: межа між середньою та нижньою третиною груднини. Тіло пацієнта повинно знаходитись на твердій поверхні.



МІСЦЕ ДОТИКУ РУКИ ТА ГРУДИНИ ПРИ НЕПРЯМОМУ МАСАЖІ СЕРЦЯ.

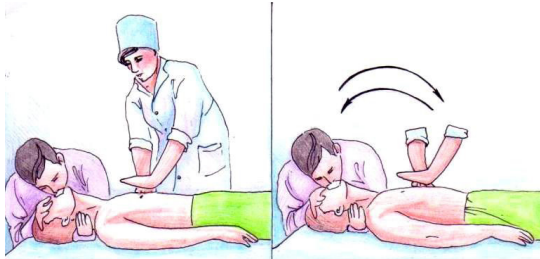


ВИЗНАЧЕННЯ МІСЦЯ НАТИСКАННЯ ТА РУХИ РЕАНІМАТОРА ПРИ ВИКОНАННІ НЕПРЯМОГО МАСАЖУ СЕРЦЯ



ВІРНЕ СКЛАДАННЯ РУК ПРИ ВИКОНАННІ НЕПРЯМОГО МАСАЖУ СЕРЦЯ

Сила натискання повинна бути достатньою, щоб можна було змістити грудину по напрямку до хребта на 4–6 см. Частота натискань - не рідше 60 разів на хвилину.



Техніка проведення непрямого масажу серця:

ДВОЄ – 1 вдих та 5 поштовхів;

ОДИН – 2 вдихи та 15 поштовхів.

Непрямий масаж серця може бути ефективним тільки при вірному поєднанні з штучною вентиляцією легень. Час проведення серцево-легеневої реанімації повинен складати не менше 20–40 хвилин.

Коли виділення з рота пораненого становлять загрозу для здоров'я спасителя, можна обмежитися проведенням непрямого масажу серця, тобто безвентіляційним варіантом реанімації.

ПЕРШИЙ НОМЕР

Приступає до проведення штучного дихання.

У випадках, коли проведення штучного дихання способом «з рота в рот» неможливо, то слід обмежитися проведенням непрямого масажу серця.

ТЕХНІКА ВИКОНАННЯ ШТУЧНОЇ ВЕНТИЛЯЦІЇ ЛЕГЕНЬ (ШВЛ)

1. Надати потерпілому відповідне положення: укласти на тверду поверхню, на спину, підкласти під лопатки валик з одягу. Голову максимально закинути назад.

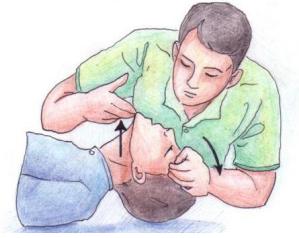
*Максимально закинута голова назад
дозволяє забезпечити
вільний рух повітря через дихальні шляхи.*



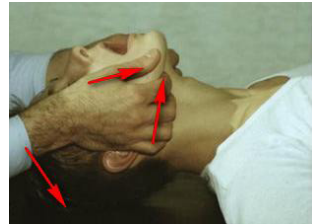
ра - закидання голови назад, висунення вперед щелепи, відкриття рота (вказано стрілками).



2. Відкрити рот та оглянути ротову порожнину. При свідомі жувальних м'язів для його відкриття застосувати ложку, виделку, ніж та інш. Очистити ротову порожнину від слизу та блювотних мас намотаним на палець звичайним носовим платком або бинтом. Якщо язик запав – вивернути його тим же пальцем.



3. Застосувати потрійний прийом Сафара - закидання голови назад, висунення вперед щелепи, відкриття рота (вказано стрілками).



4. Дихання «рот до рота» або «рот до носа» «рот до носа і рота». Зробити глибокий вдих, обхопити губами рот постраждалого та провести вдунання повітря.

Під час проведення штучного дихання слід очима контролювати підйом грудної клітини (вірне проведення штучного дихання).

Частота дихальних циклів 12–15 в 1 хв, тобто одне вдунання за 5 секунд. При появі ознак самостійного дихання у потерпілого, штучне дихання відразу не припиняють, його продовжують до тих пір, поки число самостійних вдихів не буде складати 12–15 в 1 хв. При цьому по можливості синхронізують ритм вдихів з відновленим диханням у потерпілого.

Примітка

Якщо під час проведення вдиху ШВЛ рятувальник відчує роздування щік, то він може зробити безпомилковий висновок про неефективність спроби вдиху.

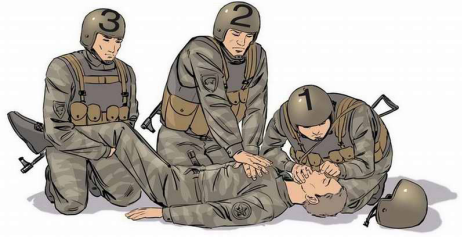
Якщо перша спроба вдиху ШВЛ виявилася невдалою, слід збільшити кут закидання голови і зробити повторну спробу.

Якщо друга спроба вдиху ШВЛ виявилася невдалою, то необхідно зробити 30 натискань на грудину, повернути постраждалого на живіт, очистити пальцями ротову порожнину і тільки потім знову зробити вдих ШВЛ.

ПРАВИЛА ПРОВЕДЕННЯ РЕАНІМАЦІЇ БІЛЬШЕ 10 ХВИЛИН

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

Перший номер робить вдих. Контролює реакцію зіниць і пульс на сонній артерії та інформує бійців про стан постраждалого: «Є реакція зіниць» або «Є пульс» і т. д.



ПРАВИЛО ДРУГЕ

Другий номер проводить непрямий масаж серця і віддає команду: «Вдих». Контролює ефективність вдиху штучного дихання з підйому грудної клітки і констатує: «Вдих пройшов» або «Немає вдиху».

ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Третій номер піднімає ноги постраждалого для поліпшення притоку крові до серця. Відновлює сили і готується змінити перший номер. Координує дії партнерів.

ПРАВИЛО ЧЕТВЕРТЕ

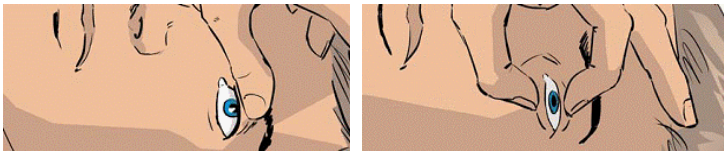
Через кожні 2-3 хвилини реанімації обов'язково проводиться зміна учасників. Якщо знехтувати цим правилом, дуже велика ймовірність непритомності у першого номера.

Пояснення

Таке розташування учасників дозволяє:

- Проводити реанімацію більше 10 хвилин;
- Уникати зіткнень головами;
- Залучити до реанімації ненавченого бійця. Спочатку йому слід довірити підтримання ніг, а потім задіяти в проведенні реанімації.

Реанімація проводиться або до появи свідомості, пульсу на сонній артерії, або до появи ознак біологічної смерті: висихання рогівки і деформація зіниць (котяче око - при боковому здавленні очного яблука зіниця набуває овальної форми, що нагадує звужену зіницю ока кішки.), які з'являються через 15-20 хвилин після зупинки серця.



ДЕФОРМАЦІЯ ЗІНИЦЬ (КОТЯЧЕ ОКО)
ПРИ БОКОВОМУ ЗДАВЛЕННІ ОЧНОГО ЯБЛУКА ЗІНИЦЯ НАБУВАЄ ОВАЛЬНОЇ ФОРМИ

ПРАВИЛА ТРАНСПОРТУВАННЯ ПОРАНЕНОГО ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПОВТОРНОЇ ЗУПИНКИ СЕРЦЯ

ПЕРШИЙ НОМЕР

Несе носилки за праву передню лямку, контролює стан пораненого і повідомляє про можливі перешкоди на шляху прямування (ями, гілки дерев та інше).

ДРУГИЙ НОМЕР

Несе носилки за праву ручку, контролює стан пораненого і повідомляє про стан пораненого.

ТРЕТІЙ НОМЕР

Несе носилки в ногах, взявши в одну руку дві ручки, і готовий у будь-який момент приступити до ведення вогневого прикриття.

ЧЕТВЕРТИЙ НОМЕР

Продовжує забезпечувати вогневу прикриття.



СТАН КОМИ

(ДІЇ У ВИПАДКУ, КОЛИ НЕМАЄ СВІДОМОСТІ, АЛЕ Є ПУЛЬС НА СОННІЙ АРТЕРІЇ)

ПЕРШИЙ НОМЕР

Виключає ознаки біологічної смерті. Оглядає голову на наявність ран і ушкоджень кісток черепа.

ДРУГИЙ НОМЕР

Визначає пульс на сонній артерії. Якщо пульс є, приступає до повороту на живіт.

ТРЕТІЙ НОМЕР

Розстібає поясний ремінь. Оглядає груди, живіт і ноги на наявність ран і кровотеч.

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

Встати на два коліна і запрокинути руку пораненого (ближчу до рятівника) за його голову

ПРАВИЛО ДРУГЕ

Повернути пораненого на свої коліна і очистити пальцями його ротову порожнину.

ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Повернути пораненого на живіт.



ПРАВИЛА ТРАНСПОРТУВАННЯ ПОРАНЕНОГОВ СТАНІ КОМИ

ПЕРШИЙ НОМЕР

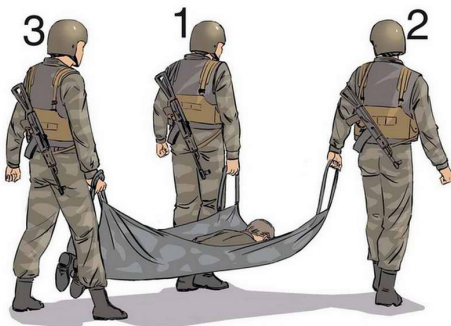
Несе носилки за ліву передню лямку, контролює стан пораненого і повідомляє про можливі перешкоди на шляху.

ДРУГИЙ НОМЕР

Несе носилки за праву передню лямку, контролює і повідомляє про стан пораненого.

ТРЕТІЙ НОМЕР

Несе носилки в ногах за дві задніх лямки і готовий в будь-який момент приступити до ведення вогневого прикриття.



Пояснення

Транспортувати пораненого в стані коми можна тільки в положенні «лежачи на животі».

ТАКТИКА ДІЙ В СЕКТОРІ ОБСТРІЛУ, КОЛИ БІЛЯ ГОЛОВИ І ТУЛУБА ПОРАНЕНОГО ВИДНА КАЛЮЖА КРОВІ



Перший варіант - ПОРАНЕННЯ ГОЛОВИ

Виявити рану і надати допомогу без зняття каски неможливо.

Дії. Повернути на живіт і залишити до закінчення бою або транспортувати в укриття в положенні «лежачи на животі».

Другий варіант - ПОРАНЕННЯ ШИЇ

Можна побачити місце поранення і надати мінімальний обсяг допомоги.

Дії. Притиснути пальцем рану на шиї, накласти через тампон джгут, повернути на живіт і залишити до закінчення бою або транспортувати в укриття в положенні «лежачи на животі».

Третій варіант - ПОРАНЕННЯ ГРУДНОЇ КЛІТИНИ

Виявити рану і надати допомогу без зняття бронежилета неможливо.

Дії. Повернути на живіт і залишити до закінчення бою або транспортувати в укриття в положенні «лежачи на животі».

Пояснення

Враховуючи, що при важких пораненнях можлива раптова втрата свідомості, бійця біля голови і тулуба якого є калюжа крові, слід швидко повернути на живіт і в такому положенні залишити його до закінчення бою або транспортувати в укриття.

ПОРАНЕННЯ В ШИЮ

ПРАВИЛА НАКЛАДАННЯ ДЖГУТА В ЗОНІ ОБСТРІЛУ

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

Притиснути пальцем рану на шиї через комір одягу або безпосередньо рану.

Пояснення

Причиною смерті в перші секунди після поранення може стати попадання повітря в вену (повітряна емболія). Тканина, притиснута до рани, швидко просочиться кров'ю і стане герметичною для повітря. Притиснутий до рани палець, також припинить надходження повітря в ушкоджену вену, але з набагато меншим ефектом.



ПРАВИЛО ДРУГЕ

Підкласти під палець бинт, звільнений від упаковки.

ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Покласти руку пораненого на своє плече.

ПРАВИЛО ЧЕТВЕРТЕ

Накласти джгут через пахову западину (підмишка).

ПРАВИЛО П'ЯТЕ

Не потрібно відзначати час накладення джгута.



Пояснення: цей джгут можна не знімати протягом декількох діб, на відміну від джгута, накладеного через підняту руку. Замість руки можна використовувати підручний матеріал (дошку, гілку та інше).



ПРАВИЛО ШОСТЕ

Повернути пораненого на живіт і залишити чекати закінчення бою або транспортувати його в укриття в положенні «лежачи на животі».

Пояснення:

Боець з пораненням шиї може в будь-яку секунду втратити свідомість і впасти в стан коми. Тому слід швидше повернути його на живіт.



УЗГОДЖЕННЯ ДІЙ БІЙЦІВ В УКРИТТІ ПІД ЧАС ОГЛЯДУ БІЙЦЯ З ПОРАНЕННЯМ ШИЇ

ПЕРШИЙ НОМЕР

Оглядає голову на наявність ран і ушкоджень кісток черепа. У разі необхідності виробляє тампонаду рани і фіксує тампон банданою, балаклавою або в'язаною шапкою.

ДРУГИЙ НОМЕР

Притискає тампон до рани після зняття джгута під час визволення пораненого від розвантажувального жилета і бронезилета.

ТРЕТІЙ НОМЕР

Розстібає поясний ремінь пораненого. Оглядає його груди, живіт і ноги на наявність ран і кровотеч.



ПРАВИЛА НАКЛАДЕННЯ ДЖГУТА НА ШИЮ В ПОЛОЖЕННІ ПОРАНеноГО «СИДЯЧИ»

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

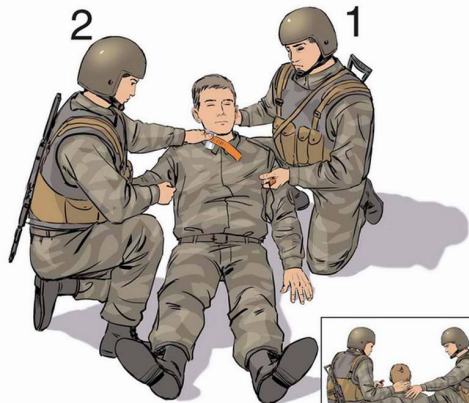
Притулити пораненого спиною до свого коліна.

ПРАВИЛО ДРУГЕ

Після накладення джгута поранений повинен мати можливість глотати слину.

ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Не вкладати записку про час накладення джгута.



ПРАВИЛА НАДАННЯ ДОПОМОГИ У РАЗІ ПОРАНЕННЯ ГОЛОВИ

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

Не можна використовувати пальцеве притиснення при артеріальній кровотечі, особливо в ділянці скроневих кісток.

ПРАВИЛО ДРУГЕ

Прикласти до рани скатку бинта або бандану, складену в декілька разів.

Пояснення

Кровотеча з артерій м'яких тканин голови припиняється протягом 10-15 хвилин. Але разом з артеріями часто ушкоджуються кістки черепа, тому дуже небезпечно використовувати пальцеве притиснення, особливо в області скроневих кісток, через можливе вдавлення їх уламків в мозок.



ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Не можна видаляти з рани тампон. У разі сильного просочування його кров'ю, поверх докласти інший, який, при необхідності, можна замінювати новим.

ПРАВИЛО ЧЕТВЕРТЕ

Зафіксувати тампон на голові бинтовою пов'язкою, шапочкою або банданою.

Пояснення.

Венозна кровотеча з ран голови представляє смертельну небезпеку. Будь-яке, невинне на вигляд, дотичне поранення може призвести до смерті з двох причин:

- у першому випадку, в просвіт ушкоджених вен всмоктується повітря, що може призвести до миттєвої смерті від повітряної емболії судин що живлять мозок;
- у другому випадку, тривала масивна кровотеча з вен голови часто призводить до небезпечної для життя крововтрати.



ПРАВИЛА НАДАННЯ ДОПОМОГИ У РАЗІ ВИЯВЛЕННЯ ВХІДНОГО КУЛЬОВОГО ОТВОРУ НА ПЕРЕДНІЙ ПОВЕРХНІ ГРУДНОЇ КЛІТКИ



ПРАВИЛО ПЕРШЕ

Притиснути долонею рану (можна через одягу).

ПРАВИЛО ДРУГЕ

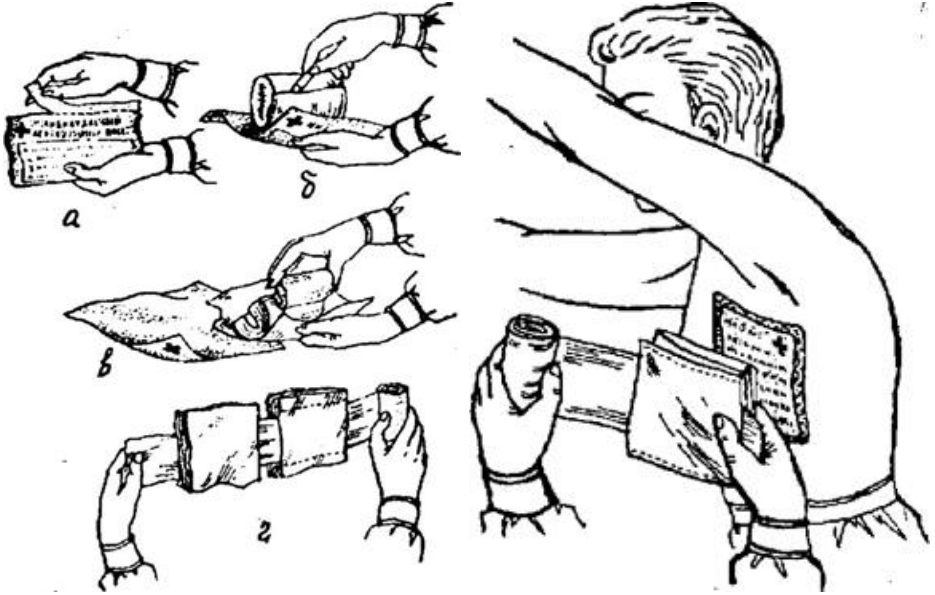
Посадити пораненого з упором на своє коліно.

Пояснення

Спочатку кидається в очі вихідний отвір. Враховуючи, що в більшості випадків вогнепальне поранення має прямолінійний характер, слід одночасно затиснути долонями, як вихідний так і вхідний (або його передбачуване місце розташування) отвори рани.

ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Розкрити індивідуальний пакет перев'язочний (ІПП) і прикласти до вхідного отвору рани герметизуючу оболонку і марлеву подушечку.



Етапи підготовки пакета перев'язувального медичного індивідуального стерильного до накладання. При наскрізному пораненні подушечки розсовують на потрібну відстань і закривають ними вхідний і вихідний ранові отвори, подушечки прибинтовують, кінці бинта закріплюють шпилькою

ПРАВИЛО ЧЕТВЕРТЕ

Усадити пораненого з упором на своє коліно.

ПРАВИЛО П'ЯТЕ

Притиснути коліном подушечку ІПП до спини пораненого і прибинтувати обидві подушечки до грудей.

ПРАВИЛО ШОСТЕ

Обов'язково ввести в плече знеболюючий засіб і приколоти порожній шприць-тюбик до коміра або рукаву одягу.

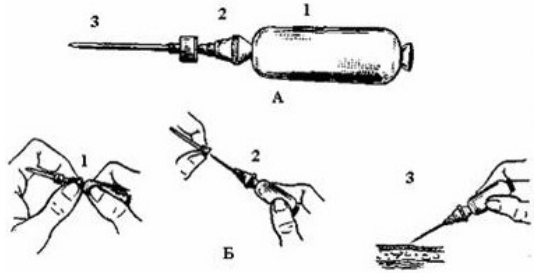
Пояснення.

Проникаюче поранення грудної клітки обов'язково призведе до потраплення повітря в плевральну порожнину, що значно погіршує стан пораненого. Поступаюче повітря



стискає легеню, і викликає відчуття нестачі повітря. Стиснення легені і зміщення органів грудної клітки обов'язково супроводжуються сильними болями і викликають розвиток больового шоку. Тому знеболення слід провести відразу ж після герметизації вхідного отвору рани.

Після введення знеболюючого засобу, шприц-тюбик слід виймати не розжимаючи пальців, так як введений препарат може знову поступити в шприц-тюбик і не принесе бажаного результату.



ПРАВИЛА ПЕРЕНОСУ НА НОШАХ ПОРАНЕНОГО З УШКОДЖЕННЯМ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

Переносити пораненого на ношах можна тільки в положенні напівсидячи.

ПРАВИЛО ДРУГЕ

Навіть якщо боєць з пораненням грудної клітини знепритомнів, його слід переносити в положенні на спині з піднятим головним кінцем нош, в такому положенні йому легше дихати.



НАДАННЯ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ ПОРАНЕНОМУ З КРОВОТЕЧЕЮ З РАНИ РУКИ В СЕКТОРІ ОБСТРІЛУ

(дивись додаток 1)

Пояснення

- якщо при пораненні плечової артерії джгут не буде накладено протягом 30-40 хвилин, то поранений може загинути від непоправної втрати крові;

- якщо при пораненні плечової артерії джгут накладено в перші п'ять хвилин після поранення, то боєць може частково виконувати бойове завдання протягом години або самостійно дістатися до укриття;

- на полі бою немає можливості проконтролювати правильність накладення джгута. Тому його слід накладати з максимальним зусиллям, і час його накладання не повинен перевищувати 10 секунд.

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

Покласти руку пораненого на своє плече.

ПРАВИЛО ДРУГЕ

Накласти на плече кровоспинний джгут без контролю пульсу на променевої артерії.



ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Обов'язково ввести знеболюючий засіб вище місця накладення джгута.

ПРАВИЛО ЧЕТВЕРТЕ

Приколоти шприц-тюбик до рукава, біля накладеного джгута. При видаленні шприц-тюбика, останній не розжимати!

ПРАВИЛО П'ЯТЕ

Після знеболювання пораненого необхідно повернути на живіт і залишити в такому положенні до закінчення бою або транспортувати його в укриття в положенні «лежачи на животі».



Пояснення

Дуже часто при вогнепальних пораненнях руки ушкоджуються кістки передпліччя і плечова кістка, що призводить до розвитку болювого шоку. При рясній кровотечі виникає загроза втрати свідомості, тому відразу після накладення джгута і знеболення пораненого слід повернути на живіт. Залишати його до закінчення бою або транспортувати в укриття слід тільки в положенні «лежачи на животі».

ПРАВИЛА КОНТРОЛЮ ПРАВИЛЬНОСТІ НАКЛАДЕННЯ ДЖГУТА В УКРИТТІ

(дивись додаток 1)

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

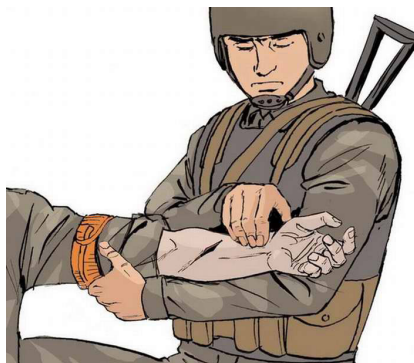
Якщо рука нижче місця накладення джгута бліда і на променевої артерії немає пульсу, джгут залишити на місці.

ПРАВИЛО ДРУГЕ

Якщо рука нижче місця накладення джгута посиніла і набрякла, рана продовжує кровити, а на променевої артерії є пульс - джгут негайно розпустити і накласти заново. Це так зване накладання венозного джгута, яке тільки посилює кровотечу.

ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Перевірити позначку про знеболювання (наявність порожнього шприц-тюбика, приколоти біля джгута) або запитати пораненого про знеболювання.



ПРАВИЛА НАКЛАДЕННЯ ДЖГУТА НА ПЛЕЧЕ В УМОВАХ УКРИТТЯ

(дивись додаток 1)

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

Усадити пораненого.

ПРАВИЛО ДРУГЕ

Підняти руку вище тулуба пораненого.

ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Захопити поранену руку знизу.

ПРАВИЛО ЧЕТВЕРТЕ

Обернути джгута навколо руки з максимальним зусиллям.

ПРАВИЛО П'ЯТЕ

Накласти наступні витки джгута з меншим зусиллям. Обернути петлю-застібку навколо джгута і зачепити її за вільний кінець джгута.

ПРАВИЛО ШОСТЕ

Переконалися у відсутності пульсу на променевої артерії та зупинці будь-якої кровотечі.

**Пояснення.**

- Через кожну 1-1,5 години, незалежно від пори року, Джгут слід повністю знімати і через 2-3 хвилину накладати знову. Таким чином пораненого можна транспортувати протягом 10-12 годин. У записці обов'язково зазначити час первинного накладення. Повторне накладання джгута здійснюють вище місця де він знаходився на половину часу попереднього накладання.

- Накладання джгута за Гершом-Жоровим (як зазначалося вище) дозволяє продовжити на 2-3 години строки накладання джгута (підкладання під джгут з боку, протилежного підкладання під джгут з боку, протилежного).

му uszkodженій судині, фанери або дошки в якості проти опори для забезпечення часткового збереження колатерального кровообігу).

ПРАВИЛО СЬОМЕ

Накласти стерильну пов'язку на рану.

ПРАВИЛО ВОСЬМЕ

Зафіксувати поранену руку до грудей бинтом, банданою або одягом (аутоімобілізація кінцівки).

ПРАВИЛО ДЕВ'ЯТЕ

Якщо знеболювальний засіб не було використано, то ввести вміст шприц-туби-ка вище накладеного джгута і прикріпити його до рукава або джгута.

ПРАВИЛО ДЕСЯТЕ

Вкласти записку про час накладення джгута.



ТАКТИКА ДІЙ В СЕКТОРІ ОБСТРІЛУ, ЯКЩО БІЛЯ НІГ І ТУЛУБА ВИДНО КАЛЮЖУ КРОВІ

Перший варіант - ПОРАНЕННЯ ЖИВОТА

Дії: Залишити лежати на спині. Знеболити. Транспортувати в укриття можна тільки в положенні «лежачи на спині».

Другий варіант - ПОРАНЕННЯ СТЕГНОВОЇ АРТЕРІЇ

Дії: Накласти джгут на стегно. Якщо немає поранення живота, повернути на живіт. Транспортувати в укриття в положенні «лежачи на животі».

Третій варіант - УШКОДЖЕННЯ КІСТОК ТАЗА І НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

Дії: Знеболити. Повернути на живіт і залишити до закінчення бою або транспортувати в укриття в положенні «лежачи на животі».

Пояснення

Враховуючи, що при важких пораненнях можлива раптова втрата свідомості, бійця з пораненням стегнової артерії, ампутацією фрагмента нижньої кінцівки після накладення джгута слід швидко повернути на живіт. Залишити його до закінчення бою або транспортувати в укриття слід тільки в положенні «лежачи на животі».

ПРАВИЛА НАКЛАДЕННЯ ДЖГУТА НА СТЕГНО В СЕКТОРІ ОБСТРІЛУ

(дивись додаток 1)

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

Завести поранену ногу на своє плече.

ПРАВИЛО ДРУГЕ

Притиснути скатку бинта без упаковки до місця притиснення стегнової артерії.

Пояснення

Якщо протягом 2-х хвилин після поранення стегнової артерії не буде накладено кровоспинний джгут, то поранений обов'язково загине від непоправної втрати крові.

ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Накласти джгут з максимальним зусиллям.

ПРАВИЛО ЧЕТВЕРТЕ

У разі травматичного відриву фрагмента нижньої кінцівки джгут слід накласти на 3-4 см від краю кукси.

ПРАВИЛО П'ЯТЕ

Обов'язково ввести знеболюючий засіб вище місця накладення джгута.

Пояснення

Часто із стегновою артерією ушкод-



жується і стегнова кістка. Для запобігання розвитку больового шоку, відразу ж після накладення джгута слід ввести знеболюючий засіб.

ПРАВИЛО ШОСТЕ

Приколоти використаний шприц-тюбик біля накладеного джгута.

ПРАВИЛО СЬОМЕ

Повернути пораненого на живіт і залишити в такому положенні до закінчення бою або транспортувати його в укриття в положенні «лежачи на животі».

Пояснення

При великій крововтраті можлива раптова втрата свідомості, тому бійця з пораненням стегнової артерії, травматичним відчленуванням фрагменту нижньої кінцівки після накладення джгута слід швидко повернути на живіт. Залишати його до закінчення бою або транспортувати в укриття слід тільки в положенні «лежачи на животі».



НАДАННЯ ПЕРШОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ БІЙЦЕВІ З ПОРАНЕННЯМ СТЕГНОВОЇ АРТЕРІЇ В ТИМЧАСОВОМУ УКРИТТІ

(дивись додаток 1)

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

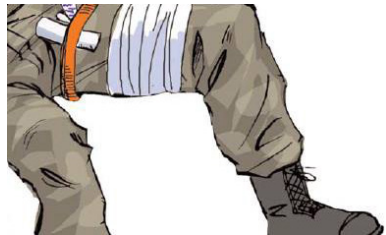
Перевірити правильність накладання джгута. Якщо нога посиніла і набрякла, спочатку з максимальним зусиллям накласти другий джгут вище накладеного, і тільки потім розпустити перший. Обов'язково зробити відмітку про час накладення першого джгута.

ПРАВИЛО ДРУГЕ

Якщо джгут було накладено вірно: нога не набрякла, не посиніла, з рани не кровить то власти записку із зазначенням реального часу накладення джгута.

ПРАВИЛО ТРЕТЄ

Перевірити позначку про знеболення (наявність використаного шприц-тюбика, приколотого до одягу) або запитати пораненого про знеболення. Якщо знеболення не проводилося, ввести вміст шприц-тюбика в плече і приколоти використаний шприц-тюбик біля джгута.



ПРАВИЛО ЧЕТВЕРТЕ

Накласти на рану стерильну пов'язку.

ПРАВИЛО П'ЯТЕ

Перекласти пораненого на носі з імпровізованим щитом (тверда поверхня).

ПРАВИЛО ШОСТЕ

Налагодити внутрішньовенне введення плазмозамінного розчину.



ПРАВИЛА ПЕРЕНОСУ НА НОСИЛКИ ПОРАНЕНОГО З ПІДОЗРОЮ НА ПОШКОДЖЕННЯ СТЕГНОВИХ КІСТОК І КІСТОК ТАЗУ

ПРАВИЛО ПЕРШЕ

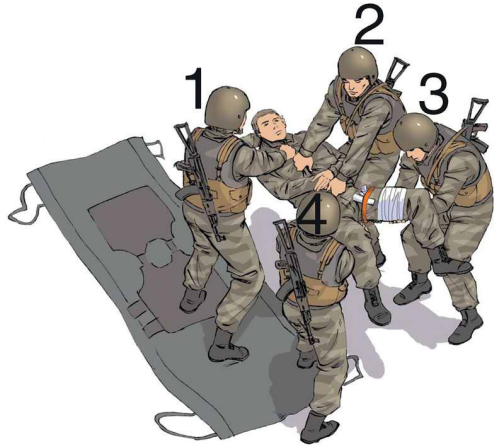
Покласти на носилки розгорнутий бронезжилет.

ПРАВИЛО ДРУГЕ

Здійснити максимально обережне перенесення пораненого на носилки можливо тільки за допомогою чіткого узгодження дій чотирьох бійців.

ПРАВИЛО ТРЕТЄ

На ношах під коліна пораненого на бронезжилет покласти валик з одягу чи плащ-палатки.



ПЕРШИЙ НОМЕР

Лівою рукою притримує голову пораненого, а правою захоплює в «скатку» верхню частину гімнастерки.

ДРУГИЙ НОМЕР

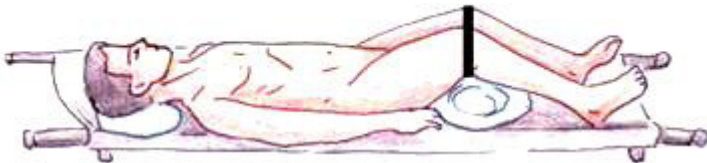
Правою рукою захоплює в «скатку» середню частину гімнастерки, а лівою береться за поясний ремінь.

ТРЕТІЙ І ЧЕТВЕРТИЙ НОМЕРИ

Двома руками притримують стегна пораненого. За команду другого номера бережно перекладають пораненого із землі на ноші, утримуючи його ноги в «позі жабки».

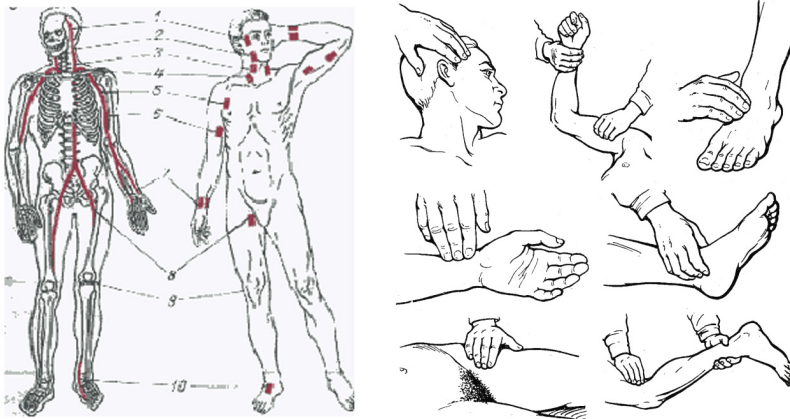
Пояснення

Розміщення пораненого з ушкодженнями кісток тазу або стегнових кісток на щиті (бронезжилеті), з валиком під колінами, дозволить переносити його в захисній позі «жабки» з найменшим заподіянням болю і додаткових ушкоджень.



Транспортування на ношах пораненого з переломом кісток тазу - підкладання під коліна валика із зв'язуванням ніг разом в ділянці колін.

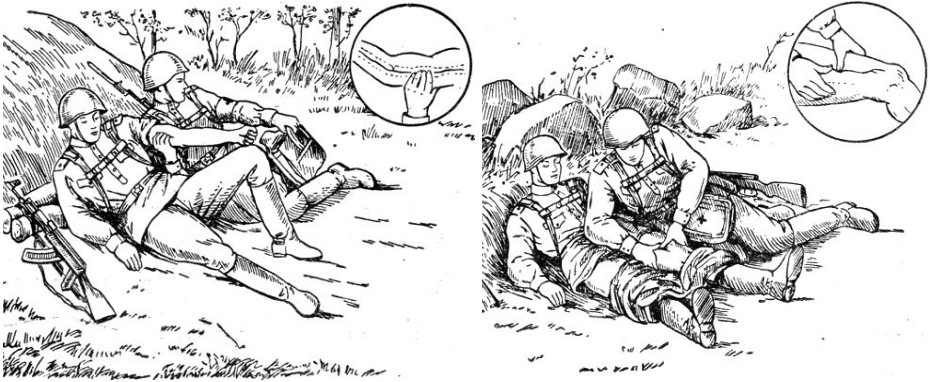
МЕТОДИ ТИМЧАСОВОЇ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ

ЛОКАЛІЗАЦІЯ ОСНОВНИХ АРТЕРІАЛЬНИХ СТОВБУРІВ
ТА ТИПОВІ ТОЧКИ ЇХ ПРИТИСКАННЯ

1. скронева артерія – до скроневої кістки до переду і вище козелка вуха;
2. щелепна артерія – до нижнього краю нижньої щелепи на межі її задньої та середньої третини;
3. сонна артерія – до поперечного відростка VII шийного хребця;
4. підключична артерія – до I ребра в надключичній ділянці;

5. пахвова артерія – до голівки плечової кістки в пахвовій ямці або ввести кулак в пахвову западину та привести верхню кінцівку до тулуба;
6. плечова артерія – до плечової кістки у верхній третині внутрішньої поверхні плеча по краю двоголового м'язу;
7. променева та ліктьова артерія – до променевої кістки в точці визначення пульсу та до ліктьової кістки у верхній третині внутрішньої поверхні передпліччя;
8. стегнова артерія – до горизонтальної гілки лобкової кістки або натисненням кулаком на верхню третину стегна в ділянці пахової зв'язки;
9. підколінна артерія – до суглобового кінця стегнової кістки;
10. тильна артерія стопи – до II-III плеснових кісток.

ПАЛЬЦОВЕ ПРИТИСНЕННЯ ПЛЕЧОВОЇ ТА СТЕГНОВОЇ АРТЕРІЇ



ПРИТИСНЕННЯ УШКОДЖЕНИХ СУДИН ПЕРЕДПЛІЧЧЯ



НАКЛАДАННЯ ІМПРОВІЗОВАНОГО ДЖГУТА ЗА ДОПОМОГОЮ РЕМЕНЯ, СКЛАДЕНОГО У ВИГЛЯДІ ПОДВІЙНОЇ ПЕТЛІ ТА МОЖЛИВІ МЕТОДИ ЗУПИНКИ КРОВОТЕЧІ МЕТОДОМ ЗГИНАННЯ КІНЦІВКИ

ПРАВИЛА НАКЛАДАННЯ ДЖГУТА

1. Джгут накладають проксимальніше рани та максимально ближче до неї.

2. Джгут бажано не накладати на голе тіло.

3. Джгут накладають так, щоб його попередній тур перекривався наступним туром.

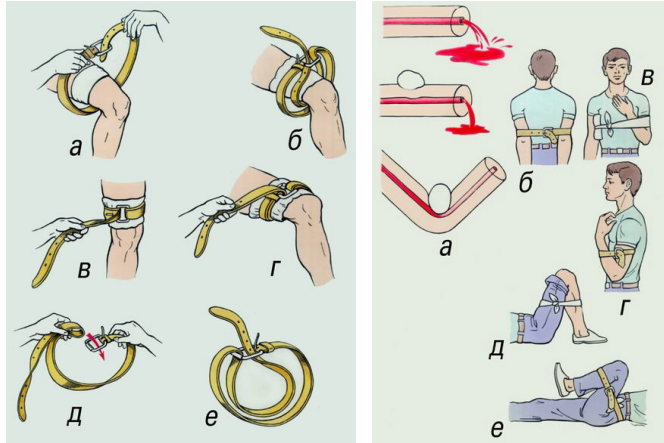
4. Після правильно накладеного джгута кровотеча з рани припиняється, зникає пульс на периферичних артеріях.

5. До джгута фіксують записку із зазначенням часу його накладання.

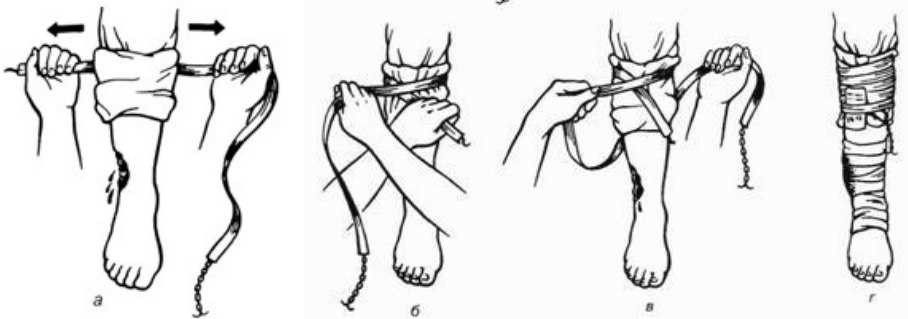
6. Кінцівка з накладеним джгутом повинна бути іммобілізована (аутоіммобілізація – підбинтована до тулуба).

7. Джгут на кінцівках варто тримати не більше 1,5–2 годин, щоб уникнути її змертвіння.

8. При необхідності зупинки кровотечі понад вказаний час, джгут знімають, виконують пальцьове притиснення артерії на 2-3 хвилин, потім знову його накладають вище місця де він знаходився на половину часу попереднього накладання.



ДЖГУТ ЕСМАРХА ТА СХЕМА НАКЛАДАННЯ ДЖГУТА ЕСМАРХА





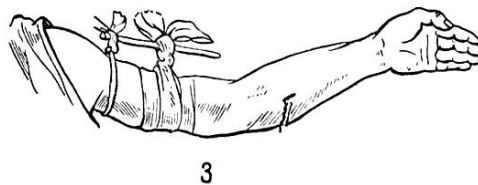
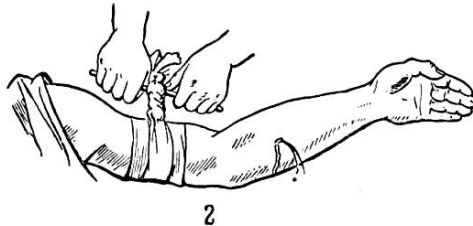
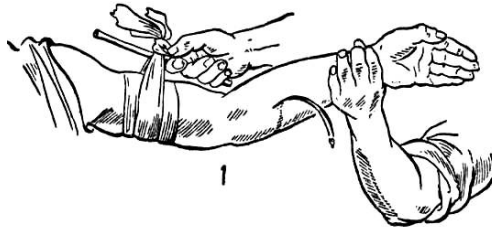
ДЖГУТ ЗА ГЕРШОМ-ЖОРОВИМ

Накладання джгута за Гершом-Жоровим дозволяє подовжити на 2-3 години строки накладання джгута (підкладання під джгут з боку, протилежного ушкодженій судині, фанери або дошки в якості проти опори для забезпечення часткового збереження колатерального кровообігу).



НАКЛАДАННЯ ГУМОВОГО ДЖГУТА (ГУМОВА ПЕЧАТКА, ПРЕЗЕРВАТИВ, ТРУБКА ІЗ ПІД КРАПЕЛЬНИЦІ) ПРИ ПОРАНЕННІ ПАЛЬЦІВ

СХЕМА НАКЛАДАННЯ ДЖГУТА-ЗАКРУТКИ



ПЕРЕЛОМИ ТА ТРАНСПОРТНА ІММОБІЛІЗАЦІЯ

АЛГОРИТМ НАДАННЯ ПЕРШОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ

1. Зупинка кровотечі (тиснуча пов'язка, джгут).
2. Знеболююча терапія (любі анальгетики, які є).
3. Накладання первинної пов'язки на рану.
4. Транспортна іммобілізація підручними засобами або табельними шинами).

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ТРАНСПОРТНОЇ ІММОБІЛІЗАЦІЇ:

• знерухомлення не менше 2-х суміжних з переломом суглобів, а при переломі плечової та стегнової кісток 3-х);

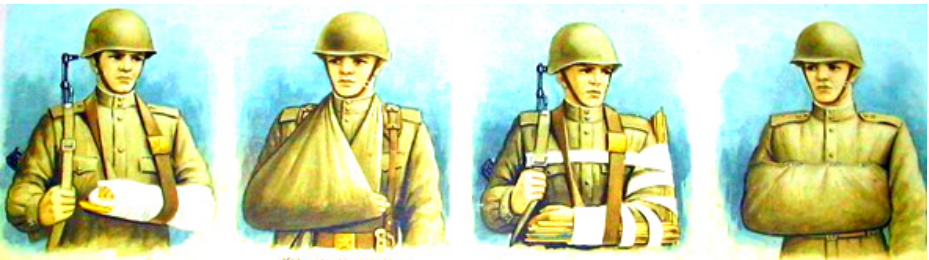
- необхідна прокладка між тілом і шиною;
- надати кінцівці функціонально вигідне положення;
- іммобілізацію накладають поверх одягу, взуття.

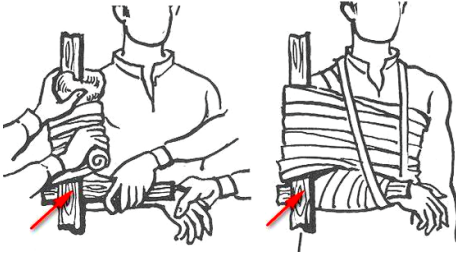
ТРАНСПОРТНА ІММОБІЛІЗАЦІЯ ЗА ДОПОМОГОЮ КОСИНКИ

Косинку підводять під поранену руку так, щоб її підстава розташовувалася дещо збоку від середньої лінії тіла. Далі нижній довгий кінець косинки піднімають вгору попереду передпліччя ушкодженої кінцівки і зв'язують його позаду шиї з верхнім кінцем. Зовнішній короткий кінець косинки загинають спереду і закріплюють шпилькою.

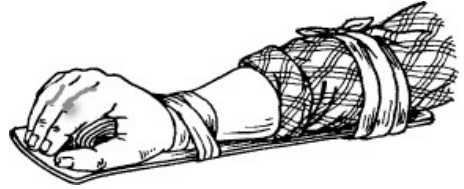


В бойових умовах, в разі відсутності бинтів або косинки, застосовують метод аутомобілізації – ушкоджену верхню кінцівку прибинтовують до грудей, а нижню до - неушкодженої ноги (крайні малюнки зправа). А транспортна іммобілізація виконується за допомогою підручних засобів (дошки, гілки, зброя та інше).

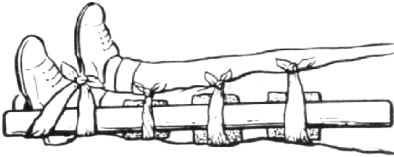




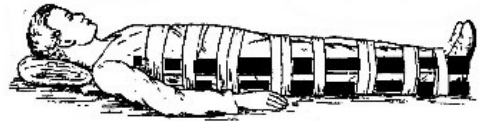
Транспортна іммобілізація за допомогою підручних засобів при переломах кісток передпліччя (стрілкою вказане місце фіксування дощок між собою)



При переломах кисті (в кисть треба вкласти валик)

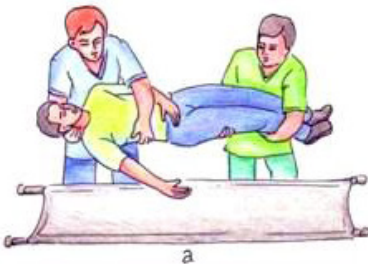


Транспортна іммобілізація за допомогою підручних засобів при переломах кісток гомілки (дощечки накладаються як із зовнішнього так і з внутрішнього боку)

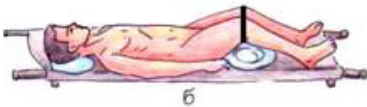


Транспортна іммобілізація за допомогою підручних засобів при переломі стегна (доцільне застосування 3-х дощок – із зовні від стопи до пахвовий западини, з середини до пахвинної складки та знизу до сідничної складки).

ТРАНСПОРТУВАННЯ ХВОРИХ З ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗУ, СТЕГНОВОЇ КІСТКИ, РЕБЕР, ХРЕБТА



а



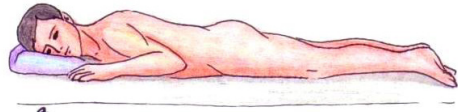
б

Транспортування на ношах потерпілого з переломом кісток тазу:

- а) перекладання потерпілого на ноші;
- б) підкладання під коліна валика із зв'язуванням ніг разом в ділянці колін.



Транспортна іммобілізація потерпілого при переломі ребер (короткочасне туге бинтування грудної клітини)



а



б

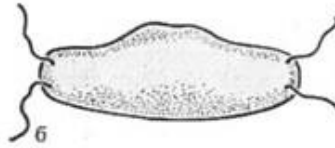
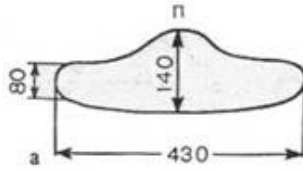
Положення потерпілого при ушкодженні хребта на животі (а) та спині (б).

Під головою та спиною розташовують валики – профілактика згинання хребта.

ТАБЕЛЬНИЙ КОМІР ШАНЦЯ ТА САМОРОБНИЙ КАРТОННО-ВАТНИЙ КОМІР ШАНЦЯ:

а – картонний каркас коміра;

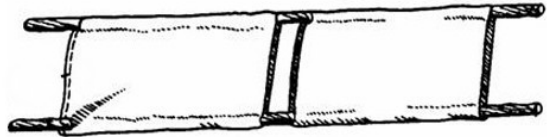
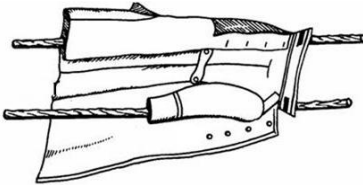
б – комір із ватую підготовлений до накладання; в – накладений комір.



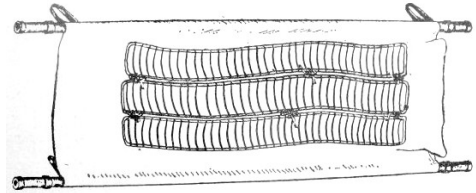
НОШІ З ПІДРУЧНИХ ЗАСОБІВ

ноші з двох палиць і пальта

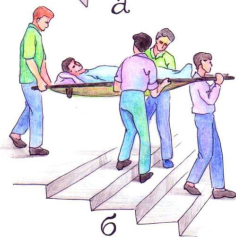
ноші з двох палиць і двох мішків



Ноші з площиною, що не прогинається (драбинчастими шинами Крамера або розгорнутий бронезжилет, дошки) для транспортування потерпілих з переломом хребта.



а



б

Транспортування потерпілих з переломами тазу, стегнової кістки, ребер та хребта повинно здійснюватися на твердих ношах (табельних або саморобних) в положенні лежачі або полу сидячі (при переломі ребер): а - позиція потерпілого при підйомі потерпілого угору, б - при його спуску.



НАДАННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В ЕКСТРЕМАЛЬНИХ УМОВАХ

(ПАМ'ЯТКА-ІНСТРУКЦІЯ – ВИРІЖ І НОСИ З СОБОЮ)

Три головні проблеми які ми вирішуємо, надаючи невідкладну допомогу в екстремальних умовах:

1. Зупинка кровотечі. 2. Знеболювання та обробка ран. 3. Забезпечення життєвих функцій.

РОЗДІЛ 1

Кровотечі бувають:

Артеріальні – найбільш небезпечні; кров яскраво-червона, викидається пульсуючою цівкою.

Венозні – кров темно-бордова, витікає рівномірною цівкою.

Капілярні – поверхневі.

Артеріовенозні – змішані.

Тимчасова зупинка кровотечі

При венозних та капілярних кровотечах накладається пов'язка, яка затискає рану (тиснуча пов'язка).

При артеріальній кровотечі:

- Накладається джгут.
- Притискається артерія на протязі.
- Застосовується туга тампонада рани.
- Згинається кінцівка у суглобі (при відсутності перелому).

Накладання джгута (закрутки): Джгут накладається вище поранення, під нього накладається прокладка із тканини. Джгут розтягують руками і накладають циркулярні мури так, щоб вони покривали один одного на 2/3 поверхні. Закручується до зупинки кровотечі (не більше!) – зникнення кровотечі та пульсу нижче поранення. Під джгут кладеться записка із вказаним часом накладання. У літній час джгут може бути накладений не більше двох годин, у зимовий – не більше однієї години. Якщо поранений транспортується більше двох годин, то джгут знімається на 3-5 хвилин, але при тому перетискається артерія вище поранення і потім повторно накладається джгут вище місця минулого накладання. Повторно джгут може знаходитись на час, який дорівнює половині часу попереднього накладання. Джгут можна не накладати на передпліччя та гомілку – достатньо гарно тиснучою пов'язки. При відсутності медичного джгута, кровотечу можна зупинити за допомогою хустинки та олівця (гілки), шляхом закрутки.

Туга тампонада рани застосовується при кровотечах із глибоких ран.

РОЗДІЛ 2

Знеболення включає в себе введення медикаментозних препаратів та знерухомлення (імобілізація) уламків при переломах. У індивідуальній аптечці шприць-тюбик (шприць) із знеболюючим засобом. Вводити їх можна через тканину одягу.

Знерухомлення (імобілізація) у польових умовах проводиться із застосуванням мінімум двох палиць (гілок) які фіксуються по боковим поверхням кінцівки. Фіксація бинтом із захопленням, як мінімум, двох суглобів, що знаходяться поряд з місцем перелому.

При відкритому переломі рана закривається стерильною пов'язкою або максимально чистою тканиною. По можливості рана промивається розчином антисептиків (перекис водню, водний розчин хлорексидину).

Забій – спокій для пошкодженої ділянки тіла, холод.

Розтягнення і розрив зв'язок – спокій, фіксує пов'язку на суглоб, холод.

Розрив м'язів – спокій, холод фіксує пов'язку.

Вивих – знерухомлення кінцівки (шляхом прибинтовування до тіла – аутоімобілізація), холод, по-можливості введення знеболюючих препаратів.

Рани голови – туга пов'язки.

Носова кровотеча – не порушувати положення, холод на ділянку носа, комбіноване дихання (вдих носом, видих – ротом), у ніс – ватний тампон змочений 3% перекисом водню.

Рани грудної клітки бувають відкриті – проникаючі та непроникаючі та закриті – із пошкодженням внутрішніх органів і без таких.

Закриті – знеболювання, фіксація грудної клітки (можна щільно замотати).

Відкриті – обробка рани і накладення стерильної герметичної пов'язки.

При наявності повітря у грудній клітці (задишка, різкий біль на стороні враження):

Закритий пневмоторакс – видалити повітря відкачавши шприцом.

Відкритий пневмоторакс – накладання герметичної пов'язки на рану.

Клапаний пневмоторакс – перевести у відкритий, проколовши голкою у третьому міжребер'ї по середньоключичній лінії.

Рани живота – холод, стерильна пов'язка. Знеболює не вводити!!! Самостійно органи черевної порожнини не вправляти!

ПРАВИЛА НАКЛАДАННЯ БИНТОВИХ ПОВ'ЯЗОК:

Частина тіла, що бинтується повинна бути нерухомою;

Накладати пов'язку обличчям до хворого (слідкувати за його станом);

Накладати пов'язку від периферії до тулуба при рівномірній натяжці бинта;

Напрямок турів бинта – зліва направо (окрім пов'язки на ліве око, пов'язки Дезо та інше);

Права рука розгортає головку бинта, ліва – утримує пов'язку;

Кожен наступний тур бинта повинен покривати попередній на половину його ширини.

РОЗДІЛ 3

Поняття «життєві функції» включає в себе діяльність серцево-судинної та дихальної систем. На відновлення життєвих функцій відводиться п'ять-сім хвилин (після 7 хвилин відмирає кора головного мозку).

Серцево-легенева реанімація:

1. Відновлення прохідності дихальних шляхів (видалення чужорідних предметів і речовин).

Власти пораненого на спину на тверду поверхню.

Відкрити рот і вивести нижню щелепу вперед.

Провести очищення ротової порожнини підручними методами.

При неможливості очищення, провести трахеостомію: гострим ножом нижче щитовидного хряща по середній лінії зробити розтин шкіри на трахеї із майже одночасним заведенням у трахею будь-якого порожнинного предмету (корпус від кулькової ручки тощо). Таким чином відкривається доступ повітря до організму.

2. Штучне дихання частіше всього проводиться «рот у рот» але можна і «рот у ніс».

3. Зовнішній закритий масаж серця проводиться таким чином: долоню однієї руки рятувальник кладе поперек на груди, на межі її нижньої та середньої третини (на два поперечних пальця вище основи мечеподібного відростка). Другу долоню рятувальник кладе на першу – паралельно осі груднини. Качають поштовхами у напрямку хребта, використовуючи вагу тіла. Руки рятувальника при цьому повинні залишатися прямими!

При виконанні серцево-легеневої реанімації

одним рятувальником, співвідношення штучне дихання – масаж серця складає: 2 : 15;

двома рятувальниками – 1 : 5.

У момент вдихання повітря масаж не проводиться!

ПОВЕРТАЙТЕСЯ
ЖИВИМИ!



