

Благотворительный фонд «Врачебное дело»

Московский территориальный научно-практический
центр медицины катастроф Департамента
здравоохранения г. Москвы

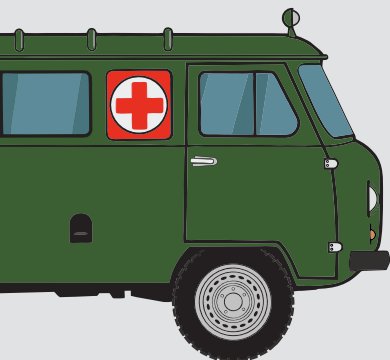
РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПЕРВОЙ ПОМОЩИ РАНЕНОМУ

10
24

4 кв. 2024

Андрей Мажаров, Глеб Сметанин, Олег Шубин, Александр Каменский, Александр Прохоренков, Алексей Марчук, Алексей Ховпачев, Алишер Толибов, Андрей Жуков, Андрей Зимин, Андрей Рудаков, Андрей Сидоров, Антон Фодин, Артем Анпилогов, Василий Коваль, Владимир Телия, Дмитрий Рахаев, Дмитрий Смирнов, Доктор Хилер, Евгений Климов, Евгений Мохнатов, Егор Ситников, Иван Крайнюков, Иван Совяк, Иван Щепарёв, Игорь Белозерцев, Игорь Тимохин, Илья Ильин, Ирина Ловчикова, Кирилл

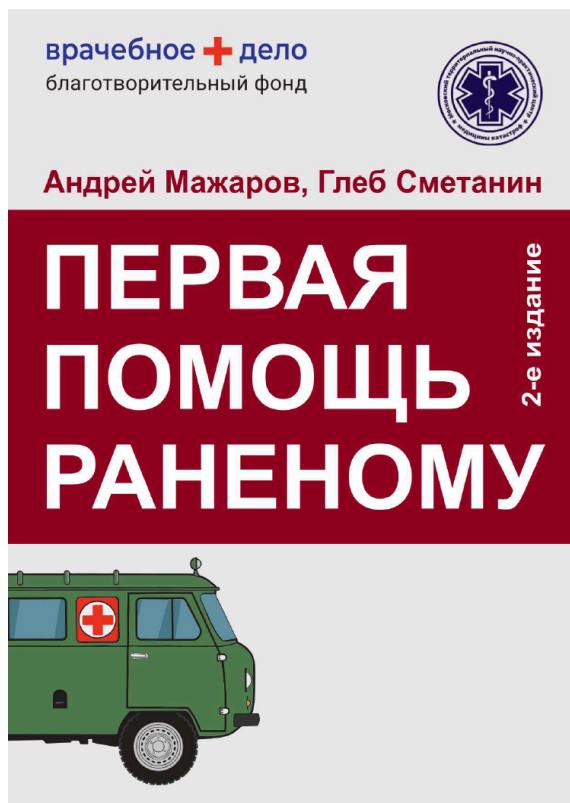
Сарпов, Константин Безруков, Максим Петрушин, Михаил Проскуренко, Михаил Литвинов, Михаил Пылаев, Николай Комаров, Павел Булеков, Павел Одинокоев, Равиль Бершев, Роман Настаев, Роман Старостин, Руслан Исмагулов, Сергей Фомин, Тимур Эгамбердиев, Юрий Скорик.



Рекомендации по первой помощи раненому

Выпуски Рекомендаций по первой помощи выходят ежеквартально, 1 числа первого месяца квартала, одновременно с изменениями на сайте vrachdelo.ru.

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



В выпуске за октябрь 2024 года изменены разделы:

- Осмотр раненого
- Контроль состояния раненого
- Массивное кровотечение
- Жгут/турникет

Для обсуждения и развития рекомендаций создана группа в Телеграме. Чтобы присоединиться к группе, отправьте заявку с информацией о себе на info@andreykazharov.ru.

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

Оглавление

Принципы первой помощи

1. Общие понятия.....	5
2. Красная зона.....	7
3. Осмотр раненого.....	9
4. Сортировка раненых для первой помощи.....	10
5. Эвакуация раненых.....	12
6. Контроль состояния раненого.....	13

Состояния и мероприятия

7. Массивное кровотечение.....	14
8. Жгут/турникет.....	16
9. Удушье.....	18
10. Нарушения дыхания.....	19
11. Шок.....	20
12. Переохлаждение.....	21
13. Обезболивание.....	22
14. Ожоги.....	24
15. Переломы.....	25
16. Травмы головы.....	26
17. Карточка раненого.....	27

Навыки КУЛАК

18. Установка турникета одной рукой.....	29
19. Установка турникета двумя руками.....	30
20. Наложение жгута одной рукой.....	31
21. Наложение жгута двумя руками.....	32
22. Установка турникета из подручных средств.....	33
23. Тугая тампонада раны.....	34
24. Давящая повязка.....	35
25. Кровотечение из шеи.....	35
26. Кровотечение из подмышки.....	36
27. Кровотечение из паха.....	36
28. Запрокидывание головы с подъемом подбородка.....	37

29. Выдвижение нижней челюсти.....	38
30. Ротовой воздуховод.....	39
31. Назальный воздуховод.....	39
32. Окклюзионный пластырь.....	40
33. Декомпрессионная игла.....	41
34. Устойчивое боковое положение.....	42
35. Замена турникета.....	42
36. Конверсия турникета.....	43
37. Измерение пульса.....	44
38. Тазовый пояс.....	44

Навыки БАРИН

39. Ранение глаза.....	45
40. Ожоги.....	46
41. Инородное тело.....	47
42. Открытая рана живота.....	47
43. Мягкая шина.....	48
44. Жесткая шина.....	49
45. Перенос в одиночку за руку или жилет.....	50
46. Перенос в одиночку за подмышки.....	51
47. Перенос в одиночку на спине.....	51
48. Перенос в одиночку поддержка.....	52
49. Перенос вдвоем за руку или жилет.....	52
50. Перенос вдвоем за ноги и подмышки.....	52
51. Перенос вдвоем поддержка.....	53

1. Общие понятия

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

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

2. Красная зона

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

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

- 2.18. При оказании первой помощи раненому средства защиты с него не снимаются.
- 2.19. Все действия по оказанию помощи раненому (выдвижение к раненому, оказание первой помощи, вынос раненого) начинаются по приказу командира подразделения.
- 2.20. Вынос раненого осуществляется с его личным оружием.

3. Осмотр раненого

- 3.1. Необходимо прежде всего обеспечить безопасность осматривающего: положение лежа или сидя, контроль обстановки другими бойцами (боевое охранение).
- 3.2. В случае огневого контакта осмотр необходимо прекратить, по возвращению к осмотру начать осмотр сначала.
- 3.3. Осмотр желательно проводить не на открытой местности, использовать укрытия, не образуя при этом скопления личного состава.
- 3.4. Автомат раненого спасатель укладывает у его головы затвором вниз, магазином от него.
- 3.5. Обзорный осмотр раненого на наличие неочевидных кровотечений проводится сразу после ранения или сразу после остановки очевидных кровотечений.
- 3.6. Обзорный осмотр раненого производится в следующем порядке:
 - шея - подмышки - пах;
 - ягодицы - ноги - руки.
- 3.7. Обзорный осмотр проводится визуально и ощупыванием раненого. По возможности необходимо запускать руки под раненого - кровь может уходить в почву, не оставляя заметных пятен.
- 3.8. Спасатель должен осматривать свои руки после каждого элемента.
- 3.9. Перед подробным осмотром необходимо снять шлем с раненого и откинуть фронтальную часть бронежилета через голову.
- 3.10. В начале подробного осмотра производится оценка сознания раненого по шкале от 1 до 4 и оценка дыхания по

принципу "вижу-слышу-ощущаю", а также контроль ранее наложенных жгутов (турникетов).

- 3.11. Оценка уровня сознания производится по шкале АГБО следующим образом:
 - А (активен) - сознание ясное, отвечает на вопрос "ты как? слышишь меня?";
 - Г (голос) - выполняет команды "подними руку, пошевели ногой";
 - Б (боль) - реагирует на боль (ущипнуть раненого за нос или ухо);
 - О (отключен) - без сознания (все реакции отсутствуют).
- 3.12. Подробный осмотр раненого по алгоритму КУЛАК производится для выявления других ранений (кроме кровотечения) по принципу "с головы до пят" в следующем порядке:
 - голова – шея – грудь – живот – таз – пах;
 - ноги – руки – ягодицы – поясница – спина.
- 3.13. Ощупывать раненого при осмотре загнутыми кончиками пальцев, чтобы легче найти проникающие ранения в условиях плохой видимости или под одеждой.
- 3.14. При выявлении жизнеугрожающих повреждений подробный осмотр прерывается и проводятся мероприятия по алгоритму КУЛАК.
- 3.15. Подробный осмотр не должен задерживать эвакуацию, при условии выполнения осмотра и помощи по алгоритму КУЛАК.
- 3.16. Рекомендуется проводить осмотр в смотровых (медицинских) перчатках и очках. По возможности не допускать попадание крови раненого на открытый кожный покров, слизистые и глаза спасателя.
- 3.17. В процессе подробного осмотра по возможности необходимо при повороте раненого подкладывать спасательное одеяло и носилки.
- 3.18. При осмотре следует не разрезать одежду раненого избыточно, чтобы не уменьшить функцию согревания.

3.19. На каждом этапе эвакуации, а также при передаче раненого, необходим повторный осмотр.

4. Сортировка раненых для первой помощи.

- 4.1. При массовых поражениях производится сортировка для определения очередности оказания первой помощи раненым. Сортировка осуществляется только если количество раненых превышает возможности для одновременного оказания помощи и эвакуации.
- 4.2. Категории сортировки раненых (каждая категория обозначается своим цветом):
 - несрочные (зеленый цвет) – ранения не представляют угрозы жизни в ближайшие несколько часов;
 - экстренные (красный цвет) – прямая угроза жизни, если не получат в ближайшее время первую помощь;
 - безнадежные (черный цвет) – ранения, несовместимые с жизнью, выживание маловероятно.
- 4.3. В начале сортировки выявляются несрочные раненые. Как правило, они сами покидают место ранения.
- 4.4. Далее выявляются раненые с очевидными признаками гибели.
- 4.5. Оставшимся раненым (после выявления несрочных раненых и раненых с очевидными признаками гибели) спасатель отдает простые команды типа “подними руку, пошевели ногой” и определяет пульс на запястье.
- 4.6. Если у раненых, которые НЕ выполняют простые команды, нет пульса на запястье, они считаются безнадежными. Если пульс есть, то экстренными.
- 4.7. Если у раненых, которые выполняют простые команды, нет пульса на запястье, они считаются экстренными. Если пульс есть, то несрочными.
- 4.8. Экстренным раненым в процессе сортировки сразу проводится открытие дыхательных путей и остановка массивного кровотечения.
- 4.9. После оказания помощи экстренным раненым производится повторная оценка состояния безнадежных раненых на

предмет перевода их в категорию экстренных, потом оказывается помощь несрочным.

- 4.10. Безнадежным раненым по возможности проводится обезболивание и оказывается психологическая поддержка.
- 4.11. У раненых с нарушением сознания необходимо забрать личное оружие и средства связи.
- 4.12. При изменении состояния раненого при необходимости изменяется категория сортировки.

5. Эвакуация раненых

- 5.1. Эвакуация раненых производится в порядке очередности в соответствии с категориями эвакуации.
- 5.2. Категории эвакуации раненых (каждая категория обозначается своим цветом):
 - экстренные (красный цвет) – прямая угроза жизни;
 - срочные (желтый цвет) – серьезные ранения, но угрозы жизни нет;
 - несрочные (зеленый цвет) – легкораненые.
- 5.3. Экстренная категория эвакуации:
 - проникающее ранение груди, живота, таза;
 - подозрение на напряженный пневмоторакс;
 - продолжающееся удушье;
 - продолжающиеся нарушения дыхания;
 - без сознания;
 - подозрение на повреждения позвоночника;
 - с признаками шока;
 - продолжающееся кровотечение;
 - сотрясение головного мозга средней тяжести и тяжелое;
 - судороги;
 - ожоги 3-4 степени более 10%, ожоги 1-2 степени более 30% поверхности тела.
- 5.4. Срочная категория эвакуации:
 - открытый перелом конечности;
 - ранение конечности с наложенным турникетом;
 - проникающее или иное серьезное ранение глаза;
 - обширное ранение мягких тканей;

- ожоги 3-4 степени более 2-10%, ожоги 1-2 степени 10-30% поверхности тела.
- 5.5. Для оценки площади ожога можно использовать площадь ладони (1% поверхности тела).
- 5.6. Несрочная категория эвакуации – все остальные.
- 5.7. Раненые с частотой дыхания менее 10 и более 30 в минуту подлежат экстренной эвакуации.
- 5.8. Если эвакуация по вышеуказанным категориям невозможна/нецелесообразна, допустимо проводить эвакуацию по категориям сортировки раненых для оказания первой помощи (п. 4).
- 5.9. При переносе раненого на носилках:
- движение производить ногами вперед;
 - по возможности располагать голову выше ног;
 - если уровень опасности позволяет, снять бронежилет и каску;
 - по возможности подложить под раненого теплоизоляционный коврик, укрыть спасательным одеялом или пледом.
- 5.10. В процессе подготовки к эвакуации необходимо:
- заполнить карточку раненого и другие документы;
 - закрепить на раненом все повязки и устройства (дыхательные трубки, внутрикостные катетеры и т.д.);
 - закрепить одеяла и покрывала;
 - застегнуть ремни;
 - установить внутривенный катетер (по возможности);
 - убрать капельницы под одежду или одеяло;
 - проконтролировать скорость внутривенных вливаний.
- 5.11. В процессе эвакуации не должно быть элементов, выступающих за пределы носилок.
- 5.12. В пределах одной единицы санитарного транспорта погрузка на транспорт происходит в порядке обратной очередности – в первую очередь погрузке подлежат несрочные раненые, затем срочные, затем экстренные.

6. Контроль состояния раненого

- 6.1. Состояние раненого необходимо контролировать в зависимости от состояния и обстановки.
- 6.2. Контроль состояния раненого в зависимости от категории эвакуации:
 - экстренная категория – каждые 5-15 минут;
 - срочная категория – каждые 15-30 минут;
 - несрочная категория – каждые 30-60 минут.
- 6.3. Если обстановка позволяет, необходимо состояние каждого раненого контролировать каждые 5-15 минут.
- 6.4. Показатели контроля состояния раненого
 - частота пульса;
 - частота дыхания;
 - уровень сознания;
 - артериальное давление;
 - уровень насыщения крови кислородом;
 - боль по шкале интенсивности 0-10.
- 6.5. Минимальный объем контроля - сознание, дыхание, пульс (жизненные показатели).
- 6.6. Показатели контроля состояния заносятся в карточку раненого
- 6.7. Контроль дыхания осуществляется с помощью слуха, зрения и осязания
- 6.8. Оценка уровня сознания производится по шкале АГБО следующим образом:
 - А (активен) - сознание ясное, отвечает на вопрос “ты как? слышишь меня?”;
 - Г (голос) - выполняет команды “подними руку, пошевели ногой”;
 - Б (боль) - реагирует на боль (ущипнуть раненого за нос или ухо);
 - О (отключен) - без сознания (все реакции отсутствуют).
- 6.9. Одновременно с контролем состояния раненого необходимо проводить контроль повязок и жгутов (турникетов).

7. Массивное кровотечение

7.1. Признаки массивного кровотечения:

- **О**кровь пульсирует или сильно течет из раны;
- **О**дежда или повязка пропитаны кровью;
- **О**кровь вытекает на землю;
- ампутация руки или ноги.

7.2. Способы остановки кровотечения:

- не прямое давление (пальцевое прижатие);
- прямое давление на рану;
- наложение жгута/турникета;
- тугая тампонада раны с наложением давящей повязки.

7.3. Основным способом остановки массивного кровотечения из конечностей является наложение жгута/турникета

7.4. Непрямое давление (пальцевое прижатие), а также прямое давление на рану применяется для кратковременной остановки кровотечения перед использованием жгута/турникета, тампонады раны и давящей повязки.

7.5. Непрямое давление (пальцевое прижатие) выполняется:

- кулаком;
- пальцами;
- опорным предметом.

7.6. В качестве опорного предмета можно использовать флягу, индивидуальный перевязочный пакет (ИПП), магазин от автомата, бутылку с водой и другие подобные предметы.

7.7. Основные точки непрямого давления (пальцевого прижатия):

- плечевая артерия;
- подвздошная артерия;
- бедренная артерия;
- сонная артерия.

7.8. Тугая тампонада раны применяется в следующих случаях:

- вместо жгута/турникета, если турникета нет под рукой;
- если наложение жгута/турникета невозможно (кровотечение из шеи, подмышки, паха, ягодицы);
- для замены (конверсии) жгута/турникета.

- 7.9. Тампонаду раны и гемостатик нельзя использовать при ранениях груди, живота, головы, глаз.
- 7.10. Тугая тампонада раны может производиться как гемостатическим, так и обычным стерильным бинтом, в крайнем случае – чистой тканью.
- 7.11. В процессе выполнения тугой тампонады необходимо оказывать постоянное давление на источник кровотечения.
- 7.12. При выполнении тампонады раны необходимо выполнять давление на рану в течение не менее 5 минут, если бинт с гемостатиком и 10 минут, если бинт без гемостатика.
- 7.13. После тугой тампонады раны необходимо наложить давящую повязку на рану.
- 7.14. Для давящей повязки необходимо использовать эластичный бинт. Если нет эластичного бинта, в крайнем случае можно использовать простой бинт.
- 7.15. При наложении повязки простым бинт, необходимо перекручивать бинт над местом тампонады. Таким образом увеличивается давление в области тампонады и предотвращается смещение повязки.
- 7.16. Поверх давящей повязки при необходимости для создания дополнительного давления возможно наложение жгута.
- 7.17. После тампонады сверху раны должны оставаться дополнительные слои бинта для увеличения давления.
- 7.18. При переходе от тугой тампонады к наложению давящей повязки давление на рану не должно прерываться.
- 7.19. После тугой тампонады и наложения давящей повязки необходимо контролировать состояние повязки. Пропитывание повязки кровью является признаком неэффективности тугой тампонады.
- 7.20. Если после наложения давящей повязки появились признаки нарушения кровообращения конечности (онемение конечности, холодная кожа, посинение конечности, отсутствие пульса), необходимо ослабить повязку.

- 7.21. Смежные области (шея, подмышки, пах, ягодицы) расположены слишком близко к торсу, из-за чего наложение жгута/турникета невозможно.
- 7.22. Остановить кровотечение в смежных областях можно только тугой тампонадой раны.

8. Жгут/турникет

- 8.1. Экстренное наложение жгута/турникета:
- максимально высоко;
 - максимально туго;
 - не снимая и не разрезая одежду;
 - записать время (по возможности).
- 8.2. Плановое наложение жгута/турникета:
- после осмотра;
 - на 5-8 см выше источника кровотечения;
 - после снятия/разрезания одежды;
 - записать время.
- 8.3. Время наложения жгута/турникета необходимо записывать на открытых участках кожи раненого (например, на лбу и на щеке). По возможности время необходимо продублировать на ленте турникета.
- 8.4. В плановом порядке турникет накладывается на голую кожу. При наложении жгута в плановом порядке по возможности использовать полоску ткани.
- 8.5. При самопомощи жгут/турникет всегда накладвается в экстренном порядке.
- 8.6. При взаимопомощи замене жгут/турникет накладывается в экстренном порядке, если обстановка не позволяет наложить жгут/турникет в плановом порядке.
- 8.7. В экстренном порядке жгут/турникет должен быть наложен в течение 30 секунд.
- 8.8. При наложении жгута по возможности необходимо остановить кровотечение первым туром.
- 8.9. Если жгут/турникет не остановил кровотечение, нужно наложить второй жгут/турникет рядом, по возможности выше, не снимая первого.

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

кровопотери и ухудшения шока. Данная процедура требует специальной подготовки и опыта в распознавании и оценке признаков шока.

- 8.22. Запрещается снимать или заменять тампонадой жгут/турникет, если он находился на конечности раненого более 6 часов. После 2 часов снятие или замена тампонадой жгута/турникета может привести к осложнениям и производится только медицинскими специалистами.
- 8.23. Ослабление жгута/турникета можно производить только при отсутствии признаков шока и только одновременно с пальцевым прижатием артерии выше места повреждения.
- 8.24. Ослабление жгута/турникета является опасной процедурой, которая может повлечь гибель раненого от дополнительной кровопотери и ухудшения шока. Данная процедура требует специальной подготовки и опыта в распознавании и оценке признаков шока.

9. Удушье

- 9.1. Спасатель контролирует дыхание раненого следующим образом:
 - слышит звук выходящего воздуха;
 - видит движения грудной клетки;
 - ощущает движения воздуха на своей щеке.
- 9.2. В неблагоприятных условиях допустимо определять дыхательные движения грудной клетки раненого на ощупь.
- 9.3. Признаки удушья (непроходимости дыхательных путей):
 - грудная клетка двигается, но воздух не проходит через дыхательные пути;
 - слышен храп или бульканье.
- 9.4. Причины удушья:
 - инородные тела, кровь или рвота в дыхательных путях;
 - отек при ожоге дыхательных путей, ранении шеи;
 - западение языка у раненого без сознания.
- 9.5. Первая помощь при удушье:
 - удалить видимые инородные тела, но не искать пальцами вслепую;

- придать раненому в сознании комфортное положение (сидячее положение или устойчивое боковое положение);
 - придать раненому без сознания устойчивое боковое положение.
- 9.6. При извлечении инородных тел из дыхательных путей необходимо предотвратить закрывание рта раненого и травму пальцев спасателя.
- 9.7. Если вышеуказанные мероприятия не помогают, провести при травме позвоночника – выдвигание нижней челюсти, если нет травмы позвоночника – запрокидывание головы с подъемом подбородка.
- 9.8. Если вышеуказанные мероприятия не помогают, необходимо установить ротовой или назальный воздуховод.
- 9.9. Ротовой воздуховод не применяется, если раненый находится в сознании.

10. Нарушения дыхания

- 10.1. Признаки нарушения дыхания (дыхательной недостаточности):
- вынужденная поза (наклон вперед, руки опираются на колени);
 - посинение губ (носогубного треугольника);
 - дыхание слишком частое (более 20 раз в минуту);
 - дыхание слишком редкое (менее 6 раз в минуту).
- 10.2. Открытый пневмоторакс возникает вследствие проникающего ранения грудной клетки, при этом имеется входное и выходное отверстие или только входное отверстие.
- 10.3. Если нет уверенности, что ранение грудной клетки проникающее, необходимо обрабатывать ранение как проникающее.
- 10.4. Входное/выходное отверстие может быть не только в области грудной клетки, но и в прилегающих областях.
- 10.5. Признаки открытого пневмоторакса:
- нарушения дыхания;

- свистящий или шипящий звук воздуха, выходящего через рану;
 - пузырьки или пена вокруг раны.
- 10.6. При наличии открытого пневмоторакса раненому необходимо на выдохе наложить окклюзионный пластырь, по возможности с клапаном.
- 10.7. При отсутствии окклюзионного пластыря с клапаном можно использовать окклюзионный пластырь без клапана или герметичную повязку из подручных материалов.
- 10.8. Напряженный пневмоторакс возникает вследствие проникающего ранения грудной клетки либо перелома ребер, при этом отверстий может не быть.
- 10.9. Признаки напряженного пневмоторакса:
- нарушения дыхания усиливаются, при том, что дыхательные пути свободны;
 - не слышно звука воздуха, выходящего через рану;
 - не видно пузырьков или пены вокруг раны;
 - набухание вен шеи.
 - одна сторона грудной клетки отстаёт при дыхании.
- 10.10. При наличии признаков напряженного пневмоторакса раненому необходимо произвести декомпрессию грудной полости при помощи декомпрессионной иглы.
- 10.11. Использование декомпрессионной иглы разрешается только военнослужащим, прошедшим соответствующую подготовку.
- 10.12. После наложения окклюзионного пластыря и/или декомпрессии грудной полости раненый в сознании должен быть приведен в сидячее положение, раненый без сознания - в устойчивое боковое положение.
- 10.13. При наличие пневмоторакса в устойчивом боковом положении раненый должен находится пораженной стороной вниз.

11. Шок

- 11.1. Признаки начинающегося шока:
- учащенное дыхание более 20 в минуту;
 - учащенный пульс более 120 в минуту;

- бледная, холодная, потная кожа;
 - тошнота, рвота;
 - жажда.
- 11.2. Признаки тяжелого шока:
- спутанное сознание;
 - слабый (нитевидный) пульс или отсутствие пульса на запястье;
 - капиллярный ответ более 3 сек.
- 11.3. Помощь при шоке:
- контроль кровотечения;
 - при невозможности инфузии – питье воды;
 - профилактика переохлаждения, по возможности - активное согревание;
 - горизонтальное положение с приподнятыми ногами.
- 11.4. Питье воды не допускается при ранении живота и головы.
- 11.5. При наличии любых признаков шока раненому необходимо установить венозный катетер.
- 11.6. При наличии любых признаков шока необходимо контролировать состояние раненого каждые 5-15 минут.
- 11.7. При наличии признаков тяжелого шока необходимо восполнение кровопотери путем струйной инфузии 500 мл кристаллоидного раствора. В крайнем случае допустима замена кристаллоидного раствора физраствором.
- 11.8. Инфузия свыше 500 мл, а также инфузия крови и других кровезаменителей производится медицинскими специалистами по соответствующим показаниям.
- 11.9. Если нет признаков тяжелого шока, никакая инфузия не проводится.

12. Переохлаждение

- 12.1. Признаки переохлаждения:
- невнятная речь;
 - редкое дыхание;
 - сонливость;
 - дрожь/озноб.
 - синюшность губ и кожи на конечностях

- 12.2. После остановки любого массивного кровотечения, а также раненым с обширными ожогами, необходима профилактика переохлаждения.
- 12.3. Мероприятия по профилактике переохлаждения необходимо начинать как можно раньше.
- 12.4. Способы борьбы с переохлаждением:
 - защитить раненого от непогоды (снег, дождь, ветер);
 - перенести в теплое помещение/укрытие;
 - заменить мокрую (в том числе пропитанную кровью) одежду на сухую;
 - исключить контакт с землей;
 - укрыть раненого подручными средствами;
 - использовать спасательное одеяло;
 - применить источники тепла;
 - подложить теплоизоляционный коврик.
- 12.5. Особое внимание необходимо уделить утеплению головы (обернуть голову по типу капюшона, надеть шапку).
- 12.6. как можно раньше укрыть после манипуляций
- 12.7. Спасательное одеяло необходимо фиксировать липкой лентой для улучшения герметичности.
- 12.8. Раненого с переохлаждением необходимо согревать постепенно, потребление алкоголя исключить.
- 12.9. Инфузионные растворы можно использовать только после подогрева.
- 12.10. Источники тепла (грелки) рекомендуется размещать в области живота, паха, подмышек.

13. Обезболивание.

- 13.1. Степени выраженности болевого синдрома:
 - слабая - не отвлекает от задачи (уровни 1-3);
 - средняя - мешает выполнению задачи (уровни 4-6);
 - сильная - сосредоточен только на боли (уровни 7-10).
- 13.2. Для обезболивания раненого применяются следующие препараты:
 - бупренорфин или промедол в шприц-тюбике (наркотический анальгетик);

- нефопам в шприц-тюбике (ненаркотический анальгетик центрального действия);
 - комбинация мелоксикам+парацетамол (нестероидные противовоспалительные препараты – НПВС).
- 13.3. Применение препаратов:
- слабая боль - 15 мг мелоксикама + 1000 мг парацетамола;
 - средняя боль - 15 мг мелоксикама + 1000 мг парацетамола + 1 инъекция нефопама (20 мг);
 - сильная боль - 1 инъекция бупренорфина (0,3 мг), а в случае его отсутствия - 1 инъекция промедола (20 мг).
- 13.4. При отсутствии эффекта в течение 15-20 мин обезболивание бупренорфином или промедолом может быть дополнено однократным внутримышечным введением нефопама в дозе 20 мг. При необходимости можно добавить мелоксикам 15 мг и/или парацетамол 1000 мг.
- 13.5. При возобновлении болевого синдрома повторное введение бупренорфина возможно не ранее, чем через 6 часов, а промедола - не ранее, чем через 4 часа. Повторное введение нефопама возможно не ранее, чем через 6 часов.
- 13.6. Повторный прием парацетамола возможен через 6 часов, мелоксикама - через 24 часа.
- 13.7. Наркотические анальгетики угнетают дыхание и снижают артериальное давление, поэтому они применяются при следующих условиях:
- нет ранения головы;
 - у раненого нет признаков шока;
 - раненый находится в ясном сознании;
 - раненый кричит от боли, следовательно, общее состояние не тяжелое;
 - отсутствуют признаки нарушения дыхания (дыхание от 10 до 20 в минуту).
- 13.8. При угнетении сознания введение нефопама противопоказано.

- 13.9. Состояние раненого, получившего обезболивание наркотическими анальгетиками, контролируется каждые 5-15 минут.
- 13.10. Повторное введение наркотических анальгетиков является опасной процедурой, которая может повлечь гибель раненого от шока и нарушений дыхания. Данная процедура требует специальной подготовки и опыта.
- 13.11. Обезболивание в красной зоне применяется только в том случае, если невозможно отложить до более безопасной зоны.
- 13.12. Инъекции нужно делать не на стороне ранения, также возможен укол на стороне ранения выше жгута или в грудную мышцу.

14. Ожоги

14.1. Степени ожогов:

- 1 степень – боль и покраснение без волдырей;
- 2 степень – пузыри, мокнущая поверхность;
- 3 степень – омертвление кожи, снижение чувствительности;
- 4 степень – обугливание кожи и мышц.

14.2. Помощь при ожогах:

- прекратить действие поражающего фактора (пламени);
- освободить место ожога от одежды, но не отрывать прилипшую ткань;
- снять все сдавливающие кольца, браслеты и т.п.;
- охладить место ожога, если ожог не более 10% поверхности тела;
- применить обезболивание;
- наложить противоожоговую повязку;
- применить антибиотик;
- провести профилактику гипотермии (переохлаждения).

14.3. При ожогах белым фосфором необходимо смыть фосфор водой, после чего прекратить подачу воздуха на пораженный участок путем экстренного наложения повязки, обильно смоченной водой.

- 14.4. Для охлаждения места ожога подставить под струю воды, либо положить влажную салфетку и периодически смачивать ее водой.
- 14.5. Температура воды должна быть ниже температуры тела. Запрещается снег, лёд и ледяная вода.
- 14.6. Охлаждение места ожога производится в течение 10-15 минут. После охлаждения место ожога необходимо обсушить.
- 14.7. При температуре окружающего воздуха ниже нуля дополнительное охлаждение не производится.
- 14.8. При ожогах 20% поверхности тела необходимо восполнение потери жидкости.

15. Переломы

- 15.1. Признаки перелома:
 - сильная боль и отек;
 - видимая деформация, неестественное положение конечностей;
 - разная длина или форма конечностей;
 - потеря пульса или чувствительности;
 - треск или хруст под кожей.
- 15.2. В процессе оказания помощи при переломе необходимо:
 - проверить сопутствующие травмы;
 - закрыть открытые раны;
 - по возможности не двигать раненого до окончания наложения шины;
 - по возможности не двигать конечностью раненого при наложении шины;
 - зафиксировать сустав выше и сустав ниже перелома.
- 15.3. При отсутствии шины необходимо фиксировать поврежденную ногу к другой ноге, поврежденную руку – к туловищу (аутоиммобилизация).
- 15.4. Шина не должна плотно прилегать к конечности в области перелома во избежание сдавления от отека.
- 15.5. При переломах руки необходимо зафиксировать конечность раненого к рубашке, либо использовать косынку.

- 15.6. Торчащие отломки кости из раны не вынимать, зафиксировать как инородное тело.
- 15.7. Перед наложением шины необходимо проверить пульс ниже места перелома. Если пульс был, но пропал после наложения шины, необходимо ослабить повязку.

16. Травмы головы

- 16.1. Признаки травмы головы:
 - рана/деформация черепа;
 - изменение сознания;
 - расширение зрачков;
 - потемнение кожи вокруг глаз;
 - течение жидкости из носа/ушей;
 - потемнение кожи за ушами;
 - зрачки разного размера;
 - косоглазие;
 - слабость или паралич руки и ноги с одной стороны.
- 16.2. Симптомы сотрясения мозга:
 - головная боль;
 - головокружение;
 - кратковременная потеря сознания;
 - рвота;
 - звон в ушах;
 - потеря памяти;
 - двоение в глазах.
- 16.3. При травме головы наркотические анальгетики не применять, использовать НПВС и нефопам.
- 16.4. По возможности раненому необходимо придать положение полусидя, с возвышением головы примерно на 30 гр.
- 16.5. При травме головы необходим дополнительный контроль:
 - уровня сознания;
 - величины артериального давления;
 - проходимости дыхательных путей (возможна рвота).
- 16.6. При проведении контроля необходимо учитывать период мнимого благополучия, когда в первые часы после травмы

головы состояния раненого удовлетворительно, но затем оно ухудшается.

- 16.7. В случае падения артериального давления ниже 110 мм рт ст необходима инфузионная терапия.
- 16.8. Показания для экстренной эвакуации при сотрясении мозга:
 - ухудшение сознания;
 - нарастающее возбуждение;
 - повторная рвота;
 - судороги;
 - слабость в руках или ногах.
- 16.9. При травме головы необходимо зафиксировать шейный отдел позвоночника перед транспортировкой.

17. Карточка раненого

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

- ампутация;
- перелом;
- колотое;
- ушиб;
- ожог _____ %;
- выпадение органов;
- другое.

17.4. Измерения:

- время;
- пульс;
- давление;
- дыхание;
- SpO₂;
- сознание;
- боль 0-10.

17.5. Кровотечение:

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

17.6. Дыхательные пути:

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

17.7. Дыхание:

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

17.8. Иммобилизация:

- таз;

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

18. Установка турникета одной рукой

- 18.1. Вытащи турникет из аптечки или подсумка. Доставай турникет рогами вверх и к себе воротком.
- 18.2. Просунь руку через петлю турникета.

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

19. Установка турникета двумя руками

- 19.1. Вытащи турникет из аптечки или подсумка. Доставай турникет рогами вверх и к себе воротком.
- 19.2. Просушь конец в пряжку.

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

20. Наложение жгута одной рукой

- 20.1. Вытащи жгут из аптечки или подсумка.
- 20.2. Зажми конец жгута в зубах. По возможности зажимай жгут боковыми, а не передними зубами. Если не можешь зажать зубами - пробуй коленом или за снаряжение.

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

21. Наложение жгута двумя руками

- 21.1. Вытащи жгут из аптечки или подсумка.
- 21.2. Продень жгут под конечностью.
- 21.3. Сильно натяни жгут перед наложением.
- 21.4. Перекрести жгут, прижми конец.
- 21.5. Наложить второй тур поверх первого. Не ослабляй натяжение все время.

- 21.6. Повторяй, насколько хватит длины (минимум три тура).
- 21.7. Завяжи узел, а потом второй.
- 21.8. Запиши время наложения (при экстренном наложении - по возможности).
- 21.9. При плановом наложении по возможности накладывай туры черепицей (следующий тур накрывает половину предыдущего).
- 21.10. Типичные ошибки при наложении жгута:
 - не сделал перехлест жгута первым туром, не прижал конец
 - наложил жгут на сустав, жгут не сработал;
 - туры жгута не перекрывают друг друга (промежутки между витками жгута);
 - свободный конец жгута слишком короткий, невозможно завязать узел;
 - завязан один узел вместо двух;
 - не проверил пульс, возможно, жгут не сработал;
 - не записал время установки, невозможно контролировать длительность;
 - не успел наложить жгут за 30 секунд.

22. Установка турникета из подручных средств

- 22.1. Место наложения на 5-8 см. выше раны.
- 22.2. Протяни ленту под конечностью.
- 22.3. Завяжи половину узла туго и ровно.
- 22.4. Заверши узел поверх воротка.
- 22.5. Закрути вороток, останови кровь.
- 22.6. Завяжи вторую ленту на воротке.
- 22.7. Закрепи конец воротка.
- 22.8. Можно использовать в качестве ленты:
 - полоска ткани;
 - бандана;
 - штанина;
 - полотенце.
- 22.9. Нельзя использовать в качестве ленты:
 - электрический шнур;

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

22.10. Типичные ошибки при наложении турникета из подручных средств:

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

23. Тугая тампонада раны

23.1. Разрежь одежду, открой рану.

23.2. Достань гемостатический/простой бинт. Имей достаточный запас бинта для полной тампонады.

23.3. Плотно уложи бинт, не ослабляя давление. Подавай бинт малыми порциями, заполняя все полости и ответвления со всех сторон от раневого канала.

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

23.5. Неправильно: бинт уложен только сверху.

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

23.7. Убедись, что кровотечение остановлено.

23.8. Наложить давящую повязку на рану.

23.9. Типичные ошибки при тугой тампонаде раны:

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

- держал менее положенного времени, кровотечение возобновилось;

24. Давящая повязка

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

25. Кровотечение из шеи

- 25.1. Дави на рану рукой, пока достаешь бинт. При давлении на рану можно использовать кусок ткани (воротник, шапку и т.д.).
- 25.2. Плотно уложи в рану бинт, туго затампонируй рану. Может потребоваться более одного бинта.
- 25.3. Положи еще бинт, продолжай давить. Должна быть горка бинта на 3-5 см.
- 25.4. Надави и держи 5 минут, если бинт с гемостатиком и 10 минут, если бинт без гемостатика и обстановка позволяет
- 25.5. Проверь, остановил ли кровотечение. Если кровотечение продолжается (кровь сочится через бинт), увеличь плотность тампонады и давление на рану.
- 25.6. Наложит эластичный бинт или жгут, не ослабляя давления.
- 25.7. Забинтуй наискосок через подмышку.
- 25.8. Концы бинта или жгута завяжи узлом вокруг ближнего плеча.
- 25.9. Закрепи узел скотчем, фиксируй ближнюю руку к груди.
- 25.10. Типичные ошибки при остановке кровотечения из шеи:

- не давил на рану рукой, пока доставал бинт;
- после тампонады давил меньше времени, чем нужно;
- не зафиксировал повязку;
- не закрепил узел.

26. Кровотечение из подмышки

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

27. Кровотечение из паха

- 27.1. Дави на рану основанием ладони или коленом, пока достаешь бинт. При давлении на рану можно использовать кусок ткани, шапку и т.д.

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

28. Запрокидывание головы с подъемом подбородка

- 28.1. Положи раненого на спину на твердую, ровную поверхность.
- 28.2. Встань на колени сбоку на уровне плеч раненого. Ощупай шейные позвонки, если нет ощутимых повреждений,ними шлем и продолжи мероприятие.
- 28.3. Вставив пальцы между челюстями через щеки раненого открой ему рот. Посмотри, нет ли препятствий в дыхательных путях (надрывы, перекрытие, сломанные зубы,

ожог, отек, рвотные массы и т.д.). Если препятствия есть, быстро устрани их.

- 28.4. Надави ладонью на лоб, запрокинь голову.
- 28.5. Пальцами выдвини подбородок вверх. Большой палец при этом не используй.
- 28.6. Смотри, как двигается грудная клетка раненого.
- 28.7. Наклонись к лицу раненого.
- 28.8. Послушай дыхание раненого.
- 28.9. Почувствуй дыхание раненого на лице.
- 28.10. Измерь частоту дыхания.
- 28.11. Типичные ошибки при запрокидывании головы с подъемом подбородка:
 - не проверил препятствия в дыхательных путях;
 - не проверил дыхание раненого после мероприятия.

29. Выдвижение нижней челюсти

- 29.1. Положи раненого на спину на твердую, ровную поверхность.
- 29.2. Встань на колени за головой раненого лицом к ногам, сними шлем с раненого.
- 29.3. Вставив пальцы между челюстями через щеки раненого открой ему рот. Посмотри, нет ли препятствий в дыхательных путях (надрывы, перекрытие, сломанные зубы, ожог, отек, рвотные массы и т.д.). Если препятствия есть, быстро устрани их.
- 29.4. Упрись локтями в землю, держи голову руками в области углов нижней челюсти, ниже ушей раненого. Не наклоняй и не вращай голову раненого.
- 29.5. Выдвини вверх нижнюю челюсть, используй указательные и большие пальцы.
- 29.6. Наклонись к лицу раненого.
- 29.7. Смотри, как двигается грудная клетка раненого.
- 29.8. Послушай дыхание раненого.
- 29.9. Почувствуй дыхание раненого на лице.
- 29.10. Измерь частоту дыхания.
- 29.11. Типичные ошибки при выдвижении нижней челюсти:
 - не проверил препятствия в дыхательных путях;

- не проверил дыхание раненого после мероприятия.

30. Ротовой воздуховод

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

31. Назальный воздуховод

- 31.1. Положи раненого на спину. Лицо должно быть направлено ровно вверх.
- 31.2. Осмотри носовые ходы. Убедись, что нет препятствий.
- 31.3. Смажь воздуховод смазкой или слюной.
- 31.4. Открой правую ноздрю. Для этого отведи кончик носа кверху и влево.
- 31.5. Скошенный конец воздуховода должен быть направлен к перегородке носа.
- 31.6. Введи воздуховод под прямым углом к земле.
- 31.7. Плавно и без усилий вводи воздуховод в ноздрю. Если возникло препятствие, покрути и продолжи введение.
- 31.8. Воздуховод должен войти полностью. Фланец должен упереться в нос.

- 31.9. Оцени дыхание раненого.
- 31.10. Если не удалось установить воздуховод в правую ноздрю, попробуй в левую.
- 31.11. Придай раненому сидячее или устойчивое боковое положение. Если раненый без сознания - только устойчивое боковое положение.
- 31.12. Типичные ошибки при установке назального воздуховода:
 - не использовал смазку;
 - ввел воздуховод с большим сопротивлением;
 - скошенный конец воздуховода направил от перегородки, возможно закрытие отверстия мягкими тканями;
 - не ввел воздуховод полностью.

32. Окклюзионный пластырь

- 32.1. Обеспечь доступ к ране. Если ран несколько обрабатывай раны в порядке обнаружения.
- 32.2. Достань салфетку из упаковки (при наличии), протри место ранения. Также можно использовать чистую сухую ткань.
- 32.3. Сними защитную пленку с пластыря. При температуре окружающего воздуха ниже ноля, согрей пластырь (например, приложи ладонь плотно к пластырю на 10-30 секунд) для лучшего прилипания.
- 32.4. Наклей пластырь во время выдоха. Центр отверстия должен совпадать с центром пластыря.
- 32.5. Убедись, что пластырь приклеился. При необходимости используй скотч для крепления краев пластыря.
- 32.6. Убедись, что окклюзионный пластырь работает во время дыхания. Когда раненый вдыхает, пластырь должен прилипнуть к ране и не давать воздуху войти в грудную клетку. Когда раненый выдыхает, пластырь должен пропускать воздух наружу.
- 32.7. Переверни раненого, поищи другие раны.
- 32.8. Если раненый в сознании, посади его. Если раненый без сознания, придай ему устойчивое боковое положение местом ранения вниз. Оцени дыхание раненого, убедись, что нет признаков напряженного пневмоторакса.

- 32.9. Типичные ошибки при наложении окклюзионного пластыря:
- не протер насухо кожу вокруг раны, пластырь плохо приклеился;
 - не проверил работу пластыря;
 - не осмотрел раненого, не нашел другие раны;
 - не оценил дыхание раненого после наложения пластыря, не заметил ухудшения.

33. Декомпрессионная игла

ВАЖНО! Опасная процедура, нужна специальная подготовка!

- 33.1. Проверь работу окклюзионного пластыря, выпусти воздух или замени пластырь, если нужно.
- 33.2. Определи точку ввода иглы. Отсчет веди от первого межреберья, которое расположено сразу под ключицей. Точка А - второе межреберье по среднеключичной линии кнаружи от линии соска. Точка Б - пятое межреберье по передней подмышечной линии.
- 33.3. Протри место укола, по возможности используй антисептик. Введи иглу под прямым углом к груди.
- 33.4. Вводи иглу по верхнему краю ребра.
- 33.5. Подожди 10 сек. пока выйдет воздух, вытащи иглу, оставь катетер.
- 33.6. Воздух должен выйти через катетер, через несколько минут нарушения дыхания должны уменьшиться.
- 33.7. Если нужно, введи вторую иглу на той же стороне в другой точке.
- 33.8. Если раненый в сознании, посади его. Если раненый без сознания, придай ему устойчивое боковое положение местом ранения вниз.
- 33.9. Типичные ошибки при декомпрессии грудной клетки:
- пункция на стороне здорового легкого;
 - пункция вне стандартных точек прокола;
 - прокол под углом, отличающимся от 90 градусов;
 - пункция по нижнему краю верхнего, риск повреждения межреберной артерии;

- прокол на глубину более 5-6 см (введение иглы на всю длину сразу);
- не проверил дыхание раненого после мероприятия.

34. Устойчивое боковое положение

- 34.1. Выпрями ближнюю к тебе руку раненого вверх по оси тела.
- 34.2. Приложи дальнюю от тебя руку раненого к его ближней от тебя щеке тыльной стороной ладони. Пальцы раненого на этой руке по возможности необходимо разогнуть.
- 34.3. Согни дальнюю от тебя ногу раненого в колене и поставь вертикально.
- 34.4. Потяни колено раненого на себя, поверни и положи раненого на бок. Используй ногу раненого как рычаг для легкого поворота.
- 34.5. Поддерживай руку раненого у его щеки во время поворота, поддерживая таким образом и голову раненого.
- 34.6. Согнутое колено раненого выведи дальше вперед и положи на землю для придания устойчивости. Поправь ногу, чтобы она не находилась на другой ноге.
- 34.7. Аккуратно подними подбородок раненого и отведи голову назад для облегчения дыхания раненого. Приоткрой рот раненого, проверь проходимость дыхательных путей и дыхание.
- 34.8. Типичные ошибки при придании раненому устойчивого бокового положения:
 - не подложил руку раненого ладонью под его щеку;
 - недостаточно выдвинул вперед ногу раненого
 - оставил ногу раненого на другой ноге;
 - не открыл рот раненого и не проверил дыхание.

35. Замена турникета

- 35.1. Разрежь или убери одежду и снаряжение и открой место кровотечения.
- 35.2. Оцени, нужно ли менять турникет. Если турникет не остановил кровотечения или расположен далее 5-8 см от раны, его нужно заменить.

- 35.3. Наложите и затяните второй турникет на голую кожу 5-8 см выше раны.
- 35.4. Ослабьте первый турникет медленно в течение 1 мин.
- 35.5. Посмотрите, не идет ли снова кровь. Если кровотечение возобновилось, затяните снова первый турникет и после этого подтяните второй турникет.
- 35.6. Проверьте, не появился ли пульс.
- 35.7. Придвиньте первый турникет к второму. Первый турникет должен быть слегка затянут, чтобы не болтался.
- 35.8. Напишите время замены турникета.
- 35.9. Типичные ошибки при замене турникета:
 - заменил турникет, который менять было не нужно;
 - ослабил первый турникет слишком быстро, риск возобновления кровотечения;
 - не проверил кровотечение после ослабления первого турникета;
 - не проверил пульс после ослабления первого турникета;
 - снял первый турникет вместо того, чтобы оставить его;
 - не придвинул первый турникет вплотную ко второму.

36. Конверсия турникета

- 36.1. Разрежьте или уберите одежду и снаряжение и откройте место кровотечения.
- 36.2. Достаньте гемостатический или простой бинт из пакета. Если бинта нет, используйте чистую ткань.
- 36.3. Плотно уложите бинт, не ослабляя давление.
- 36.4. Правильно: бинт плотно уложен внутри. Сверху остаток бинта должен возвышаться на 2-5 см.
- 36.5. Неправильно: бинт уложен только сверху, а не плотно внутри раны.
- 36.6. Надавите и держите 5 минут, если бинт с гемостатиком и 10 минут, если бинт без гемостатика.
- 36.7. Наложите давящую повязку на рану.
- 36.8. Ослабьте турникет медленно за 1 мин.
- 36.9. Посмотрите, не идет ли снова кровь. Если кровотечение возобновилось, затяните снова турникет. Убедитесь, что

кровотечение остановлено и пульс на конечности отсутствует.

36.10. Типичные ошибки при конверсии турникета:

- ошибки тугой тампонады раны см. рекомендацию 23. Тугая тампонада раны;
- ошибки наложения давящей повязки см. рекомендацию 24. Давящая повязка;
- ослабил турникет слишком быстро, риск возобновления кровотечения;
- не проверил кровотечение после ослабления турникета.

37. Измерение пульса

37.1. Выпрями средний и указательный палец своей ведущей руки.

37.2. Приложи пальцы к точке измерения пульса, посчитай удары за 15 секунд. Если пульс не прощупал, слегка надави пальцами и найди место пульсации. Будь осторожен, не причини вреда раненому.

37.3. Умножь на 4, получишь пульс в ударах в минуту.

37.4. Запястья - точки сбоку от связок под большим пальцем, чуть ниже костей запястья.

37.5. Шея - точки сбоку от горла на обеих сторонах.

37.6. Пах - точка посередине между лобковой костью и выступающей вперед частью подвздошной тазовой кости

37.7. Ноги - точки между боковой косточкой и Ахиллесовым сухожилием.

37.8. Стопы - точки снаружи сухожилия большого пальца.

37.9. Типичные ошибки при измерении пульса:

- измерение пульса большим пальцем.

38. Тазовый пояс

38.1. Проверь и освободи карманы раненого в области бедер.

38.2. Пропусти тазовый пояс под коленями или под поясницей. Тянущими движениями смещай пояс до уровня нижней половины ягодиц.

38.3. Продень ленту через рамку и натяни до плотного прилегания пояса.

- 38.4. Запомни цвет индикатора на перегибе ленты с рамкой.
- 38.5. Потяни за концы пояса в стороны до появления индикатора такого же цвета.
- 38.6. Не ослабляй натяжения и закрепи конец пояса на липучке.
- 38.7. Зафиксируй бедра в области коленей.
- 38.8. Если нет тазового пояса, разрежь штаны раненого, используй их в качестве пояса. Возможно использование других подручных средств (термоодеяло, две сцепки по два турникета, комбинация мягкой шины или шины Крамера с турникетом).
- 38.9. Завяжи разрезанные штаны узлом, зафиксируй таз.
- 38.10. Зафиксируй бедра раненого в области коленей и свяжи ступни вместе.
- 38.11. Типичные ошибки при наложении тазового пояса:
 - разместил пояс выше или ниже уровня нижней половины ягодич
 - не освободил карманы раненого в области бедер;
 - не затянул тазовый пояс до нужного индикатора;
 - не зафиксировал бедра в области коленей.

39. Ранение глаза

- 39.1. Придай раненому удобное положение, обеспечь доступ к раненому глазу.
- 39.2. Сними шлем, если необходимо.
- 39.3. Осмотри глаз, обрати внимание на инородные тела, разрывы, отек. Если проникающее ранение глаза не очевидно, считай любое ранение проникающим.
- 39.4. Если в глазу находится инородное тело, не извлекай его.
- 39.5. При ожоге лица с поражением глаз положи на веки марлевые салфетки, пролитые физраствором.
- 39.6. Закрой глаз щитком, не касаясь содержимого и/или инородного тела. Запрещается использовать перевязочный пакет или давящую повязку.
- 39.7. Поставь щиток на кости глазницы. Убедись, что щиток не касается содержимого глазницы и/или инородного тела.

- 39.8. Если глазной щиток недоступен или касается содержимого глазницы, используй подручные предметы вместо глазного щитка.
- 39.9. Закрепи щиток скотчем наискосок по направлению от лба к щеке.
- 39.10. Также можно использовать защитные очки вместо глазного щитка. Закрепи очки скотчем наискосок по направлению от лба к щеке.
- 39.11. Если обстановка позволяет, закрой второй глаз раненого повязкой, которую раненый может легко снять при необходимости.
- 39.12. Типичные ошибки при оказании первой помощи при ранении глаза:
 - пытался вправить содержимое глаза;
 - оказал давление на глаз;
 - извлек инородное тело из глаза.

40. Ожоги

- 40.1. Небольшой огонь сбей рукой в перчатке.
- 40.2. Большой огонь сбей из огнетушителя (при наличии), используй подручные средства (накидку, брезент, закидывание песком, землей). Не позволяй горящему бегать, это раздувает пламя.
- 40.3. При видимых ожогах лица проверь проходимость дыхательных путей и постоянно ее контролируй.
- 40.4. Разрежь и аккуратно убери одежду вокруг ожога, но не отрывай прилипшую ткань.
- 40.5. Если ожог на руке, сними часы, браслет, кольца и другие украшения, положи в карман раненого. Если снять часы/украшения невозможно, используй тактические кусачки.
- 40.6. Наложить стерильную сухую повязку на место ожога. Если есть противоожоговые гели или салфетки, наложи на место ожога, сверху накрой повязкой.

- 40.7. Укрой раненого от переохлаждения. Дай теплое питье если может пить. Чем больше площадь ожогов, тем больше питья.
- 40.8. Типичные ошибки при оказании первой помощи при ожогах:
 - оторвал прилипшую одежду;
 - вскрыл ожоговый пузырь;
 - намазал область ожога маслом или жирной мазью.

41. Инородное тело

- 41.1. Открой место ранения с инородным телом, сняв или разрезав одежду.
- 41.2. Подготовь перевязочный материал.
- 41.3. Останови кровотечение, если необходимо.
- 41.4. Держи инородное тело во время перевязки, чтобы оно не двигалось.
- 41.5. Закрепи инородное тело на своем месте при помощи стерильных повязок и подушечек (при наличии). Вокруг инородного тела должен быть валик из повязок для стабилизации.
- 41.6. Полностью закрой инородное тело, если это возможно
- 41.7. Закрепи весь материал перевязки.
- 41.8. Наложить шину, если ранена конечность.
- 41.9. Ослабь бинты, закрепляющие шину, если пульс на конечности не определяется.
- 41.10. Типичные ошибки при оказании первой помощи при обработке инородного тела:
 - извлек инородное тело из раны;
 - не создал вокруг инородного тела валик из повязок;
 - не зафиксировал инородное тело в ране;
 - не закрыл инородное тело сверху дополнительной повязкой;
 - оказал давление на инородное тело при наложении повязки.

42. Открытая рана живота

- 42.1. Положи раненого на спину, согни ноги.

- 42.2. Разрежь одежду, расстегни штаны, открой и осмотри рану. Не извлекай органы и не заправляй их обратно в брюшную полость.
- 42.3. Полей рану и выпавшие органы чистой и теплой водой, смой грязь.
- 42.4. Закрой органы влажной повязкой. Убедись, что повязка полностью закрывает выпавшие органы. Не прикасайся к выпавшим органам голыми руками, используй повязку и/или перчатки.
- 42.5. Положи сверху пленку, которая не пропускает влагу (полиэтилен, стрейч-пленка, кусок спасательного одеяла и т.п.) для предотвращения высыхания.
- 42.6. Закрепи пленку липкой лентой/бинтом/эластичным бинтом. При отсутствии пленки, поддерживай повязку влажной. Не оказывай давления на рану и выпавшие органы.
- 42.7. Укрой раненого от переохлаждения. По возможности используй активное согревание
- 42.8. Обеспечь контроль состояния раненого, следи за возможным появлением признаков шока.
- 42.9. Типичные ошибки при оказании первой помощи при обработке инородного тела:
 - пытался вправить выпавшие органы;
 - не закрыл выпавшие органы влажной повязкой;
 - не наложил полиэтиленовую пленку;
 - оказывал давление на рану и/или выпавшие органы;
 - не укрыл раненого от переохлаждения.

43. Мягкая шина

- 43.1. Определи, где находится место перелома. По возможности расположи конечность в естественном или привычном положении, избегая резких движений.
- 43.2. Проверь пульс и чувствительность ниже места перелома. Проверь, может ли раненый двигать конечностью/пальцами.
- 43.3. Сними с раненого украшения, часы, одежду и/или обувь, если это необходимо, чтобы предотвратить пережатие конечности при отёке.

- 43.4. Убедись, что открытые раны перевязаны и нет кровотечения.
- 43.5. Выбери и подготовь к наложению шину, а также необходимые материалы для закрепления шины (бинт, бандаж, армированный скотч). Смоделируй шину по здоровой конечности.
- 43.6. Наложить шину в естественном или привычном положении (по возможности), избегай резких движений.
- 43.7. Закрепи шину с помощью материалов. Заполни все пустоты внутри шины, защити костные выступы. При наличии жгутов/турникетов шина не должна скрывать их из виду.
- 43.8. Закрепи суставы выше и ниже места перелома. Закрепи поврежденную конечность к туловищу или к другой конечности. При необходимости используй две и более шины, соединенные скотчем.
- 43.9. Проверь пульс ниже места перелома. Ослабь бинты, если пульса нет.
- 43.10. Типичные ошибки при оказании первой помощи при наложении мягкой шины:
 - не проверил сопутствующие травмы и раны;
 - двигал раненого и/или конечностью раненого при наложении шины;
 - не зафиксировал сустав выше и сустав ниже перелома;
 - не закрепил поврежденную конечность к туловищу или к другой конечности.

44. Жесткая шина

- 44.1. Определи, где находится место перелома. По возможности расположи конечность в естественном или привычном положении, избегая резких движений.
- 44.2. Проверь пульс и чувствительность ниже места перелома. Проверь, может ли раненый двигать конечностью/пальцами.
- 44.3. Сними с раненого украшения, часы, одежду и/или обувь, если это необходимо, чтобы предотвратить пережатие конечности при отёке.

- 44.4. Убедись, что открытые раны перевязаны и нет кровотечения.
- 44.5. Выбери подходящий материал для шины (доски, палки, сложенный картон), а также необходимые материалы для закрепления шины (бинт, бандаж, армированный скотч).
- 44.6. Наложить шину в естественном или привычном положении (по возможности), избегай резких движений.
- 44.7. Закрепи шину с помощью материалов. Заполни все пустоты внутри шины, защити костные выступы. При наличии жгутов/турникетов шина не должна скрывать их из виду. Концы повязок подоткни, чтобы не болтались.
- 44.8. Заполни все пустоты внутри шины, защити костные выступы мягкой подложкой.
- 44.9. Закрепи суставы выше и ниже места перелома. Закрепи поврежденную конечность к туловищу или к другой конечности.
- 44.10. Проверь пульс ниже места перелома. Ослабь бинты, если пульса нет.
- 44.11. Типичные ошибки при оказании первой помощи при наложении жесткой шины:
 - не проверил сопутствующие травмы и раны;
 - двигал раненого и/или конечностью раненого при наложении шины;
 - не зафиксировал сустав выше и сустав ниже перелома;
 - не закрепил поврежденную конечность к туловищу или к другой конечности.

45. Перенос в одиночку за руку или жилет

- 45.1. Возьми раненого за лямку жилета (максимально близко к плите), за обмундирование, за специальную ручку на жилете или за руку. Правой рукой берись за левую руку раненого (левую лямку жилета) и наоборот.
- 45.2. Убедись, что жилет застегнут на раненом. Убедись, что ручка для переноски надежно закреплена на жилете. Помни, что возможен отрыв лямки (ручки) жилета.

- 45.3. Тащи быстрыми, короткими рывками. Соблюдай осторожность, чтобы не травмировать раненого. Следи за тем, чтобы плита жилета не перекрыла дыхательные пути раненого. Во время переноса по возможности нагибайся вперед.
- 45.4. Применяй данный способ в крайнем случае, если нет других возможностей.

46. Перенос в одиночку за подмышки

- 46.1. Встань на колени над раненым (раненый при этом лежит на спине).
- 46.2. Возьми раненого за подмышки/лямки. Убедись, что жилет застегнут на раненом. Помни, что возможен отрыв лямок жилета.
- 46.3. Приподнимись, придерживая голову раненого своими предплечьями.
- 46.4. Встань и тащи раненого назад в положении полусидя. Следи за тем, чтобы плита жилета не перекрыла дыхательные пути раненого.
- 46.5. При движении вниз/вверх по лестнице тащи особенно аккуратно. Поддерживай раненого и спускай/поднимай постепенно по одной ступеньке.
- 46.6. Используй данный способ для переноса вверх и вниз по лестнице и на короткие дистанции.

47. Перенос в одиночку на спине

- 47.1. Раненый должен быть в сознании.
- 47.2. Присядь спиной к раненому, дай раненому обхватить тебя вокруг шеи. Руки раненого должны быть в естественном положении, чтобы избежать травм.
- 47.3. Одна рука раненого на плече, другая под мышкой.
- 47.4. Возьми раненого за руку, которая у тебя на плече.
- 47.5. Подними раненого, используй ноги, а не спину. Помести раненого как можно выше.
- 47.6. По возможности не наклоняйся сильно вперед, не напрягай и береги спину.

47.7. Применяй данный способ при переносе на средние дистанции (50-300 метров).

48. Перенос в одиночку поддержка

- 48.1. Раненый должен быть в сознании.
- 48.2. Своей ведущей рукой возьми раненого за руку или за рукав и заведи себе за шею.
- 48.3. Правой рукой бери за правую, левой за левую. Прижми руку раненого к своей груди.
- 48.4. Другой рукой обхвати раненого за талию, возьми за ремень или за одежду.
- 48.5. Веди раненого, плотно поддерживая его.

49. Перенос вдвоем за руку или жилет

- 49.1. Возьмите раненого за лямку жилета (максимально близко к плите), за обмундирование, за специальную ручку на жилете или за руку. Правой рукой беритесь за левую руку раненого (левую лямку жилета) и наоборот.
- 49.2. Убедитесь, что жилет застегнут на раненом. Убедитесь, что ручка для переноски надежно закреплена на жилете. Помните, что возможен отрыв лямки (ручки) жилета.
- 49.3. Тащите быстрыми, короткими рывками. Соблюдайте осторожность, чтобы не травмировать раненого. Следите за тем, чтобы плита жилета не перекрыла дыхательные пути раненого. Во время переноса по возможности нагибайтесь вперед.
- 49.4. Применяйте данный способ в крайнем случае, если нет других возможностей.

50. Перенос вдвоем за ноги и подмышки

- 50.1. Раненый лежит на спине, руки вдоль туловища.
- 50.2. Спасатели встают лицом к ногам раненого каждый на одно колено.
- 50.3. Первый спасатель встает над головой раненого.
- 50.4. Второй спасатель встает между ногами раненого.
- 50.5. Первый спасатель просовывает руки под мышками раненого и делает руками замок на груди раненого.

- 50.6. Второй спасатель берет ноги раненого под коленями. Если одна нога ранена, ее нужно положить на здоровую ногу.
- 50.7. Поднимите вместе на счет «три».
- 50.8. Шагайте вперед в ногу на счет «раз-два».

51. Перенос вдвоем поддержка

- 51.1. Встаньте каждый на одно колено рядом с раненым.
- 51.2. Поднимите раненого в сидячее положение.
- 51.3. Возьмите каждый ближайшую руку раненого, заведите себе за шею. Прижмите руку раненого к своей груди.
- 51.4. Обхватите раненого за талию, возьмите за ремень или одежду. Держите руки за спиной раненого крест-накрест, по возможности не сгибая в локтях.
- 51.5. Поднимите и держите раненого, двигаясь вперед.
- 51.6. Вариант - возьмите раненого за ноги и поднимите их, двигаясь вперед.