

ИНСТРУКЦИЯ

Индивидуальная полевая аптечка для оказания первой помощи: (серии ИПА1)



Рис. 1 Содержание индивидуальной полевой аптечки для оказания первой помощи ИПА1

1. Подсумок с пряжкой фастекс; 2. Вкладыш на пружинной стропе; 3. Назофарингеальный воздуховод; 4. Химический источник света; 5. Перчатки медицинские; 6. Пакет перевязочный медицинский индивидуальный; 7. Декомпрессионная игла; 8. Ручка (маркер); 9. Бинт марлевый Z-образный; 10. Оклюзионный пластырь; 11. Лейкопластырь рулонный 5 x 500 см; 12 Лейкопластырь рулонный 1,5 x 500 см; 13. Ножницы косые; 14. Карточка оказания тактической медицинской помощи; 15. Гомеостатический бинт; 16. Жгут кровоостанавливающий.

Комплектация

| № п/п | Наименование вложения | Нормативный документ | Форма выпуска (размеры) | Количество (шт., уп.) |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| 1 | Изделия медицинского назначения для временной остановки наружного кровотечения и перевязки ран: | | | |
| 1.1 | Жгут кровоостанавливающий | ГОСТ Р ИСО 10993-99 (NSN 6515-01-521-7976) | | 1 шт. |
| 1.2 | Бинт марлевый Z-образный медицинский стерильный | ГОСТ 1172-93 (NSN 6510-01-503-2117) | 5 м x 10 см | 1 шт. |
| 1.3 | Пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный с герметичной оболочкой | ГОСТ 1179-93 (NSN 6510-01-492-2275 / 6510-01-460-0849) | 5 м x 10 см | 1 шт. |
| 1.4 | Оклюзионный пластырь | (NSN 6510-01-573-0300) | 15 см x 15 см | 1 шт. |
| 1.5 | Лейкопластырь рулонный | ГОСТ Р ИСО 10993-99 | Не менее 1,5 см x 500 см | 1 шт. |
| 1.6 | Лейкопластырь рулонный | ГОСТ Р ИСО 10993-99 (NSN 6510-00-926-8883) | Не менее 5 см x 500 см | 1 шт. |
| 1.7 | Гомеостатический бинт/аликатор/гранулы | ТУ 9393-003-33129878-2016 (NSN 6510-01-562-3325) | 1 м x 10 см | 1 шт. |
| 2 | Изделия медицинского назначения для проведения легочной реанимации | | | |
| 2.1 | Назофарингеальный воздуховод | (NSN 6515-01-180-0467) | Не менее 110 мм | 1 шт. |
| 2.2 | Декомпрессионная игла для напряженного плевноторакса | NSN 6515-01-541-0635 | | 1 шт. |
| 3 | Прочие изделия медицинского назначения | | | |
| 3.1 | Ножницы косые для разрезания повязок, одежды и амуниции (по Листеру) | ГОСТ 21239-93 (NSN: 6515-01-538-9276) | | 1 шт. |
| 3.2 | Перчатки медицинские нестерильные, смотровые | ГОСТ Р ИСО 10993-99 (NSN 6515-01-519-9161) | Размер не менее М | 1 пара |
| 4 | Прочие средства | | | |
| 4.1 | Источник химического света | | 15 см | 1 шт. |
| 4.2 | Инструкция по использованию изделий медицинского назначения индивидуальной полевой аптечки для оказания первой помощи | | | 1 шт. |
| 4.3 | Футляр/подсумок или сумка санитарная | NSN 6545-01-530-0929 | | 1 шт. |
| 4.4 | Карточка оказания тактической медицинской помощи раненым | | | 1 шт. |
| 4.5 | Авторучка (маркер) | ГОСТ 28937-91 | | 1 шт. |

* Производитель оставляет за собой право вносить изменения, не ухудшающие характеристики изделия без уведомления потребителя.

Порядок и правила использования средств медицинского назначения, входящих в «Индивидуальную полевая аптечка для оказания первой помощи ИПА1»

Индивидуальная полевая аптечка для оказания первой помощи ИПА1 предназначена для оказания первой экстренной доврачебной само- и взаимопомощи на месте ранения.

Индивидуальная полевая аптечка для оказания первой помощи ИПА1 укомплектована в основной медицинский подсумок быстрого доступа с возможностью крепления на любые боевые платформы с MOLLE / PALS интерфейсом. Подсумок имеет один отсек, который закрывается клапаном на пряжку фасткекс и имеет дополнительную фиксацию на липучку.

Внутри подсумка размещается вкладыш, на котором размещаются основные вложения, и который крепится к основанию подсумка при помощи пружинной стропы. В днище подсумка аптечки имеется люверс для слива попавшей внутрь воды.

Подсумок быстрого доступа индивидуальной полевой аптечки для оказания первой помощи ИПА1 крепится к снаряжению в доступном месте, которое обеспечивает к нему доступ любой свободной рукой. Индивидуальная полевая аптечка для оказания первой помощи ИПА1 комплектуется средствами медицинского назначения исходя из опыта медицинских подразделений, участвующих в боевых действиях и алгоритма, общепризнанного курса «ТССС» (Руководства по оказанию доврачебной помощи в боевых условиях).

Первым в алгоритме ТССС (Руководства по оказанию доврачебной помощи в боевых условиях) стоит необходимость остановки критических кровотечений. Для этого используется кровоостанавливающий жгут или «жгут турникет», компрессионный бандаж (индивидуальный перевязочный пакет), а также гемостатический бинт – наиболее важные элементы аптечки для остановки критических кровотечений.

Кровоостанавливающий жгут

Жгут турникет – современное, компактное и высокоэффективное средство для остановки кровотечений любого типа и интенсивности. Он подходит для применения в домашних, амбулаторных и военно-полевых условиях. Жгут имеет вид ремня со специальным карабином регулировки плотности затягивания. Фиксация липучкой позволяет применить изделие в самых экстремальных условиях даже одной рукой. Жгут турникет можно использовать при любой погоде.

Когда вы должны применять турникет?

- Если видите быстро растекающуюся лужу крови;
- Если вы видите толчковые выбросы крови;
- Если произошла травматическая ампутация;
- Если произошло сдавливание конечности с кровотечением и невозможностью остановить его другими способами;
- Если альтернативные методы временной остановки кровотечений невозможны;

Принцип применения турникета-жгута

- Используйте оригинальный эффективный турникет. Если нет турникета тогда резиновый жгут, если и он не доступен – импровизируйте. Было доказано, что правильная техника использования и хорошие (надежные) составляющие импровизации также эффективно останавливают кровотечения. Проблема с импровизированными турникетами заключается в том, что нужно знать правила их изготовления, техники использования;
- Накладывать турникет желательно на голую кожу, предотвратить скольжение и эффективность сжатия;
- Под турникетом ничего не должно быть посторонних предметов и деталей амуниции;
- Жгут должен быть наложен чуть выше раны (примерно на 3 пальца 5-7 см);
- Жгут может быть наложен по правилу "высоко и туго" если есть многочисленные травмы конечности;
- Жгут нужно затягивать воротком до остановки кровотечения (не 2-3-4 оборота). Может потребоваться наложение второго жгута если первый недостаточно эффективен (наложенного выше первого);
- Напишите время и дату на жгуте и на щеке перманентным маркером;

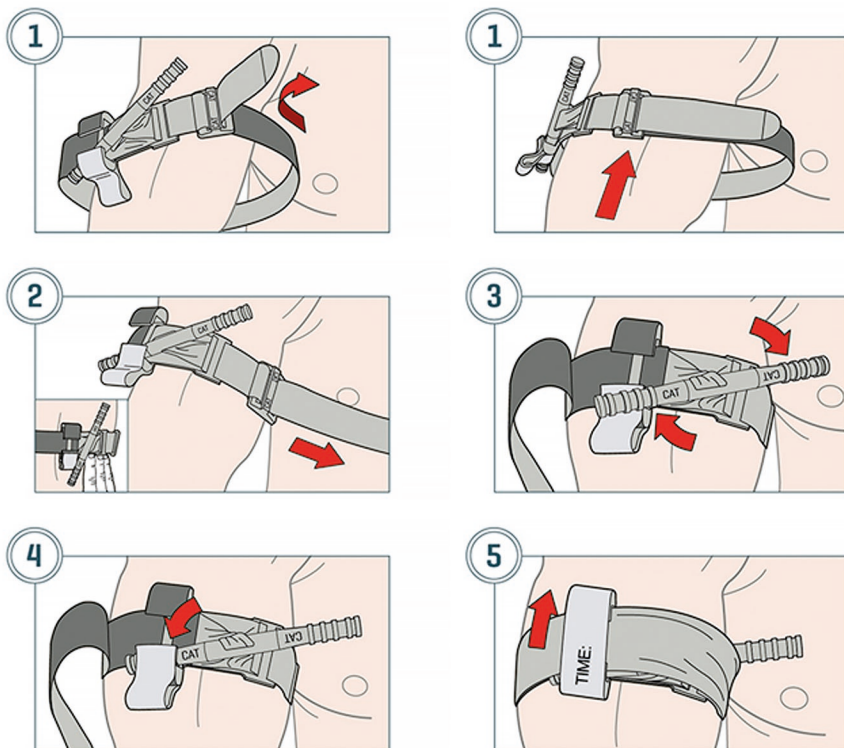


Рис. 2 Порядок установки жгута типа «Турникет»

По возможности не следует накладывать жгут:

- На среднюю треть плеча, где лучевой нерв лежит на кости и легко травмируется;
- Нужно избегать наложения жгута на нижнюю треть бедра, так как бедренная артерия в этом месте проходит через гунтеров канал и сдавить ее без травмирования мягких тканей не удастся;
- Нужно избегать наложения жгута на предплечье и голень, так как велика вероятность перелома костей, а эффективность остановки кровотечения не велика;

ВАЖНО: Любой пострадавший, у которого наложен турникет, при сортировке, относится к группе эвакуации – Срочная

Турникеты - жгуты эффективны и уместны, но только если их использование оправдано, и человек, их применяющий, понимает, что он делает, как это сделать и почему.

Есть данные, подтверждающие негативные последствия неправильного или длительного использования турникетов- жгутов: повреждение нервов, мышц, некроз кожи, смерть от попытки ослабить турникет.

Ишемия

Проблемой является повреждение тканей из-за потери кровообращения. Непрерывное применение более чем 2 часа может привести к повреждению нервов, мышц и некрозу.

Синдром длительного сдавливания (СДС)

Более серьезная проблема это СДС, которая может повлиять как на жизнь, так и на пострадавшую конечность. Сдавливание и повышенное давление внутри участка поврежденной конечности, приводит к повреждению нервов из-за отсутствия кровоснабжения. В следствии отсутствия кислорода ткани воспаляются и выделяют токсины, которые и могут стать причиной смерти пострадавшего.

Временное послабление турникета-жгута

Есть такая практика, как временное послабление турникета-жгута на короткое время или полное послабление при альтернативном способе контроля кровотечения; В этом есть большое, НО. Главное, что это угроза не потери конечности, а потери жизни! Это ответственность за принятие такого решения! Для этого должны быть знания и навыки.

Запомните несколько правил:

1. Если время эвакуации в медицинское учреждение меньше чем 1 час, то даже не думай о послаблении;
2. Если время нахождения турникета-жгута 6 часов и более, то даже не думай о послаблении;
3. Если произошла травматическая ампутация, сдавливание конечности, пострадавший в состоянии геморрагического шока, то даже не думай о послаблении;

Боль!

Привильно наложенный турникет-жгут болезнен. Даже после обезболивания пострадавшего наркотическими препаратами он чувствует эту боль. Что нужно помнить - что иногда пострадавший будет пытаться снять с себя турникет-жгут и вы должны этого не допустить.

Различают артериальное, венозное, капиллярное.

Артериальное кровотечение наиболее опасно: за короткое время человек теряет большое количество крови, вытекающей под большим давлением. Кровь ярко-красного (алого) цвета бьет пульсирующей струёй. Этот вид кровотечения возникает при глубоких рубленых, колотых ранах. Если повреждены крупные артерии, аорта, в течение нескольких минут может произойти кровопотеря, не совместимая с жизнью.

Венозное кровотечение возникает при повреждении вен, в которых кровяное давление значительно ниже, чем в артериях, и кровь (она темно-вишневого цвета) вытекает медленнее, равномерной и непрерывной струёй. Венозное кровотечение менее интенсивно, чем артериальное, и поэтому редко носит угрожающий жизни характер. Однако при ранении вен шеи и грудной клетки в момент глубокого вдоха в просвет вен может втягиваться воздух. Пузырьки воздуха, проникая с током крови в сердце, могут вызвать закупорку его сосудов и стать причиной молниеносной смерти.

Капиллярное кровотечение возникает при повреждении мельчайших кровеносных сосудов (капилляров). Оно бывает, например, при поверхностных ранах, неглубоких порезах кожи, ссадинах. Кровь из раны вытекает медленно, по каплям, и если свертываемость крови нормальная, кровотечение прекращается самостоятельно.

По возможности не следует накладывать жгут:

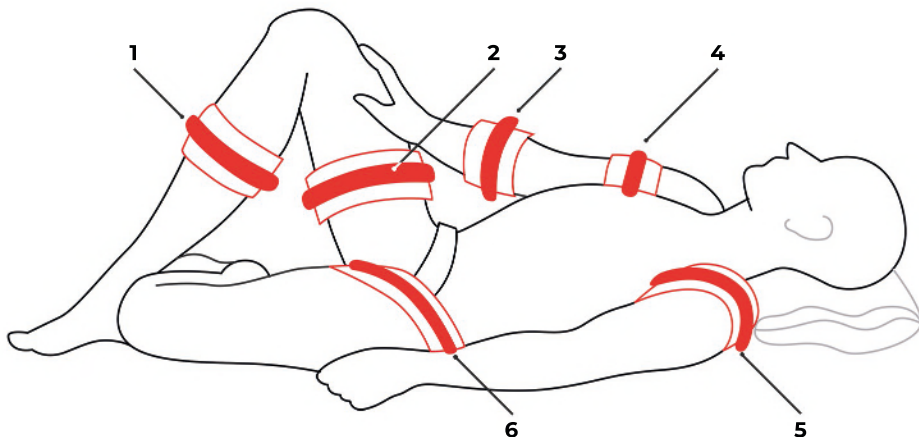


Рис. 3 Места для наложения жгута

1. Голени;
2. Голени и коленного сустава;
3. Кисти;
4. Предплечья и локтевого сустава;
5. Плеча с фиксацией на туловище;
6. Бедра с фиксацией на туловище.

Если характер ранений и условия предполагают применение средств бинтования и тампонады, то используются кровоостанавливающий Z-сложенный бинт и кровоостанавливающий компрессионный бинт.

Кровоостанавливающие (гемостатическое) средство

Кровоостанавливающие (гемостатическое) средство – это группа препаратов, которые при контакте с кровью формируют кровяной сгусток, закупоривающий место разрыва сосуда. Они используются при оказании экстренной доврачебной помощи при наличии обильного кровотечения.

Как показывает статистика, при наличии травм более 50% раненых умирают именно от кровотечения, так и не дождавшись медицинской помощи. Наложение жгутов и тугих повязок не всегда позволяет достичь желаемого результата, как это возможно при использовании кровоостанавливающих (гемостатических) средств.

Преимуществами гемостатических препаратов являются: Полная стерильность, что при правильном наложении не вызывает инфицирования раны. Не всасывается в кровь и не накапливается в организме. Удобен в использовании, может спасти жизнь в критических ситуациях.

Гемостатический эффект базируется на уникальной способности кровоостанавливающих (гемостатических) средств к влагопоглощению. При непосредственном контакте с выделяемой кровью происходит захват воды, а сама кровь становится более концентрированной, что позволяет в кратчайшие сроки запустить естественный механизм гемостаза (свертывания крови). Это способствует быстрому формированию кровяного сгустка, который закупоривает место повреждения сосуда и кровотечение прекращается.

Кровоостанавливающие (гемостатическое) средство бывает нескольких видов:

- Перевязочные средства (гели)
- Аппликаторы
- Порошки

Перевязочные средства (гели)

Кровоостанавливающие (гемостатическое) средство в виде перевязочного материала представлен небольшим отрезком стерильного бинта или салфетки, пропитанной в гемостатике. Каждый такой бинт упакован с индивидуальную герметичную упаковку, после вскрытия которой вторичному использованию бинт не подлежит.

Гемостатические бинты применяют для тампонирования глубоких сосудов, доступ к которым ограничен. Для купирования кровотечения необходимо очистить рану от кровяных сгустков и промыть водой, после чего приложить салфетку и плотно придавить ее рукой к очагу кровотечения на 2-3 минуты. За это время сформируется псевдосгусток, который ликвидирует кровотечение. В том случае, когда после использования одной упаковки бинта кровотечение не остановилось, вскрывают следующую и прикладывают к ране. Показано тугое бинтование и наложение валика из стерильного бинта, что усилит компрессию. Для вторичного использования препарат не подходит.

Аппликаторы

Этот вид кровоостанавливающих (гемостатических) средств представлен в виде туба с тонким наконечником. Внутри его содержится специальное жидкое вещество, запускающее механизм свертывания крови. Аппликатор позволяет купировать глубокие кровотечения, куда с помощью салфетки, бинта и порошка не достать. Единственным недостатком аппликатора является тот факт, что при неправильном его использовании можно спровоцировать усиление кровотечения по причине дополнительного травмирования кровотока сосуда. Аппликаторы подходят для остановки кровотечений при проникающих ранениях, глубоких ножевых ранах, а также огнестрельных ранениях.

Содержимое туба вводят под давлением в кровоточащую полость, после чего плотно прижимают рукой со стерильным бинтом. При отсутствии эффекта спустя 4-5 минут, может использоваться вторая порция препарата.

Порошки

Порошкообразные кровоостанавливающие (гемостатические) средства являются самыми распространенными и эффективными. Принцип их действия заключается в максимальном поглощении воды из общего объема выделяемой крови, что сгущает ее и способствует образованию кровяного сгустка.

При контакте с водой, содержащейся в крови происходит термореакция, в результате которой выделяется тепло. Для минимизации термического ожога после нанесения порошка на рану рекомендуется прижать рану с помощью стерильного бинта. Если после первого нанесения кровотечения не остановилось, через 5-7 минут можно использовать новый пакет или наложить жгут.

Независимо от формы гемостатика, существует единая схема применения кровоостанавливающих (гемостатических) средств:

- Очистить рану от кровяных сгустков, пыли и посторонних микрочастиц с помощью промывания прохладной водой и марлевой салфетки;
- Ввести гемостатическое средство в рану и плотно прижать стерильным бинтом;
- Если кровотечение не остановилось спустя 3-5 минут, то манипуляцию повторяют, предварительно удалив остатки предыдущего вещества;
- При отсутствии эффекта накладывают кровоостанавливающий жгут.

Входящий в состав индивидуальной полевой аптечки для оказания первой помощи (серии ИПА) кровоостанавливающий бинт, сложенный Z – гармошкой (гемостатический бинт) применяют для остановки артериального и венозного кровотечений.

После извлечения из герметичной упаковки Z-сложенный бинт сразу готов к применению. Благодаря своей форме и укладке, бинтом легко тампонировать рану и извлекать его из нее после использования. Кровоостанавливающий бинт имеет рентгеноконтрастную полосу, чтобы можно было увидеть его на рентген аппарате во время диагностики ранений при оказании госпитальной помощи.

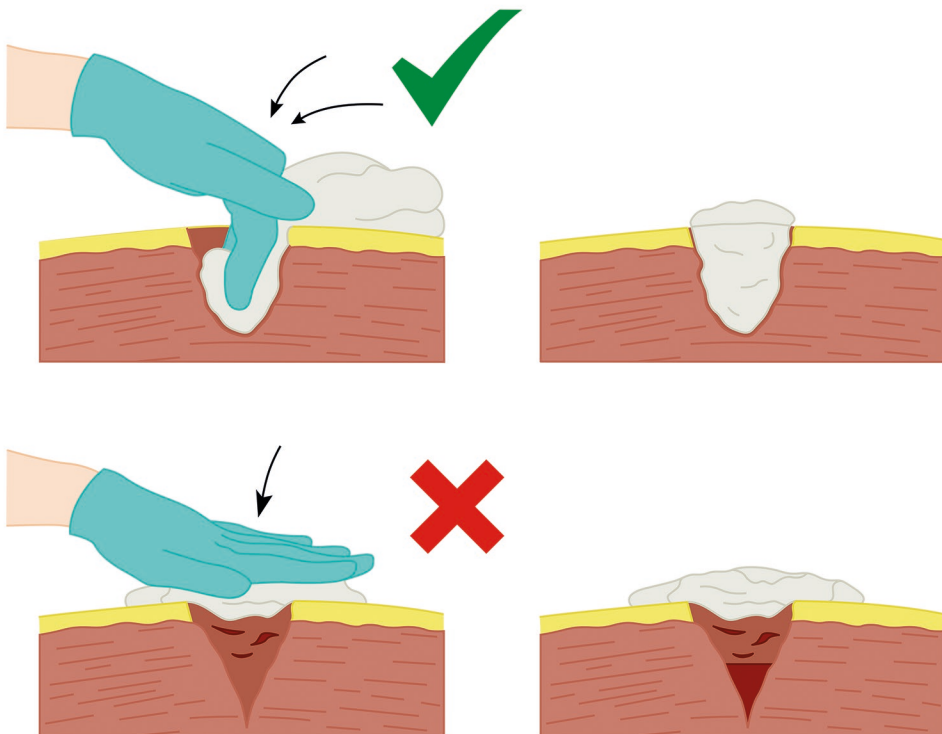


Рис. 4 Правила тампонирувания раны

При тампонаде колотых, резаных или пулевых ранений, бинт максимально плотно вводится в рану с учетом расположения кровеносных сосудов. При этом гемостатическая пропитка способствует более быстрому сворачиванию крови. После тампонирувания рана бинтуется компрессионным бинтом, который плотно стягивает область ранения. Кровоостанавливающий компрессионный бинт способствует эффективной остановке кровотечения за счет создания давления в ране и быстрого формирования кровяного сгустка.

Компрессионная полевая перевязочная повязка (ИПП) 4" (FCP-01)

Компрессионная полевая перевязочная повязка (ИПП) типа FCP-01 4" - это специальный компрессионный бандаж - повязка для перевязки ран с обильным кровотечением.

Тактический бинт для обработки травм и предотвращения кровотечения шириной 10 см предназначен для обработки как небольших, так и представляющих опасность для жизни ран. Благодаря ряду инновационных решений бинт позволяет быстро останавливать кровотечения как в полевых, так и в стационарных условиях. Встроенный аппликатор давления способен оказывать давление в 13 кг непосредственно на рану. Удерживающий фиксатор крепится на бинт простым и интуитивно понятным движением, а также может быть использован для оказания дополнительного давления на пораженный участок. К достоинствам компрессионной повязки также можно отнести систему контроля, исключающую самопроизвольное разматывание бинта, а также петлевую ручку, фиксирующую бинт и позволяющую ему надежно защищать рану. Петля также помогает правильно закрепить бинт при самостоятельном наложении повязки даже одной рукой. Бинт находится в двойной вакуумной упаковке, что гарантирует его стерильность, а отрывные насечки по бокам позволяют открыть пакет быстро и легко.

1. Упаковка

Упаковка состоит из двух слоев: первый - внешняя оболочка серого цвета, второй - внутренняя прозрачная утягивающая пленка, обеспечивающая стерильность бандажа даже при повреждении внешнего слоя. Таким образом, повязка имеет два слоя защиты от грязи герметична даже в том случае, если внешняя упаковка повредилась или надорвана.

Благодаря гладкости внутренней стороны верхней упаковки, после вскрытия ее можно использовать в качестве окклюзионной повязки (перекрывающей доступ воздуха к ране, для герметизации). Это позволяет закрыть пулевое ранение или входящее проникающее отверстие при ранениях грудной клетки в экстренных ситуациях (например, при отсутствии герметика для пневмотракса).

Из обоих слоев упаковки полностью откачан воздух, что позволяет отодвинуть срок годности на немислимые пределы. Также, благодаря двойной вакуумной упаковке, в невскрытом состоянии повязка практически не занимает места и имеет почти вдвое меньший размер, нежели в распакованном виде. Более того: она полностью герметична, что позволяет ей не бояться дождя и прочих "вредных" для перевязочных средств погодных условий.

2. Компрессионный бандаж-повязка

Сам по себе компрессионный бандаж представляет гибрид бинта, ИПП (индивидуального перевязочного пакета), медицинского турникета для перетягивания конечности и плотной давящей повязки. Он имеет три основных слоя: эластичное (тянущееся) перевязочное полотно, сорбционную подушечку для наложения на рану и пластиковый зажим для утягивания.

3. Давящая подушечка

Основной частью бандажа является сорбционная (впитывающая) давящая подушечка. Она состоит из нескольких слоев, напоминая "слоеный пирог": одна часть слоев впитывает жидкость, другая - наоборот, немного задерживает. Это позволяет подушечке равномерно впитывать жидкость, распределяя впитывание по всей поверхности.

Подобный подход упрощает случаи обильного кровотечения, когда очаг кровотечения сосредоточен в небольшой области. Благодаря высокой сорбционной способности подушечка будет набухать равномерно, частично минимизируя возможность "протечь" в каком-то одном месте.

Снаружи подушечка покрыта тонким атрауматическим слоем-прокладкой, что позволяет ей не прилипать к ране и не засыхать на раневой поверхности, а также безболезненно удаляться при перевязках.

4. Перевязочный материал

Второй частью бандажа является перевязочный материал: эластичная давящая повязка. Она используется в качестве вторичной стерильной обмотки для бинтования, а также как дополнительный сорбционный слой для впитывания излишков крови.

Благодаря специальному покрою и вертикальной прострочке, перевязочный материал эластичен лишь в длину, а не ширину. Это позволяет повязке плотно "сидеть" на конечности и не съезжать с раны. В то же время, за счет возможности растягивания материала в длину есть возможность выбрать "степень натяжки": либо утянуть рану сильнее, либо покрыть большую площадь конечности, либо намотать плотнее на одном месте.

По центру перевязочный материал имеет специальную прострочку, которая фиксирует всю длину собранной в один плотный пучок. Вест рулон как-бы "нанизан" на нить, при растягивании "отрываясь с нее". Это позволяет дозировать количество отмотанного, в то же время держа неиспользованный материал стянутым, что значительно облегчает перевязку или обматывание вокругую.

Благодаря подобной прострочке перевязочный материал не станет произвольно разматываться - даже если вы отбросите его неловким движением. В отличие от обычного бинта, рулон которого весело упрыгал бы вдаль, разматываясь и пачкаясь, перевязочный материал израильской компрессионной повязки останется висеть под рукой - можно намотать ровно столько, сколько нужно, оставив остаток неиспользованным.

На конце перевязочный материал имеет специальную планку-фиксатор, благодаря которой его можно закрепить и защитить от развязывания, "разбалтывания" и ослабления силы давления.

5. Фиксатор (апликатор давления)

Третьей частью бандажа служит крепления для утягивания - специальный "лунный компрессионный зажим", в который вставляется упомянутая выше планка. Он представляет собой пластиковую опору для обматывания в форме полумесяца — так называемый «апликатор давления», с помощью которого можно закреплять часть ткани при перемотке и фиксировать свободный конец перевязочного материала. С медицинской точки зрения фиксатор представляет собой апликатор давления. Он изготовлен в виде скобы, из-за которой на рану постоянно действует утягивающая сила. Эта скоба создает напряжение, плотно придавливающее повязку к ране, что позволяет использовать израильский бандаж одновременно как перевязочный материал, так и как кровоостанавливающий жгут.

Фиксатор позволяет в считанные секунды создавать давление, эквивалентное наложению тяжести весом до 30 фунтов (около 14 кг). Это позволяет полностью придавливать закрывающую рану подушечку, не давая кровотечению ни единого шанса.

6. Особенности

В отличие от прочих подобных средств, компрессионный бандаж может применяться одной рукой.

Он также годится для перевязки любой конечности: верхней, нижней, головы и тд.

Из-за плотного прилегания к телу (плотного прилегания к ране) компрессионный бандаж пригоден к применению на любой части тела — даже «сложных» участках, например, покатых и изогнутых, как шея, пах, ягодицы, подмышки и т.п.

Благодаря апликатору давления, компрессионная повязка прочно фиксирует пострадавшую конечность, что позволяет использовать ее как бандаж или шейный платок. Более того — одним слоем можно обмотать рану, а вторым — обездвижить конечность, примотав ее к телу, сводя на нет риск потревожить сошедшей края ранения или корку запекшейся крови.

7. Порядок применения



1. Компрессионный биндаж – повязку накладывают подушкой на рану



2. Повязку пропускают через аппликатор давления



3. Производят натяжение повязки через аппликатор давления



4. Производят намотку повязки в обратном направлении



5. Продолжают наложение повязки закрывая аппликатор давления и место раны



6. Фиксируют конец повязки при помощи специальной удерживающей скобы

Рис. 5 Порядок установки компрессионной перевязочной повязки

В отличие от прочих подобных средств, компрессионный биндаж может применяться одной рукой.

Он также годится для перевязки любой конечности: верхней, нижней, головы и т.д.

Из-за плотного прилегания к телу (плотного прилегания к ране) биндаж пригоден к применению на любой части тела — даже «сложных» участках, например, покатых и изогнутых, как шея, пах, ягодицы, подмышки и т.п.

Благодаря аппликатору давления, компрессионная повязка прочно фиксирует пострадавшую конечность, что позволяет использовать ее как биндаж или шейный платок. Более того — одним слоем можно обмотать рану, а вторым — обездвижить конечность, примотав ее к телу, сводя на нет риск потревожить сошедшиеся края ранения или корку запекшейся крови.

Пакет перевязочный индивидуальный (ИПП).

Пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный (ИПП). Предназначение, порядок и правила пользования.

Пакет перевязочный индивидуальный стерильный (ИПП) предназначен для оказания само- и взаимопомощи на месте ранения. Пакет состоит из бинта и двух прошитых ватно-марлевых подушечек, сложенных в два раза. Одна из подушечек укреплена на бинте неподвижно, другую можно легко перемещать. Пакет упакован в две оболочки: наружную прорезиненную, и внутреннюю бумажную (пергамент в три слоя). В складках бумажной оболочки находится английская булавка. Содержимое пакета стерильно.

Порядок вскрытия пакета перевязочного индивидуального показан на (рис. 6):

- Наружную оболочку разрывают по имеющемуся надрезу.
- Извлекают булавку и перевязочный материал, упакованный в бумажную оболочку.
- Бумажную оболочку снимают с помощью разрезной нитки.

Повязку разворачивают таким образом, чтобы не касаться руками тех поверхностей ватно-марлевых подушечек, которые будут прилегать к ране. Ватно-марлевые подушечки берут руками только со стороны прошитой цветными нитками.

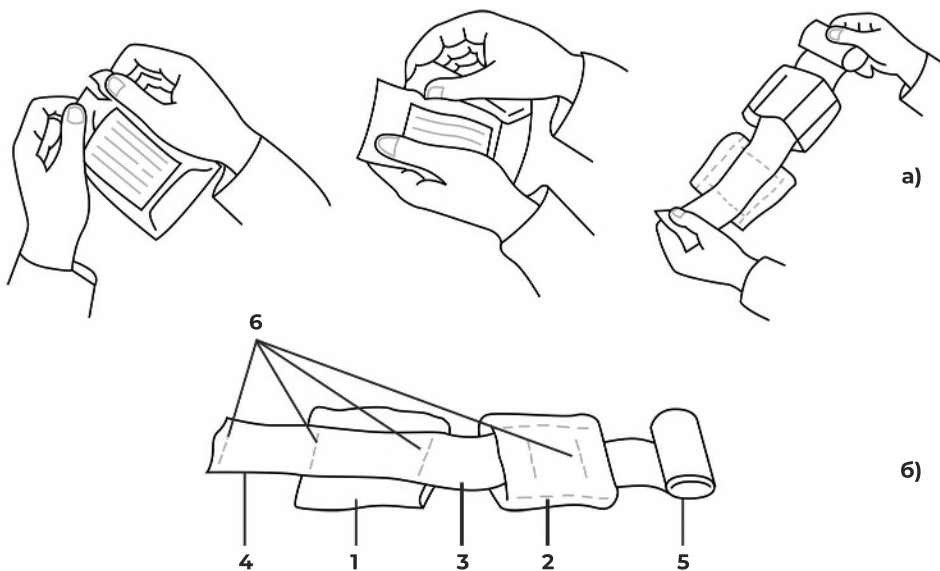


Рис. 6. Индивидуальный перевязочный пакет и порядок его вскрытия:

- Порядок вскрытия пакета;
 - Пакет в развернутом виде;
- Неподвижная подушечка;
 - Подвижная подушечка;
 - Бинт;
 - Начало бинта;
 - Головка бинта;
 - Цветные нитки.

Применение пакета перевязочного индивидуального для оказания первой помощи:

Если повязку накладывают на одну рану, вторую подушечку следует уложить поверх первой (рис. 7 б).

Если повязку накладывают на две раны, то подвижную подушечку отодвигают от неподвижной на такое расстояние, чтобы можно было закрыть обе раны (рис. 7 а).

Подушечки удерживают на ранах с помощью бинта.

Конец бинта закрепляют булавкой на поверхности повязки или завязывают.

Наружную прорезиненную оболочку ППИ применяют для наложения окклюзионной повязки при проникающем ранении грудной клетки.

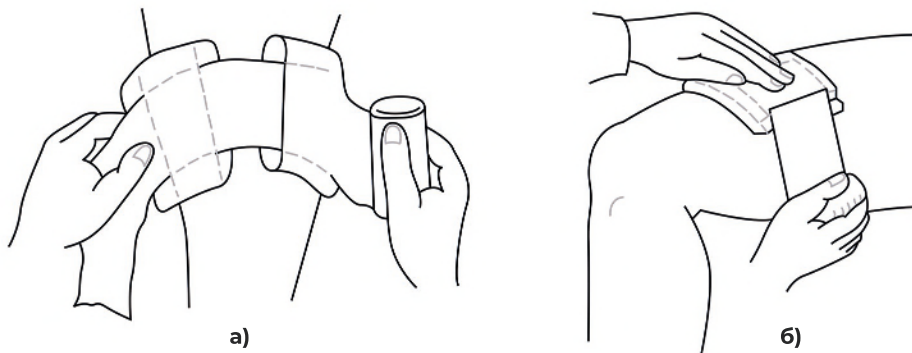


Рис. 7. Перевязка раны с применением пакета перевязочного индивидуального:

а) Перевязка двух ран;

б) Перевязка одной раны.

Общие правила наложения бинтовой повязки

Бинтовая повязка, на какую бы часть тела она ни накладывалась, может быть правильно выполнена только при соблюдении основных правил:

1. Больного следует уложить или усадить в удобное положение, чтобы бинтуемая область тела была неподвижна и доступна. В случаях ранений головы, шеи, груди, верхних конечностей, если позволяет состояние раненого, повязку удобнее накладывать, усадив пострадавшего. При ранении живота, области таза и верхних отделов бедра, повязка накладывается в положении лежа на спине, а таз пострадавшего следует приподнять, подложив под крестец сверток из одежды или скатку шинели.
2. Бинтуемая часть конечности должна находиться в положении, в каком она будет находиться после наложения повязки. Для плечевого сустава – это слегка отведенное положение плеча, для локтевого сустава – согнутое под прямым углом предплечье. Область тазобедренного сустава бинтуют при выпрямленном положении конечности, коленного сустава – конечность слегка согнута в суставе, голеностопного сустава – стопа устанавливается под углом 90 градусов к голени.
3. Бинтующий должен стоять лицом к больному, чтобы иметь возможность вести наблюдение за его состоянием и избегать ненужного травмирования при наложении повязки.
4. Ширина бинта выбирается соответственно размерам раны и бинтуемого сегмента тела.
5. Бинт раскатывают слева направо, против часовой стрелки. Головку бинта, как правило, держат в правой руке, а свободный конец – в левой. Исключение составляют: повязка на левый глаз, повязка Дезо на правую руку, колосовидные повязки на правый плечевой и тазобедренный суставы и первый палец правой стопы. При наложении этих повязок бинт раскатывают справа налево.
6. Бинтование всегда производят от периферии к центру (снизу-вверх).
7. Бинтование начинают с 2-3 закрепляющих туров (т.е. круговых витков) бинта. Закрепляющие туры накладываются на наиболее узкую неповрежденную область тела около раны.

8. Каждый последующий оборот бинта должен перекрывать предыдущий на половину или на две трети его ширины.
9. Бинт раскатывают, не отрывая его головки от поверхности тела, что обеспечивает равномерное натяжение бинта на всем протяжении повязки.
10. Если бинт израсходован, а бинтование необходимо продолжить, тогда под конец бинта подкладывают начало нового и укрепляют круговым туром; затем бинтование продолжают.
11. Бинтование рекомендуется завершать 2-3 круговыми турами, наложенными в проекции закрепляющих туров, с которых начиналось бинтование.
12. Повязка завершается надежным закреплением конца бинта. Конец бинта разрезают (разрывают) продольно, полученные полосы перекрещивают между собой, затем обводят вокруг бинтуемого сегмента и завязывают узлом. Закрепить конец бинта можно также английской булавкой, полосками лейкопластыря, прошить нитками, либо продернуть кровоостанавливающим зажимом сквозь туры бинта и завязать узлом.
13. Узел, которым закреплен конец бинта не должен находиться: в проекции раны (другого повреждения), на затылочной и височной области, на спине, на подошвенной поверхности стопы, на ладонной поверхности кисти. Правильно наложенная повязка должна быть аккуратной, экономичной, полностью закрывать перевязочный материал, наложенный на рану, не должна причинять больному беспокойства. При оказании первой помощи на поле боя или на месте происшествия при несчастных случаях не всегда возможно полностью выполнить перечисленные правила бинтования. Однако, в любых условиях повязка должна быть наложена умело и качественно, чтобы оказывать лечебное воздействие.

Ошибки при наложении бинтовых повязок

1. Если повязка наложена туго, либо давление туров бинта неравномерно в различных частях повязки, то возникает нарушение кровообращения в периферических отделах конечности. Сдавление повязкой проявляется синюшностью кожных покровов и отечностью конечности ниже повязки, болезненными ощущениями, пульсирующей болью в ране, онемением, покалыванием, усилением кровотечения из раны (феномен венозного жгута). При транспортировке в зимнее время, нарушение кровообращения в результате сдавления повязкой может привести к отморожению периферических отделов конечности. В случае появления перечисленных признаков повязку рассекают ножницами на 1-2 см по краю или меняют.
2. Целостность повязки легко нарушается, либо повязка сползает, если не сделаны или сделаны неправильно первые закрепляющие туры повязки. Повязку необходимо подбинтовать, либо сменить. Следует отметить, что повязка получается более прочной, если первые закрепляющие туры накладывают на кожу предварительно смазанную клеолом.
3. При слабом натяжении бинта повязка быстро сползает. Это обычно бывает, когда из-за неправильного положения пострадавшего во время бинтования, мышцы поврежденной части тела находятся в напряженном состоянии, что увеличивает ее объем. При расслаблении мышц, возникает несоответствие повязки объему поврежденной части тела. В этом случае повязку рекомендуется сменить.

Следующим этапом оказания первой помощи раненому является обеспечение проходимости дыхательных путей. Для этого используется регулируемый назофарингиальный воздуховод, который по методике смазывается лубрикантом, или слюной в его отсутствие, и вставляется в носоглотку по специальной процедуре с поворотом, чтобы не поранить слизистую оболочку носа. Перед установкой следует измерить необходимую длину и зафиксировать ее с помощью силиконового кольца.

Круглая головка трубки позволяет подключать к ней препараты для искусственной вентиляции легких. Назофарингиальный воздуховод предназначен для обеспечения проходимости верхних дыхательных путей; не вызывает рвотного рефлекса; не вызывает аллергических реакций; не смещается при транспортировке пострадавшего.

Назофарингиальный воздуховод

Блокировка воздушных путей и дыхания — одна из трёх основных предотвратимых причин смерти на поле боя. Именно для предотвращения нарушений дыхания и используется назофарингеальный воздуховод — медицинское устройство, предназначенное для механического восстановления проходимости дыхательных путей в области носоглотки.

В ряде ситуаций (западание языка при потере сознания, травмы черепа, челюсти и шеи и т.д.) существует риск блокировки дыхательных путей в результате чего пострадавший не может самостоятельно дышать ртом или носом. Кроме того, в подобных случаях проведение искусственного дыхания так же невозможно в силу того, что воздух вдуваемый в рот или нос пострадавшего не попадает непосредственно в легкие.

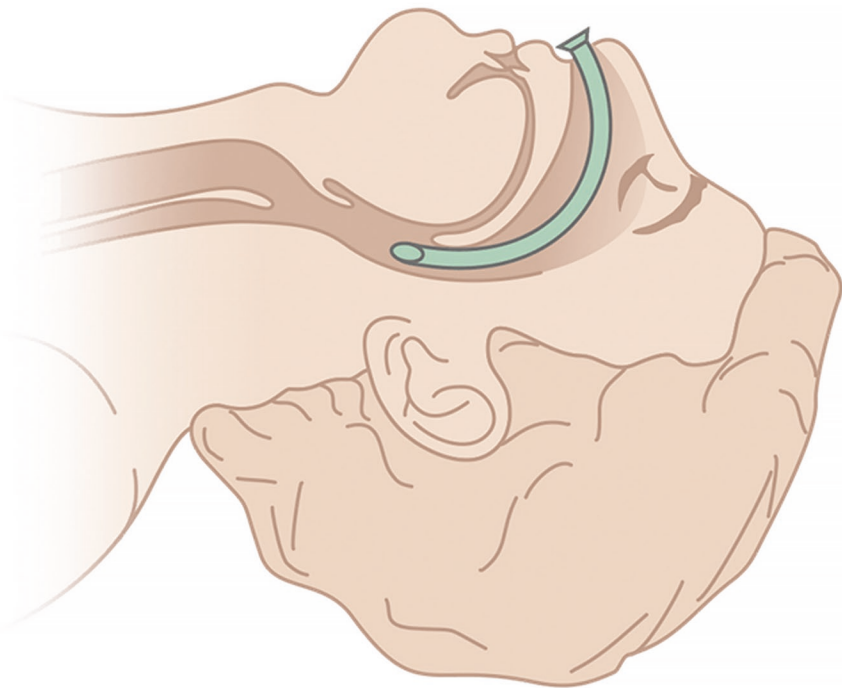


Рис. 8 Установленный назофарингеальный воздуховод.

В подобных ситуациях необходимо восстановить проходимость дыхательных путей в кратчайшие сроки, для чего используются искусственные воздуховоды, которые вставляются в рот (орофарингеальные) или нос (назофарингеальные).

Назофарингеальный воздуховод проще в применении для немедицинского персонала, не требует определения подходящего размера, не вызывает рвотных реакций как орофарингеальный и более компактный. С применением назофарингеального воздуховода, можно проводить искусственное дыхание по методу рот-в-нос даже в случае если проходимость воздуха через рот полностью заблокирована.

Назофарингеальный воздуховод (Nasopharyngeal Airway или NPA) — это гибкая полимерная трубка, вставляемая в ноздрю пострадавшего для восстановления проходимости воздуха. Длина и ширина воздуховода может отличаться, но большинство из них оборудованы срезом с одной стороны, который предназначен для удобства продвижения воздуховода в ноздрю. С другой стороны, назофарингеальный воздуховод зачастую имеет расширение в виде гриба, противодействующее дальнейшему погружению воздуховода внутрь ноздри при транспортировке или перемещении пострадавшего.

Применение назофарингеального воздуховода

1. Вскрыть упаковку.
2. Нанести на внешнюю поверхность лубрикант или обильно смазать слюной.
3. Вставить кончик воздуховода в носовой ход и направить его кзади вдоль верхнего свода полости носа.
4. Вращающими движениями мягко продвинуть воздуховод за носовые раковины. При достижении воздуховодом глотки должно появиться ощущение потери сопротивления.
5. Продолжить продвижение воздуховода до тех пор, пока ограничитель не достигнет крыла носа пациента.
6. Проверить проходимость дыхательных путей.
7. Критерием правильного положения воздуховода являются свободное спонтанное дыхание или беспрепятственная ИВЛ
8. Зафиксировать воздуховод лейкопластырем.
9. Извлечь трубку.
10. Исползованная трубка подлежит утилизации.



Рис. 9 Порядок установки назофарингеального воздуховода

Окклюзионный пластырь нужен для обеспечения следующего этапа оказания доврачебной помощи согласно ТССС (Руководства по оказанию доврачебной помощи в боевых условиях) – нормализации состояния здоровья раненого с открытым напряженным пневмотораксом.

Окклюзионный пластырь

Согласно статистике, доля проникающих ранений груди составляет от 6 до 9% от общего числа ранений солдат на поле боя. В худшем случае при подобных ранениях в грудную клетку начинает попадать воздух — лишний, не предусмотренный в организме. Так возникает пневмоторакс — скопление воздуха или газов в плевральной полости (специального пространства, окружающего каждое легкое). Из-за подобного скопления лишнего воздуха плевральная полость сильно увеличивается в объеме и начинает «давить» на все, что вокруг — это приводит к боли в груди и затруднённому дыханию.

В некоторых случаях подобное состояние приводит к тяжёлой нехватке кислорода и снижению кровяного давления, прогрессируя в остановку сердца при отсутствии лечения. В медицине это называется «напряженный пневмоторакс».

Для помощи в таких ситуациях были разработаны специальные средства первой медицинской помощи: грудные герметичные заплатки, они же — окклюзионные пластыри. Как правило, они представляют из себя самоклеящийся пластырь, которым можно заклеить входное или выходное отверстие раны, предотвращая доступ лишнего воздуха внутрь и выравнивая давление. Некоторые окклюзионные пластыри имеют специальный клапан для сброса давления в плевральной полости грудной клетки.

При каких ранениях накладывается окклюзионная повязка (пластырь)

Этот перевязочный материал используется для герметизации определенных типов ран и окружающих их тканей от воздуха, жидкостей и вредных примесей, таких как вирусы и бактерии, при травмах или оказании первой помощи. Окклюзионный пластырь часто применяется в качестве непосредственного средства контроля чистоты раны, а также для уменьшения потери крови, если стационарное лечение невозможно.

Окклюзионная повязка используется при пневмотораксе, дополняет кровоостанавливающие средства при порезах и рваных ранах. В некоторых случаях ее используют при открытых переломах ребер и повреждениях верхних дыхательных путей.

Техника наложения окклюзионной повязки (пластыря)

Правильная техника наложения окклюзионной повязки на грудную клетку требует минимального знания анатомии.

Вентилируемые перевязочные материалы следует наносить только на раны груди, а не на раны живота или шеи:

- убедитесь, что вентиляционное отверстие отцентрировано по ране. Поместите повязку стерильной стороной вниз на рану;
- вам не нужно беспокоиться о кашле пациента при его использовании, так как вентиляция будет постоянно выпускать захваченный воздух и кровь;
- не закрывайте рану марлей перед использованием вентиляруемого уплотнения грудной клетки.

Наложение окклюзионной повязки при пневмотораксе

Окклюзионная повязка при открытом пневмотораксе должна накладываться в течение 10-15 минут после получения травмы. В противном случае требуется дополнительный дренаж или предварительное промачивание раны тампонами, чтобы убрать сгустки крови.

Советы по наложению на грудь при пневмотораксе:

- закройте все отверстия. Если есть входящее отверстие, убедитесь, что есть и выходящие;
- оставьте постановку диагнозов врачам; если вы не уверены в своем диагнозе, все равно следует наложить перевязочный материал;
- работая с неventилированной окклюзионной повязкой, дождитесь, пока пациент выдохнет, прежде наложить ее;

Порядок установки окклюзионного пластыря (повязки)



1. Вскрыть упаковку с окклюзионным пластырем и обработать салфеткой место установки пластыря.



2. Отсоедините с одной стороны окклюзионного пластыря защитный слой и приложите к месту установки пластыря.



3. потяните защитный слой окклюзионного пластыря и равномерно наложите его на рану



4. Установите окклюзионный пластырь на рану, так чтоб он ее равномерно закрывал со всех сторон.

Рис. 10. Порядок установки окклюзионного пластыря.

Зоны наложения окклюзионной повязки (пластыря)

При различных типах ранений разделяют следующие зоны наложения:

- фронтальную – собственно грудная клетка человека;
- сублатеральную – боковая часть туловища в районе легких;
- латеральную – тыльная часть туловища в районе легких.

Порядок использования

- Вытрите грязь и кровь вокруг проникающего ранения груди
- Возьмитесь за крепление-хвостик окклюзионный пластырь и снимите защитный слой, открывая клейкую сторону
- Наложите окклюзионный пластырь на рану, клейкой стороной к коже, отверстием раны по центру пластыря
- Придавите окклюзионный пластырь к груди, приклеивая его со всех сторон
- Если пуля прошла навылет, используйте второй окклюзионный пластырь для герметизации выходного отверстия так же, как и входного. При необходимости герметизации множественных пулевых ранений, можно использовать упаковку от индивидуального перевязочного или компрессионного пакета, которая по краям приклеивается пластырем.
- При необходимости недолго вентилируйте рану: потяните за крепление-хвостик, наполовину или на треть отрывая окклюзионный пластырь от груди, а затем снова приклейте обратно.

ВНИМАНИЕ! При закрытом пневмотораксе и отсутствии специального клапана в окклюзионной повязке, необходимо использовать специальную декомпрессионную иглу или канюлю самого большого размера.

Декомпрессионная игла для напряженного пневмоторакса

Если при осмотре пострадавшего на поле боя вы обнаруживаете дыру в грудной клетке потерпевшего. Спасти его жизнь можно с помощью декомпрессии игловым катетером. Декомпрессия игловым катетером - это экстренная мера оказания медицинской помощи. При правильном выполнении она позволяет выиграть достаточно времени для транспортировки раненого в ближайший госпиталь. Но следует опасаться засорения или блокировки катетера, ведь это может привести к фатальным последствиям.

Декомпрессию игловым катетером следует выполнять во втором межреберном пространстве на среднеключичной линии, как раз сбоку от соска. Важно вводить иглу сбоку по отношению к линии соска, чтобы не попасть в область сердца. Также следует помнить, что первое ребро находится под ключицей. Для декомпрессии используйте катетер с большим отверстием и длиной не менее 8 сантиметров. Очистите область спиртовыми салфетками и введите иглу, ориентируясь на третье ребро. Вам нужно определить третье ребро, надавив на него, и затем сместиться чуть выше во второе межреберное пространство, сразу над третьим ребром, где оно переходит в плевральную полость. Мы вводим катетер над третьим ребром, чтобы не попасть в вену, нерв или артерию. Достигнув плевральной полости, введите иглу в коннектор, подождите 10 секунд и удалите иглу, оставляя катетер в теле раненого. Удостоверьтесь, что пострадавшему стало легче. Если по какой-либо причине вы не можете ввести катетер во второе межреберное пространство, вводите его в пятое. В зависимости от возраста и габаритов раненого, вероятнее всего, место введения будет располагаться вдоль передней подмышечной линии сбоку от соска.

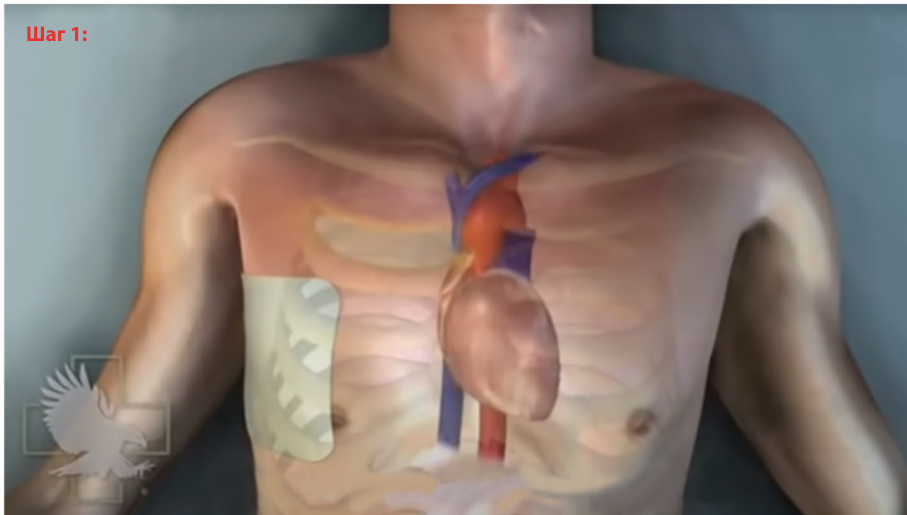
Обе области одинаково подходят для декомпрессии, поэтому не рассматривайте их как первостепенный и второстепенный вариант. Просто помните, что какую бы область вы ни выбрали, ориентируйтесь на ребро и вводите катетер над ребром. Вводите иглу в коннектор, оставьте ее на 10 секунд и затем вынимайте иглу, но оставьте катетер в теле. После всех манипуляций проверьте состояние раненого. Помните, что катетеры в передней подмышечной линии имеют тенденцию сгибаться из-за положения руки раненого в носилках. Поэтому постоянно следите за состоянием пострадавшего.

Инструкция по применению:

1) Наметьте место для втыкания иглы. Лучше всего для этого подходит межреберный промежуток между 2-м и 3-м ребром (как показано на рисунке).

Он находится примерно на 8-10 сантиметров ниже ключицы. Для более быстрого его нахождения можно приложить иглу ARS к груди пациента - если один конец будет касаться ключицы, то другой окажется на уровне второго межреберного промежутка.

Шаг 1:



Шаг 1:



2) Проздезинфицируйте место установки декомпрессионной игла для напряженного пневмоторакса и ближайшие окрестности грудной клетки

Шаг 2:



3) Круговым движением откройте защитный колпачок

Шаг 3:



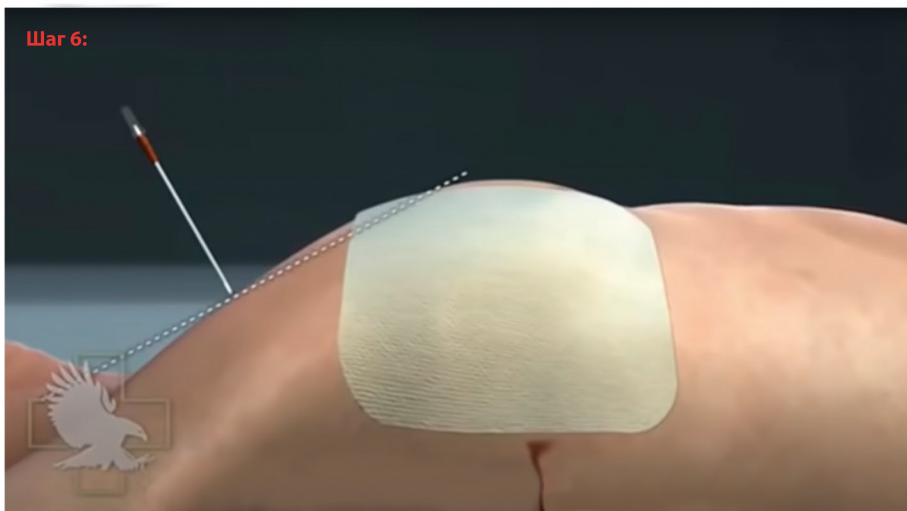
4) вытащите иглу декомпрессионную иглу для напряженного пневмоторакса из футляра



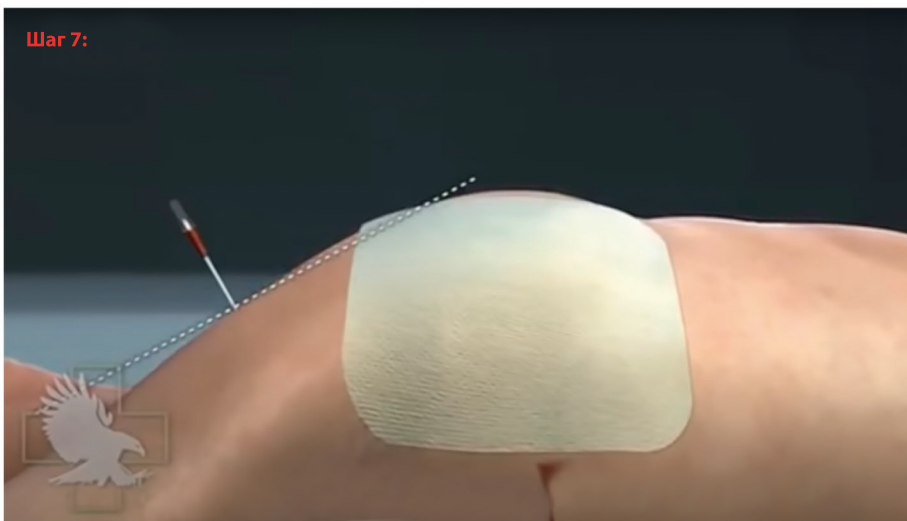
5) Приложите острие иглы к коже, строго над верхней границей третьего ребра



6) Не отрывая острие от кожи, выровняйте декомпрессионную иглу между ребром и ключицей, создав прямые углы в 90 градусов между иглой и стенками грудной клетки.



7) Аккуратно и плавно надавите на иглу, до упора (до оранжевого колпачка) вводя ее в грудь пока не услышите звук резко выходящего воздуха. Убедитесь, что игла вошла НЕ медиальнее линии соска и НЕ направлена к сердцу.



8) Извлеките иглу из катетера, оставляя его в грудной клетке и зафиксируйте катетер с помощью пластыря



Признаки успешно выполненной декомпрессии:

- Облегчение дыхания
- Очевидный шипящий или свистящий звук выходящего из груди воздуха
- Возвращение пульса в лучевой артерии
- Возвращение сознания
- Пульсоксиметрия показывает, что насыщение гемоглобина кислородом достигло показателя 90% и более

Помните самый важный принцип оказания помощи - не навредить. Опирайтесь на здравый смысл. Если у вас есть какие-либо сомнения, действуйте согласно инструкциям по оказанию неотложной помощи в полевых условиях.

Тактические медицинские ножницы

Тактические ножницы - это специальные ножницы для разрезания одежды и перевязочных средств на пострадавшем. Они применяются полевыми медиками и входят в состав большинства индивидуальных полевых аптечек. Отличительной особенностью является то, что они тупоконечные и имеют специальный изгиб, вследствие чего ими нельзя случайно порезаться или поранить больного.

Учитывая то, что оказание первой помощи обычно сопровождается немалым стрессом, а у кого-то и тремором (руки трясутся) – это весьма важно. В отличии от ножа, которым можно случайно порезать раненого или порезаться самому, тупоконечные медицинские ножницы прекрасно подходят для оказания первой помощи.

Тактические медицинские ножницы предназначены для разрезания одежды, плотной ткани снаряжения, а также любых плотных повязок, медицинских многослойных бинтов и гипсовых бинтов на пострадавшем в полевых условиях. Благодаря изогнутой форме и специальному язычку на конце лезвия ножницы абсолютно безопасны и создают нужное давление на материал любой плотности. Лезвия тактических ножниц равномерно подводятся друг к другу режущей гранью, смыкаясь в одной точке и обеспечивая ровную линию разреза. Благодаря изогнутой форме, которая обеспечивает удобную хватку и оказывает большее давление на материал, и «покатой» заточке, ножницы способны разрезать пластик, кожу, ремни **кевлар** и даже тонкий металл. С помощью «язычка» на конце лезвия разрезаемая одежда и перевязочные средства удобно откидываются в сторону.

Лейкопластырь рулонный «Дюрапор/Микропор»

Лейкопластырь рулонный «Дюрапор/Микропор» используется в полевых условиях для перевязки ран, фиксации переломов и перевязочных материалов. Защищает закрытую рану от влаги и грязи, герметично укрывая повязку. Лейкопластырь рулонный «Дюрапор/Микропор» очень прочный, хорошо клеится, не растягивается, влаго- и термостойкий (устойчив к высоким и низким температурам). Благодаря нетканой основе, достаточно прочный, но легко отрывается в месте отрыва не растягиваясь.

Перчатки медицинские нестерильные, смотровые

Перчатки нитриловые обеспечивают безопасность оказывающему помощь при контакте с раненым, поэтому их использование обязательно в аварийной обстановке. К тому же перчатки обеспечивают определенную стерильность при работе с открытыми ранами. Перчатки достаточно прочные и эластичные, без проблем надеваются и снимаются с кистей рук. При этом, перчатки практически не мешают контактными ощущениям.

Химический источник света

Химический источник света (ХИС) - это цилиндрический пластиковый контейнер, наполненный жидкостью, внутри которого находится стеклянная капсула с реактивом.

Для химического источника света не существует неподходящих условий и ему абсолютно не важны климатические условия. Он идеально подходит для спасательных операций на открытом воздухе либо подаче сигналов в экстренных условиях. Легкий и компактный, он имеет внешний пластиковый защитный корпус, позволяющий держать его с любого конца, либо подвешивать за встроенный крюк.

При изгибе ХИС внутренняя капсула разрушается и происходит химическая реакция взаимодействия компонентов и начинается свечение по всей длине.

1. Вскрыть упаковку непосредственно перед использованием.
2. Добиться сгибанием палочки щелчка.
3. После этого изделие необходимо встряхнуть.

ВНИМАНИЕ! Не нарушайте целостность пластиковой оболочки многократным сгибанием, прокалыванием и разрезанием оболочки. При вытекании жидкость может оставить демаскирующие пятна на одежде и снаряжении. При попадании на слизистую оболочку глаза может вызвать чувство жжения. В этом случае необходимо срочно промыть её водой.

Карточка оказания тактической медицинской помощи раненым

1. Назначение

Документирование доврачебной или до госпитальной помощи о медицинских вмешательствах в первую очередь лица, оказывающего помощь в момент травмы или ранения (POI), имеет решающее значение для обеспечения непрерывности лечения и проведения значимого анализа медицинских вмешательств, методов, тактики и процедур, выполняемых в момент травмы или ранения.

Во время боя или обучения весь личный состав, не только солдаты, но и медицинский персонал, рискуют стать как жертвами, так и стать первыми спасателями. Почти все боевые жертвы со смертельным исходом происходят до того, как пострадавший (раненый) может добраться до медицинского учреждения, поэтому оказание помощи при травмах (ранениях) и ее надлежащая регистрация могут спасти сотни жизней.

Тактическая медицинская помощь раненым в бою происходит во время боевых действий и является военным аналогом догоспитального травматологического жизнеобеспечения. Дობольничная помощь при травмах во время боевых действий чаще всего осуществляется военнослужащими и включают самопомощь, взаимопомощь, а также помощь младшего медицинского персонала....

Помощь раненым во время боевых действий сосредоточена на наиболее вероятных, важных угрозах жизни и здоровью военнослужащего.

Для спасения жизней на поле боя и за его пределами крайне важно оптимизировать оказание помощи при травмах и ее тщательное документирование. Карточка оказания тактической медицинской помощи раненым способствует достижению целей Министерства обороны, а также других служб и ведомств по сбору документации о медицинских вмешательствах в момент получения военнослужащим травмы или ранения.

Карточка оказания тактической медицинской помощи раненым предназначена для использования всеми службами быстрого реагирования, включая немедицинский персонал.

2. Порядок использования

Командиры подразделений должны обеспечить условия, когда все военнослужащие, а также медицинский и гражданский персонал, оказывающие первую помощь, имеют и используют карточку оказания тактической медицинской помощи раненым для документирования до госпитальной медицинской помощи в момент травмы или ранения. Такая практика касается как боевых, так и небоевых травм (ранений).

После заполнения карточку оказания тактической медицинской помощи раненым должна быть прикреплена к пациенту на видном месте. По прибытии в лечебное учреждение карточка оказания тактической медицинской помощи раненым должна быть включена в бумажную медицинскую карту, затем отсканирована и внесена в электронную медицинскую карту и реестр травм.

Руководство лечебных учреждений должны установить четкий процесс для обеспечения ввода медицинской информации, записанной в карточке оказания тактической медицинской помощи раненым, в электронную медицинскую карту и реестр травм.

Карточка оказания тактической медицинской помощи раненым является составной частью индивидуальной полевой аптечки, групповой полевой аптечки, а также может использоваться в других аптечках первой помощи. Санитары, медицинский персонал, а также персонал аварийно – эвакуационных команд должны иметь при себе несколько незаполненных карточек оказания тактической медицинской помощи раненым.

Военнослужащие, медицинский персонал, оказывающие помощь или взаимопомощь в момент травмы или ранения, заполняют все записи в карточке оказания тактической медицинской помощи раненым, как можно полнее, только в случае, если они не находятся в экстремальных условиях (под огнем противника), когда безопасность пострадавшего и/или оказывающего помощь может подвергаться дополнительному риску.

Все записи карточке оказания тактической медицинской помощи раненым должны производиться с помощью ручки или маркера.

Карточка оказания тактической медицинской помощи раненым. Станица 1

| Пункт | Инструкция | |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Категория эвакуации | Укажите приоритет эвакуации, например, (Срочно; Приоритет; или Обычный) | |
| Л/Н военнослужащего | Укажите личный номер военнослужащего, например, Ф-23456 | |
| A | Имя Фамилия | Фамилия и имя военнослужащего |
| | Отчество | Отчество при наличии |
| | Дата (ДД-ММ-ГГ) | Дата заполнения карточки оказания помощи |
| | Время | Время заполнения карточки оказания помощи |
| | Воинская часть | Номер воинской части, к которой приписан военнослужащий |
| | Аллергия | Напишите известные лекарственные аллергии пострадавшего. Если нет лекарственной аллергии, напишите «НЕТ» (нет известных лекарственных аллергии) |
| B | Механизм травмы | Отметьте «X» на механизме или причине травмы (артиллерийское, тупое, ожог, падение, граната, огнестрельное ранение, самодельное взрывное устройство, мина, авария / столкновение транспортного средства), реактивная граната, прочее... Отметьте все подходящие варианты. |
| | Время, Пульс (частота и местоположение), Артериальное давление, Частота дыхания, Интенсивность дыхания, Сатурация согласно пульсовой оксиметрии, Тревожность, реакция на речевой раздражитель, реакция на болевой раздражитель, нет | Запишите основные показатели жизнедеятельности (частота и местоположение пульса, артериальное давление, частота дыхания, насыщение кислородом), уровень сознания (АВПУ: тревожность, реагирует на словесные раздражитель, реагирует на болевой раздражитель, не отвечает) и уровень боли (числовой по шкале от 0 до 10, где 0 означает отсутствие боли, а 10 - наихудшую боль), а также укажите время измерения показателей. |
| D | Ранение | Отметьте «X» место травмы на изображении тела. При ожоговых травмах, обведите процент сжигания на рисунке. Если несколько механизмов травмы и множественные травмы, проведите грань между механизмом травмы и анатомическим местом травмы. |
| | Жгут, правая рука | Если на правую руку наложен жгут, укажите тип использованного жгута и время наложения жгута. |
| | Жгут, левая рука | Если на левую руку наложен жгут, укажите тип использованного жгута и время наложения жгута. |
| | Жгут, правая нога | Если на правую ногу наложен жгут, укажите тип использованного жгута и время наложения жгута. |
| | Жгут, левая нога | Если на левую ногу наложен жгут, укажите тип использованного жгута и время наложения жгута. |

Карточка оказания тактической медицинской помощи раненым. Станица 2

| Пункт | Инструкция | |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Категория эвакуации | Укажите приоритет эвакуации, например, (Срочно; Приоритет; или Обычный) | |
| Л/Н военнослужащего | Укажите личный номер военнослужащего, например, Ф-23456 | |
| E | Мероприятия по контролю кровообращения | Отметьте «X» для всех вмешательств по контролю кровообращения. Для турникетов, отметьте категорию (Конечность, Соединение и / или Туловище) и напишите название использованного турникета. Для повязок отметьте категорию (кровоостанавливающее, давящие и / или другое) и напишите тип использованной повязки. |
| | Мероприятия по вмешательству в дыхательные пути | Отметьте «X» для всех вмешательств на дыхательных путях. Неповрежденные носоглоточные дыхательные пути, крикотиротомия, эндотрахеальная трубка, надгортанные дыхательные пути и укажите тип используемых устройств. |
| | Дыхательные вмешательства | Отметьте «X» для всех дыхательных вмешательств (O2 кислород), декомпрессия игла, плевральная дренажная трубка, герметизирующая повязка и укажите тип используемого устройства. |
| F | Мероприятия по контролю кровообращения с использованием растворов | Вмешательства по реанимации кровообращения. Напишите название, объем, метод ввода и время подачи растворов. |
| | Мероприятия по контролю кровообращения с использованием препаратов крови | Вмешательства по реанимации кровообращения. Напишите название, объем, метод ввода и время подачи препаратов крови. |
| | Лекарства: болеутоляющее | Лекарства. Напишите название, дозу, метод ввода и время приема любых анальгетиков. |
| | Лекарства: антибиотик | Лекарства. Напишите название, дозу, метод ввода и время приема любых антибиотиков. |
| | Лекарства: прочее | Лекарства. Напишите название, дозу, метод ввода и время любого другого введенного препарата. |
| Лекарства: другое | Отметьте знаком «X» другие назначенные виды лечения: Боевой набор таблеток, Повязка на глаз (Левый глаз Правый глаз), Шина, Профилактика гипотермии. | |
| G | Примечания | Используйте это место для записи любой другой относящейся к делу информации и / или пояснений. |
| | Сотрудник оказавший первую помощь (Имя, Фамилия) | Укажите Имя и Фамилию сотрудника (военнослужащего, медицинского персонала) оказавшего первую помощь |
| | Личный номер | Укажите, при наличии, личный номер сотрудника (военнослужащего, медицинского персонала) оказавшего первую помощь |

**КАРТОЧКА ОКАЗАНИЯ ТАКТИЧЕСКОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАНеным**

Имя и Фамилия: _____ Отчество: _____

Дата (ДД-МММ-ГГ): _____ Время: _____

Воинская часть: _____ Аллергия: _____

Механизм травмы: (пометить «X» все, что применимо)

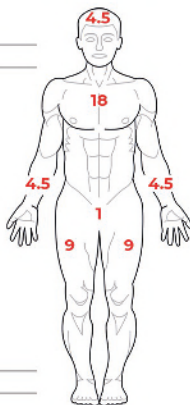
- Артиллерийский Ожог Падение Граната
 Огнестрельная рана Мина Автокатастрофа РПГ СВУ
 Прочее: _____

Симптомы и признаки: (Заполнить отсутствующую информацию)

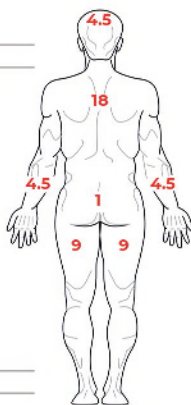
| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| Время | | | |
| Пульс (показатель и местоположение) | | | |
| Кровяное давление | | | |
| Интенсивность дыхания | | | |
| Сатурация согласно пульсовой оксиметрии | | | |
| Тревожность, реакция на речевой раздражитель, реакция на болевой раздражитель, нет реакции | | | |
| Степень боли (1-10) | | | |

Ранение: (отметить места ранения «X»)

Жгут: П.Р.
Вид: _____
Время: _____



Жгут: Л.Р.
Вид: _____
Время: _____



Жгут: П.Н.
Вид: _____
Время: _____

Жгут: Л.Н.
Вид: _____
Время: _____

A

B

C

D

Лечение: (пометить «X» что применимо)

Мероприятия по контролю кровообращения:

- Жгутирование конечностей Соединительное жгутирование
 Давящая повязка Гемостатическая повязка

Вид: _____

Вмешательства в дыхательные пути:

- Неповрежденный Носоглоточные дыхательные пути
 Крикотироидотомия Эндотрахеальная трубка
 Надгортанные дыхательные пути

Вид: _____

Дыхательные вмешательства:

- Кислород Декомпрессия иглой Плевральная дренажная трубка
 Герметизирующая повязка

Вид: _____

Мероприятия по контролю кровообращения:

| | Название | Объем | Метод ввода | Время |
|----------------|----------|-------|-------------|-------|
| Раствор | | | | |
| Препарат крови | | | | |

Таблетки:

| | Название | Объем | Метод ввода | Время |
|-------------------------------------------------------------|----------|-------|-------------|-------|
| Анальгетики (например, кетамин, фентанил, морфин) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Антибиотики (например, моксифлоксацин, эртапенем) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Прочие (например, транексамовая кислота) | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Другое:

- Боевой набор таблеток Повязка на глаз (Левый глаз
 Правый глаз) Шина Профилактика гипотермии

Вид: _____

Примечания: _____

Сотрудник оказавший первую помощь (Имя, Фамилия): _____

Личный номер: _____

E

F

G

