

**Ю.Н. Кириченко, Р.В. Красников,
С.Н. Колмыков, А.В. Медведев,
С.Г. Никулин**

ПОДГОТОВКА СОТРУДНИКОВ ОВД К ДЕЙСТВИЯМ В ОСОБЫХ УСЛОВИЯХ (ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ)

Учебное пособие

Курск - 2023

УДК 614.88
ББК 51.1(2Рос),23
К 43

Рецензенты:

Брагин В.В., Командир отряда специального назначения «Гром» Управления наркоконтроля УМВД России по Белгородской области кандидат педагогических наук, полковник полиции;
Рыжков В.И., Начальник отдела профессиональной подготовки УРЛС УМВД России по Белгородской области полковник внутренней службы.

Кириченко, Ю.Н.

Подготовка сотрудников ОВД к действиям в особых условиях (основы оказания первой помощи): учебное пособие / Ю.Н. Кириченко, Р.В. Красников, С.Н. Колмыков, А.В. Медведев, С.Г. Никулин, – Курск: Изд-во ЗАО «Университетская книга», 2023. – 79 с.

ISBN

В учебном пособии раскрыты и проанализированы пути повышения эффективности тактики действий сотрудников органов внутренних дел, связанных с выполнением служебных обязанностей в особых условиях, сохранения жизни и здоровья личного состава, обеспечения выполнения поставленных задач по направлениям тактико-специальной подготовки и обеспечения личной безопасности при оказании первой помощи пострадавшим. Учебное пособие можно использовать для проведения активных форм практических занятий у курсантов и слушателей образовательных учреждений МВД России, а также сотрудников полиции, направленных на формирование навыков оказания первой помощи при выполнении служебных задач в особых условиях.

Учебное пособие соответствует предъявляемым к учебным изданиям требованиям и рекомендован к изданию (вопрос рассмотрен на заседании кафедры тактико-специальной подготовки Белгородского юридического института МВД России имени И.Д. Путилина 28.05.2023, протокол № 6.)

ISBN

УДК 614.88
ББК 51.1(2Рос),23

© Кириченко Ю.Н., Красников, Колмыков С.Н.,
Медведев А.В., Никулин С.Г., 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	4
Раздел 1. Первоочередные мероприятия, проводимые в красной зоне.....	11
Раздел 2. Порядок проведения мероприятий по оказанию первой помощи в укрытии. Подготовка пострадавших к транспортировке.....	46
Раздел 3. Алгоритмы неотложных действий при различных ранениях	72
Заключение	75
Библиографический список.....	77

Введение

Особые условия несения службы в ОВД действуют в период военного или чрезвычайного положения, в период проведения контртеррористической операции, в условиях вооруженного конфликта, при ликвидации последствий аварий, катастроф природного и техногенного характера и других чрезвычайных ситуаций.

Чрезвычайные обстоятельства – обстоятельства, которые представляют собой непосредственную угрозу жизни и безопасности граждан или конституционному строю Российской Федерации и устранение которых невозможно без применения чрезвычайных мер. К таким обстоятельствам относятся:

а) попытки насильственного изменения конституционного строя Российской Федерации, захвата или присвоения власти, вооруженный мятеж, массовые беспорядки, террористические акты, блокирование или захват особо важных объектов или отдельных местностей, подготовка и деятельность незаконных вооруженных формирований, межнациональные, межконфессиональные и региональные конфликты, сопровождающиеся насильственными действиями, создающие непосредственную угрозу жизни и безопасности граждан, нормальной деятельности органов государственной власти и органов местного самоуправления;

б) чрезвычайные ситуации природного и техногенного характера, чрезвычайные экологические ситуации, в том числе эпидемии и эпизоотии, возникшие в результате аварий, опасных природных явлений, катастроф, стихийных и иных бедствий, повлекшие (могущие повлечь) человеческие жертвы, нанесение ущерба здоровью людей и окружающей природной среде, значительные материальные потери и нарушение условий жизнедеятельности населения и требующие про-

ведения масштабных аварийно-спасательных и других неотложных работ [1].

В результате возникновения и развития любого чрезвычайного обстоятельства, неизбежно появление пострадавших, как среди населения, так и среди личного состава правоохранительных органов непосредственно принимающих участие в специальных операциях по ликвидации чрезвычайных обстоятельств. В связи с этим возникает вопрос об оказании первой помощи.

Первая помощь представляет собой комплекс мероприятий, направленных на восстановление и сохранение жизни и здоровья пострадавшего, как правило, это может быть взаимопомощь или самопомощь, если пострадавший обладает необходимыми знаниями, практическими умениями и навыками оказания первой помощи.

В настоящее время оказание первой помощи регламентируются Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». В соответствии с частью 1 статьи 31 данного закона первая помощь оказывается гражданам при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью. Первая помощь оказывается лицами, имеющими соответствующую подготовку, в том числе сотрудниками органов внутренних дел Российской Федерации, сотрудниками, военнослужащими и работниками Государственной противопожарной службы, спасателями аварийно-спасательных служб [2]. В соответствии со ст. 12, 14, 19, 27 Федерального закона от 07.02.2011 №3 «О полиции», сотрудник полиции обязан оказывать первую помощь гражданам, пострадавшим от преступлений, административных правонарушений и несчастных случаев, а также гражданам, находящимся в беспомощном состоянии либо в

состоянии, опасном для их жизни и здоровья, получившим телесные повреждения при задержании, в результате применения физической силы, специальных средств или огнестрельного оружия [3].

При выполнении сотрудниками ОВД оперативно-служебных задач в особых условиях оказание первой помощи в порядке само – и взаимопомощи является одним из основных путей, обеспечивающих спасение раненых и пострадавших сотрудников ОВД. В этой связи возрастает роль обучения курсантов и слушателей образовательных организаций системы МВД приемам оказания первой помощи при ранениях и травмах, способам эвакуации раненых в безопасное место, извлечения их из автотранспорта, зданий и сооружений и погрузки в санитарный транспорт. Особое место в разработке методических рекомендаций занимает оказание первой помощи и лечебно-эвакуационных мероприятий при проведении контртеррористических операций. Своевременное оказание первой помощи в боевых условиях позволяет сохранить жизнь пострадавшему, существенно понижает степень тяжести ранения, риск возникновения тяжелых осложнений.

Согласно приказу № 477н от 4 мая 2012 г. «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» [4], первая помощь оказывается при следующих состояниях:

1. Отсутствие сознания.
2. Остановка дыхания и кровообращения.
3. Наружные кровотечения.
4. Инородные тела верхних дыхательных путей.
5. Травмы различных областей тела.

6. Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.

7. Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.

8. Отравления.

Перечень мероприятий первой помощи определяется условиями, уровнем подготовки сотрудников ОВД в вопросах оказания первой помощи, наличием индивидуальных средств медицинского оснащения.

При оказании само – и взаимопомощи в ходе выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях сотрудниками ОВД могут допускаться различные технические и организационно-тактические ошибки. При этом следует помнить, что ошибки, которые допускает лицо, производящее оказание помощи пострадавшему не только создают угрозу жизни и здоровью самого пострадавшего, но и сотрудника, оказывающего помощь. Эти негативные факторы отрицательно сказываются на дальнейшем ходе решения оперативно-служебных задач.

Оказание первой помощи включает в себя следующие мероприятия: оценку обстановки и обеспечение безопасных условий для оказания первой помощи; вызов скорой медицинской помощи, других специальных служб, сотрудники которых обязаны оказывать первую помощь в соответствии с Федеральным законом или со специальным правилом, определение наличия сознания у пострадавшего, восстановление проходимости дыхательных путей и определение признаков жизни у пострадавшего, проведение сердечно-легочной реанимации.

Мероприятия первой помощи должны выполняться в возможно короткие сроки после ранения (поражения), поэтому помощь пострадавшим оказывается в порядке само- и взаимопомощи сотрудниками органов внутренних дел в отсутствие медицинского работника, с использованием инди-

видуальных средств медицинского оснащения или подручных средств.

В период Великой Отечественной войны на поле боя умирали лица, получившие наиболее тяжелые ранения, значительная часть которых по своей локализации была несовместима с жизнью [5]. Наряду со смертельными ранениями (разрушение мозга, сердца, аорты, органов и крупных сосудов шеи), включенными в группу «смертельной травмы», некоторые ранения у умерших на поле боя, могут рассматриваться как «условно смертельные». При данных ранениях ранняя и качественно оказанная ПП, своевременный вынос (вывоз) раненых позволяют предотвратить смертельный исход. К этой группе относятся смертельные исходы от кровопотери, шока и отдельные случаи смерти от других причин.

Опыт ведения боевых действий ограниченного контингента Советских войск в Афганистане за 1986–1988 гг. показал, что ПП в 11,2% случаев оказывалась в порядке само- и взаимопомощи, в 56,4% – стрелками-санитарами и санитарными инструкторами, в 8,4% – фельдшерами, и в 18% – врачами. В 6% случаев из-за различных субъективных и объективных причин она не оказывалась [5]. Летальные исходы, наступившие в ходе или после окончания боя в горно-пустынной местности, свидетельствуют о том, что в 16% случаев непосредственной причиной смерти раненых на поле боя была острая кровопотеря. Во время контртеррористической операции на Северном Кавказе (1999–2000 гг.) 66,2% погибших имели повреждения органов, несовместимые с жизнью, остальные 33,8% имели ранения, совместимые с жизнью. Данное число раненых можно отнести к категории «потенциально спасаемых». Их можно было бы спасти при своевременном, правильном оказании им мероприятий ПП и выносе (вывозе) с поля боя [5].

Важность оказания ПП раненым была продемонстрирована при сравнительном анализе исходов этапного лечения у раненых в контртеррористических операциях в Чеченской Республике. Летальность в сопоставимых по тяжести группах раненых при условии своевременного оказания мероприятий первой помощи была почти вчетверо меньшей [5]. Таким образом, снижение числа убитых за счет своевременного оказания первой помощи тяжелораненым и быстрой доставки их на этапы медицинской эвакуации способствовало сохранению жизни большему количеству раненых. Оказание первой помощи в первые полчаса с момента ранения даже при отсрочке первой врачебной помощи до суток снижает вероятность смертельных исходов примерно в три раза. В таблице 1 видно, как изменялось процентное соотношение оказания первой помощи личным составом медицинской службы в войнах XX в. [5].

Таблица 1. Частота оказания первой помощи раненым в виде само – и взаимопомощи, а также личным составом медицинской службы

Кем оказана помощь	ВОВ (1941-194гг.)	Боевые действия в Афганистане (1979-1989 гг.)	Боевые действия на Северном Кавказе (1994-1996 гг.)
Само – и взаимопомощь	38,2	50,2	28,6
Санинструктор, фельдшер	55,6	23,7	13,1
Врач	6,2	5,5	16,2
Не указано		20,6	42,1

Своевременное и качественное оказание первой помощи (в порядке само – и взаимопомощи) сотрудниками ОВД, получившими ранения и травмы в ходе выполнения оперативно-служебных задач в особых условиях, зависит в большей мере от теоретических знаний и практических навыков по её оказанию, от умения применять данные компетенции в служебной деятельности.

Раздел 1. Первоочередные мероприятия, проводимые в красной зоне

Обеспечение мер личной безопасности

Соблюдение мер личной безопасности при оказании первой помощи обеспечит возможность не только спасти пострадавших, но и даст возможность выжить в процессе данного действия самому. По нашему опыту, который подтверждён и другими источниками, именно на этапах эвакуации при условии плохой её организации погибало наибольшее количество как лиц, осуществляющих спасение из числа военнослужащих и сотрудников правоохранительных органов, так и раненых. Общие принципы действий в зоне огневого контакта могут быть сформулированы следующим образом.

1. Задача оказания первой помощи пострадавшим заключается:

а.) в спасении жизни, путем максимально возможного прекращения негативного воздействия на организм пострадавшего;

б.) в предотвращении ухудшения состояния в период транспортировки;

в.) в доставке пострадавшего в медицинское учреждение для оказания ему квалифицированной медицинской помощи.

2. Для эффективного оказания первой помощи необходимо:

а.) сохранять спокойствие при проведении всех действий;

б.) использовать здравый смысл;

в.) демонстрировать пострадавшему уверенность в благополучном исходе.

В процессе оказания первой помощи необходимо:

1.) Осмотревшись, определить состояние пострадавших, в первую очередь оказать помощь наиболее тяжело раненому.

2.) Принять решение что делать, и в какой последовательности.

3.) Уверенно действовать, оказывая первую помощь максимально быстро и без паники.

В процессе оказания помощи необходимо учитывать правило «золотого часа»: чем раньше с момента ранения начали оказывать помощь – тем выше шансы на выживание и отсутствие осложнений у пострадавшего. Самопомощь и взаимопомощь сотрудников правоохранительных органов – необходимый фактор выполнения данного правила, даже при условии наличия в подразделении медицинского работника и высоким уровнем его подготовки.

С целью снижения риска возникновения дополнительных потерь, выхода личного состава из строя и недопущения срыва выполнения боевой задачи оказывать первую помощь раненым следует исходя из степени опасности обстановки зоны боевого столкновения, выделяют три тактические зоны (таблица 2.)

Таблица 2. Тактические зоны

«Красная зона» – опасная зона непосредственного огневого контакта: высокая вероятность возникновения дополнительных потерь и выхода из строя личного состава;
«Желтая зона» – зона относительной безопасности: временное укрытие (объекты техники, фортификационные сооружения, складки местности, строения и т.д.). Сохраняется риск поражения личного состава (вторичные ранящие снаряды, рикошеты и т.д.).
«Зеленая зона» – условно безопасная зона: риск поражения личного состава минимален.

Ключевым моментом, определяющим тактику сотрудника оказывающего помощь, является понятие о зонах тактической медицины. Современная военная наука выделяет три: зона огневого контакта (высокой опасности), временное укрытие (зона умеренной опасности), этап эвакуации (относительно безопасная зона). Зона огневого контакта (высокой опасности), - место непосредственного получения ранения пострадавшим, как правило, находится под прямым обстрелом противника, чаще всего ещё и просматривается им. Действия в этой зоне происходят чаще всего ползком, на максимальной скорости, с максимальным прикрытием дымами, огнём, бронетехникой, используя формы рельефа и местные предметы в качестве маскировки. Временное укрытие (зона умеренной опасности) – «за углом» – место, не просматри-

ваемое противником и не простреливаемое им [6]. Как правило, это место – на удалении нескольких десятков метров от места ранения, за ближайшим укрытием. Под защитой укрытия появляется возможность встать на колени, чтобы оказывать помощь раненому.

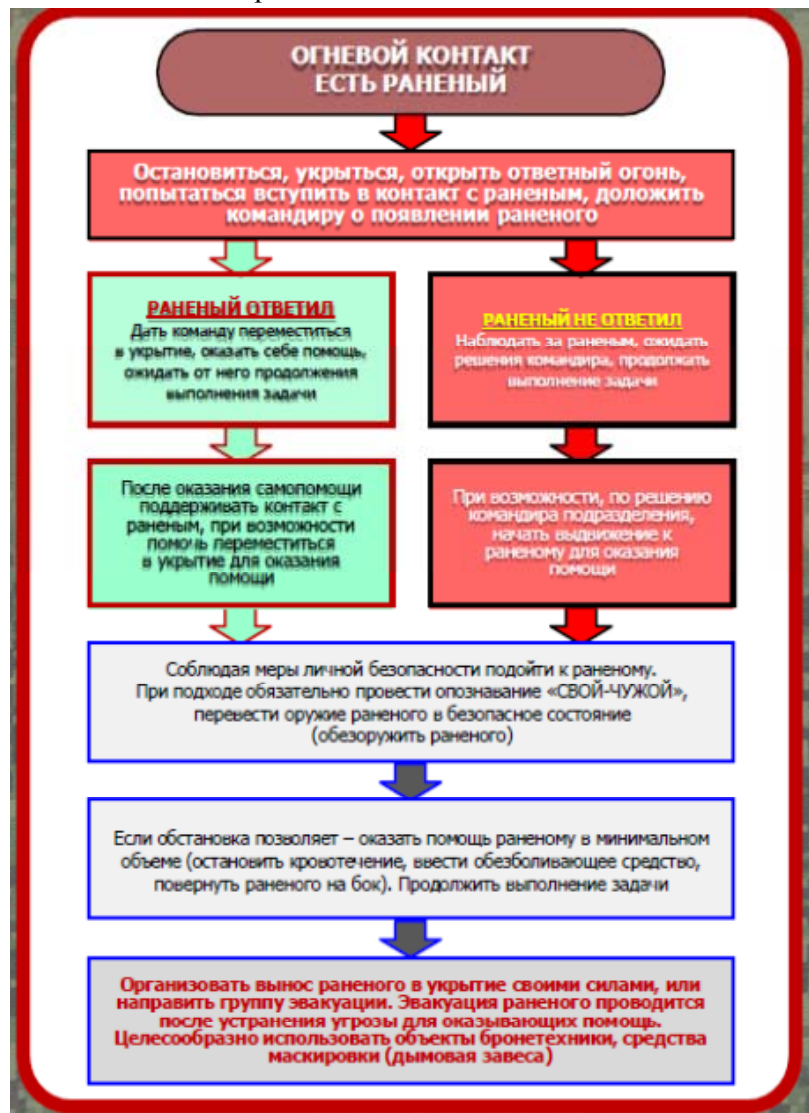
Действия в условиях огневого контакта (зоне поражения).

Для обеспечения собственной безопасности и безопасности пострадавшего необходимо уметь правильно залечь и переползти. Это особенно важно на открытой местности и в условиях отсутствия укрытий (таблица 3). Указанные действия необходимо произвести быстро, и не травмируясь. Для этого необходимо обмякнув всем телом, быстро присесть на корточки, после чего мягко, отклоняя туловище назад – упасть на колени и опираясь на выставленную вперёд левую руку – на живот. При этом оружие фиксируется за пистолетную рукоятку в направлении противника и готовности к открытию огня сразу после занятия устойчивого положения. Указанные действия приводят к минимизации площади поражения, и позволяют выявлять и подавлять противника.

В условиях боя на близкой дистанции последнее исключительно важно. Прежде чем осуществлять какие либо действия в зоне огневого контакта, необходимо сообщить командиру подразделения о сложившейся ситуации, наметить оптимальные пути передвижения к раненому и маршрут выхода из неё с раненым, необходимость огневой поддержки, способы маскировки, выбрать наиболее безопасный способ эвакуации.

В зоне огневого контакта необходимо в максимально короткое время оказать только тот минимальный объем помощи, который позволит раненому дожить до окончания боя и обеспечит его жизнеспособность во время транспортировки в укрытие.

Таблица 3. Красная зона: зона огневого контакта.



Осмотр пострадавшего. Определение признаков жизни и смерти. Оценка тяжести состояния

Первичная сортировка осуществляется непосредственно в зоне огневого контакта (зоне поражения), её задача: отделить погибших от тех, кто ещё может быть спасён.

Оказывающий помощь должен четко и быстро отличать потерю сознания от смерти. Критерии – состояние и сознание. Сознание определяется по реакции на вербальные или тактильные раздражители (окликнуть, похлопать по щеке)

Наступление смерти проявляется в необратимом нарушении основных жизненных функций организма с последующим прекращением жизнедеятельности тканей и органов.

При массивных повреждениях смерть наступает очень быстро. В других случаях наступлению смерти предшествует агония, которая может длиться от нескольких минут до часов и даже дней. Агональный период переходит в состояние клинической смерти.

Клиническая смерть характеризуется:

- прекращением дыхания;
- остановкой сердца.

В этот период еще не развились необратимые изменения в организме.

Биологическая смерть характеризуется наступлением необратимых процессов в тканях и органах. Поэтому на первом этапе оказания помощи у пострадавшего находящегося без сознания необходимо определить признаки жизни или смерти.

Признаки жизни

1. Сердцебиение. Его определяют на слух, приложив ухо к левой половине грудной клетки.

2. Пульс. В критических ситуациях, когда пострадавший находится без сознания, определять пульс необходимо только

на сонных артериях. Лучевая артерия имеет относительно небольшой калибр, и при наличии у пострадавшего низкого артериального давления определить пульс на ней может оказаться невозможным. Сонная артерия – одна из крупнейших в организме человека и определить пульс на ней возможно даже при самом низком давлении. Для определения пульса на сонной артерии необходимо положить пальцы на переднюю поверхность шеи в области хрящей гортани и переместить пальцы вправо или влево.

3. Дыхание. Дыхание определяют по движению грудной клетки и живота. В случае, когда невозможно определить движение грудной клетки, при очень слабом поверхностном дыхании, наличие дыхания определяют, приблизив свое лицо ко рту или носу пострадавшего.

4. Реакция зрачков на свет. Зрачки живого человека реагируют на свет – сужаются, а в темноте – расширяются. В светлое время суток реакцию зрачков на свет определяют следующим образом: если человек лежит с закрытыми глазами, то поднимают ему веки – зрачки сузятся; если человек лежит с открытыми глазами, то закрывают глаза ладонью на 5 – 10 секунд, а затем ладонь убирают (зрачки должны сузиться).

Необходимо отметить, что судить о наличии или отсутствии жизни можно только по совокупности перечисленных признаков.

Признаки клинической смерти

1. Отсутствие признаков жизни.

2. Агональное дыхание. Наступлению смерти в большинстве случаев предшествует агония. После наступления смерти в течение короткого времени (15-20 секунд) продолжается так называемое атональное дыхание, то есть дыхание частое, поверхностное, хриплое, возможно появление пены у рта.

3. Судороги. Также являются проявлениями агонии и продолжаются короткое время (несколько секунд). Происходит спазм как скелетной, так и гладкой мускулатуры. По этой причине практически всегда смерть сопровождается непроизвольными мочеиспусканием, дефекацией.

4. Реакция зрачков на свет. Как было сказано выше, **реакция зрачков на свет в состоянии клинической смерти сохраняется**. Надо отметить, что первые секунды после смерти зрачки будут максимально расширены.

Учитывая, что агональное дыхание и судороги будут иметь место только в первые секунды после смерти, главным признаком клинической смерти будет наличие реакции зрачков на свет. Тем не менее, при наличии реакции зрачков на свет, реанимационные мероприятия (искусственное дыхание и непрямой массаж сердца) непосредственно в зоне огневого контакта не проводятся так как это не эффективно, занимает много времени и подвергает опасности оказывающего помощь.

Признаки биологической смерти

Признаки биологической смерти проявляются не сразу после окончания стадии клинической смерти, а некоторое время спустя. Причем каждый из признаков проявляется в разное время, а не все одновременно.

1. «Кошачий глаз» (симптом Белоглазова). Появляется через 25 – 30 минут после смерти. После смерти ткани века теряют свою эластичность и упругость, и, если сдавить с двух сторон глаз мертвого человека, он деформируется, и вместе с глазным яблоком деформируется и зрачок, принимая вытянутую форму, как у кошки.

2. Высыхание роговицы глаза и слизистых оболочек. Появляется через 1,5-2 часа после смерти.

3. Трупные пятна. При положении трупа на спине трупные пятна расположены на задней и боковых поверхностях тела, на животе, на передней поверхности тела, лице.

4. Трупное окоченение и трупное охлаждение. Данные признаки активно проявляются, спустя 2-4 часа после наступления биологической смерти.

После того как вы убедились что пострадавший жив, необходимо соотнести между собой опасность обстрела (или других поражающих факторов) и интенсивность кровотечения. Всегда выбирайте в сторону скорейшей эвакуации в безопасное место. В зоне огневого контакта (поражения) необходимо произвести временную остановку кровотечения пострадавшим из открытых участков тела (шея, руки, ноги), затем проводится эвакуация в укрытие (безопасное место).

Проводить осмотр пострадавшего, необходимый комплекс сердечно-легочной реанимации, накладывать повязки на раны, проводить иммобилизацию можно только находясь в укрытии, где есть возможность безопасно встать на колени.

Если пострадавший не подает признаков жизни (рис. 1): не кричит, не двигается, не реагирует на окружающее – можно предположить следующие три варианта его состояния:



Рис. 1. Пострадавший

1. У пострадавшего клиническая смерть.

Увидеть достоверные признаки клинической смерти можно только в укрытии.

2. Пострадавший жив.

У раненого нет сознания, но есть пульс на сонной артерии (кома). Наиболее опасным положением будет являться положение «лежа на спине», так как он может удавиться языком или захлебнуться содержимым желудка. Раненого необходимо повернуть на живот. Это тот минимальный объем помощи, который можно выполнить в секторе обстрела.

3. Пострадавший мертв.

Любая помощь потеряла всякий смысл, но увидеть признаки биологической смерти можно только в укрытии. Необходимо повернуть пострадавшего на живот и оставить до окончания боя или транспортировать в укрытие в положении «лежа на животе».

В секторе обстрела нельзя снять средства индивидуальной бронезащиты, возникают сложности при попытке посмотреть зрачки и прощупать пульс на сонной артерии. Поворот на живот и транспортировка раненого в положении «лежа на животе» позволит сохранить жизнь в состоянии комы – самой частой причины смерти в бою.

Правила поворота раненого на живот, с последующим оставлением его на месте до окончания боя

1. Завести руку раненого за его голову (рис. 2).
2. Плотно прижавшись к земле, захватить раненого за дальнее от себя плечо (рис. 3) и резко повернуть его на живот, не поднимая свою голову и плечи выше головы раненого (рис.4).
3. Оставить раненого в положении «лежа на животе» и продолжить решение боевой задачи, если нет возможности транспортировать его в безопасное место.



Рис. 2. Заведение руки за голову



Рис. 3. Захват за плечо



Рис.4. Выполнение поворота

В состоянии комы или клинической смерти нельзя выявить признаки повреждения шейного отдела позвоночника. Поэтому поворот на живот следует производить с обязательной подстраховкой шейного отдела позвоночника. Заведенная за голову рука подстраховывает шею и играет роль оси, которая значительно ускоряет и облегчает поворот раненого на живот.

У раненого в состоянии комы и, лежащего на животе, происходит самопроизвольное очищение дыхательных путей. При отсутствии несовместимых с жизнью повреждений, у него есть реальный шанс дожить до окончания боя (рис.5).

Правила поворота раненого на живот для транспортировки в укрытие

1.Завести руку раненого за его голову и захватить его за дальнее от себя плечо.

2.Захватить раненого за дальнее от себя плечо, плотно прижаться к его туловищу и ногой захватить его голень (рис.6).



Рис.5. Положение раненого «лежа на животе»



Рис. 6. Захват плеча и голени

Захват за дальнее от себя плечо и захват голени своей ногой позволят максимально быстро и с минимальными усилиями перекатить раненого на себя.

3.Захватить своей ногой голень раненого и резко повернуться с ним на спину (рис.7, рис.8)



Рис. 7. Поворот на спину (фаза 1)



Рис. 8. Поворот на спину (фаза 2)

Способы временной остановки кровотечения.

На начальном этапе оказания первой помощи необходимо произвести осмотр пострадавшего на предмет наличия

кровотечения. В зоне огневого контакта осмотр производится лёжа.

Кровотечение – опасное осложнение ранения. Поэтому быстрое умелое оказание первой помощи при кровотечении спасает жизнь раненому. При любом кровотечении, особенно при ранении конечности, кровоточащей области необходимо придать приподнятое положение. Оно способствует понижению давления в артериях и венах, уменьшению в них кровотока и образованию тромба.

Для временной остановки кровотечения применяются как табельные, так и подручные средства.

Табельные средства:

1. Резиновый жгут – тонкая резиновая полоска длиной 1-1,5 м. На одном конце такого жгута имеются пластиковые клипсы, а на другом – отверстия для закрепления закрученного жгута.

2. Жгут-турникет – имеет вид ремня из нетканого материала со специальным карабином регулировки плотности затягивания. Фиксация липучкой позволяет применить жгуты турникеты в самых экстремальных условиях даже одной рукой.

3. ИПП (индивидуальный перевязочный пакет) – представляет собой подушечку из двух стерильных ватно-марлевых повязок и бинта, заключенных в герметичную прорезиненную оболочку.

Для временной остановки кровотечения на этапе оказания первой помощи применяются следующие способы:

1. Пальцевое прижатие артерий на протяжении, осуществляется не в области раны, а выше, при этом является самым простым и доступным в любой обстановке способом временной остановки артериального кровотечения. Остановка артериального кровотечения всегда должна начинаться с

прижаты артерий, а затем накладывается жгут или применяются другие методы.

А. При кровотечении на шее и голове прижать подчелюстную и височную артерии.

Б. При кровотечении в области плечевого пояса, плеча, предплечья нужно прижать подключичную артерию в надключичную область (к первому ребру) или плечевую артерию к плечевой кости по внутренней поверхности плеча (по внутреннему краю двуглавой мышцы).

В. При кровотечении на нижних конечностях нужно прижать бедренную артерию в паховом сгибе. Сдавливать поврежденную артерию в указанных местах нужно довольно сильно, несколькими пальцами одновременно.

Артерию прижимают на короткое время, только до наложения закрутки, жгута или давящей повязки. Нужно принять меры к тому, чтобы кто-нибудь в это время наложил жгут.

2. Придание возвышенного положения конечности может остановить несильное кровотечение из небольших сосудов, главным образом из вен.

3. Форсированное сгибание конечности с фиксацией ее в согнутом положении. При сильном сгибании конечности в суставе кровеносные сосуды сдавливаются. Сдавливание можно усилить, если в сгиб вложить ИПП или любой упругий предмет и закрепить, затем согнутые части конечности друг к другу.

Этот способ непригоден при ранениях с переломами костей!

В зависимости от локализации ранения используются следующие действия:

- Для остановки кровотечения в области кисти и предплечья сгибают руку в локтевом суставе и закрепляют предплечье к плечу.

- Для остановки кровотечения из подключичной области и верхней половины плеча валик вкладывают в подмышечную область, а руки, согнутые в локтях, сводят за спиной.

- Кровотечения из раны на голени останавливают сильным сгибанием ноги в коленном суставе и закреплением голени к бедру; валик вкладывают в подколенную ямку.

4. Наложение давящей повязки на рану. Осуществляется при кровотечении из всех мелких вен и капилляров. С этой целью используется индивидуальный перевязочный пакет (ИПП). Подушечку пакета нужно наложить на рану и туго прибинтовать. Для остановки кровотечения из ран на туловище этот способ является единственным.

5. Наложение жгута. Этот прием служит основным способом временной остановки кровотечения. Жгут накладывается при повреждениях крупных артерий и конечностей. При наложении жгута (табельного или из подручных средств) необходимо соблюдать следующие **правила**:

1. Накладывать жгут нужно выше раны и как можно ближе к ней.

2. При наложении жгута конечности желательно придать приподнятое положение.

3. Жгут накладывается на одежду. Не накладывать поверх содержимого карманов!

4. Затягивать жгут вокруг конечности нужно с такой силой, чтобы прекратилось кровотечение из раны или исчез пульс ниже раны. При слабом наложении жгута сдавливаются только поверхностные вены, отводящие кровь от конечности, а артерии, остаются не сдавленными. Поэтому вместо остановки кровотечения получается его усиление.

5. Наложённый жгут надёжно закрепить.

6. Жгут на конечности может находиться не более 1-го часа. Длительная перетяжка жгутом может вызвать паралич конечности и ее омертвление.

7. После наложения жгута отметить дату и время его наложения (на отдельной записке, на повязке, на лбу пострадавшего).

8. Пострадавшего с наложенным жгутом немедленно эвакуировать в медицинское лечебное учреждение в положении лежа.

9. В зимнее время конечность, с наложенным жгутом тепло укутать.

При транспортировке жгут может ослабнуть или развязаться и тогда вновь возникает кровотечение. Поэтому за раненым, которому наложен жгут или закрутка, необходимо установить наблюдение. С этой целью жгут должен быть хорошо заметен, а его концы выведены из-под одежды. Во время эвакуации по истечении одного часа жгут необходимо ослабить на 5-10 минут для восстановления кровотечения в конечности, при этом одновременно прижать артерию пальцем выше места ранения, а затем снова затянуть жгут ниже или выше прежнего места. Распускать жгут надо медленно, постепенно ослаблять его натяжение, чтобы хлынувшая по сосудам кровь не вытолкнула сгусток крови, закупоривший поврежденный сосуд.

Наложение кровоостанавливающего жгута пострадавшими в зоне огневого контакта в порядке самопомощи.

Зачастую в обстановке огневого контакта (поражения) оказание первой помощи пострадавшему на начальном этапе невозможно или осложнено высокой плотностью огня противника, метеоусловиями, тактическими особенностями ме-

стности, наличием в зоне поражения возгорания, разрушений. Поэтому пострадавшему, в таких ситуациях необходимо владеть навыками оказания самопомощи. При оказании помощи самому себе, в первую очередь, для сохранения жизни, возникает необходимость в быстрой остановке артериального кровотечения посредством наложения кровоостанавливающего жгута.

Так как в большинстве случаев у пострадавшего будет отсутствовать возможность сесть и тем более встать на ноги, рассмотрим варианты самостоятельного наложения жгута пострадавшими в «положении лежа».

Техника наложения кровоостанавливающего жгута на верхнюю конечность:

1. Перевернуться на спину.

2. Здоровой рукой подтянуть поврежденную конечность к своему подбородку (предплечье поврежденной конечности упирается в подбородок, пальцы – в плечо).

3. Извлечь жгут из аптечки здоровой рукой. (рис. 9)

4. Зажать свободный край жгута зубами.

5. Растянуть здоровой рукой небольшой участок жгута (позволяющий сделать один оборот вокруг конечности).

6. Наложить первый тур жгута на верхнюю треть плеча (рис.10).

7. Продолжать накладывать последующие туры жгута до полной остановки кровотечения.

8. Не выпуская свободный короткий край жгута из рта, пропустить свободный край с противоположной стороны в образовавшуюся петлю и затянуть узел (рис.10, рис.11, рис.12).



Рис. 9. Извлечение жгута



Рис. 10. Наложение жгута на верхнюю конечность (фаза 1)



Рис. 11. Наложение жгута на верхнюю конечность (фаза 2)



Рис. 12. Наложение жгута на верхнюю конечность (фаза 3)

При наложении жгута, в целях безопасности, руки вверх не поднимать (максимально прижимать к туловищу)!

Техника наложения кровоостанавливающего жгута на нижнюю конечность:

1. Приподнять руками поврежденную конечность.
2. Здоровую ногу согнуть в колене (не отрывая от земли) и расположить под поврежденной конечностью (рис. 13).



Рис. 13. Расположение нижних конечностей

3. Перекатиться на бок (поврежденная конечность должна быть сверху).
4. Максимально подтянуть к себе поврежденную конечность. Выпрямить другую ногу и отвести ее назад.
5. Извлечь жгут из аптечки.
6. Прижать колено поврежденной конечности, верхнее плечо и голову к земле.

7. Завести свободный край жгута под бедро поврежденной конечности.

8. Растянуть обеими руками от свободного края участок жгута (позволяющий сделать один оборот вокруг конечности).

9. Наложить первый тур жгута, пропустить руку под бедро и перехватить его свободный край (рис. 14).



Рис. 14. Наложение первого тура жгута

10. Одной рукой удерживать жгут в натянутом состоянии, другой – продолжать растягивать жгут и накладывать последующие туры, пропуская свободную руку под бедро.

10. Соединить свободные края жгута в узел и затянуть.

Техника временной остановки кровотечения при ранении в шею:

1. Прижать рану пальцем.

2. Другой рукой быстро извлечь ИПП из аптечки и приложить к ране (если мешают элементы экипировки – отодвинуть их в сторону).

3. Удерживая ИПП одной рукой, другой – извлечь жгут из аптечки.

4. Один свободный край жгута зажать зубами, растянуть.

5. Продолжая удерживать ИПП одной рукой, обвести жгут вокруг плеча с противоположной стороны относительно раны, далее провести его через подмышечную впадину и плотно прижать к ИПП.

6. По задней поверхности шеи провести жгут через плечо в подмышечную впадину, не отпуская его свободный край изо рта, пропустить свободный край с противоположной стороны в образовавшуюся петлю и затянуть узел.

7. Расправить ИПП, проверить надежность его крепления к ране (жгут должен проходить строго посередине ИПП).

Наиболее важное значение имеет быстрота извлечения ИПП из аптечки и наложения его на рану! Время наложения не должно превышать 10 секунд!

Наложение кровоостанавливающего жгута пострадавшим в зоне огнестрельного контакта в порядке взаимопомощи

Техника наложения жгута на шею.

1. Прижать пальцем рану на шее через воротник одежды или непосредственно рану (рис.15).

2. Положить под палец ИПП (индивидуальный перевязочный пакет).

3. Положить руку раненого на свое плечо.

4. Протянуть жгут через подмышечную впадину (рис.16).



Рис.15. Пальцевое прижатие сонной артерии



Рис. 16. Наложение жгута на шею

5. *Отмечать время наложения жгута не нужно.*

6. *Повернуть раненого на живот и оставить до окончания боя или транспортировать его в укрытие в положении «лежа на животе».*

Жгут, протянутый через подмышечную впадину можно не снимать в течение нескольких суток, в отличие от жгута, наложенного через поднятую руку.

Техника наложения жгута на плечо.

1. *Положить руку пострадавшего на свое плечо.*

2. *Наложить на верхнюю треть плеча жгут без контроля пульсации лучевой артерии (рис. 17, рис. 18).*

3. *Ввести обезболивающее средство выше места наложения жгута.*

4. *Приколоть шприц-тюбик к рукаву, возле наложенного жгута.*

5. *Пострадавшего необходимо повернуть на живот и оставить в таком положении до окончания боя или транспортировать его в укрытие в положении «лежа на животе».*



Рис.17. Наложение жгута на плечо (фаза 1)



Рис.18. Наложение жгута на плечо (фаза 2)

Часто при огнестрельном ранении верхней конечности повреждаются кости предплечья и плечевая кость, что приводит к развитию болевого шока, поэтому пострадавших с такими ранениями необходимо обезболивать.

При обильном кровотечении возникает угроза потери сознания, поэтому сразу после наложения жгута и обезболивания раненого следует повернуть на живот. Оставлять его до окончания боя или транспортировать в укрытие следует только в положении «лежа на животе». Необходимо помнить, что если при ранении плечевой артерии жгут не будет наложен в течение 30-40 минут, то раненый может погибнуть от невосполнимой потери крови. Если при ранении плечевой артерии жгут наложен в первые 5 минут после ранения, то сотрудник сможет частично выполнять боевую задачу в течение часа или самостоятельно добраться до укрытия.

Техника наложения жгута на бедро.

1. Приподнять поврежденную конечность и положить ее на свое плечо ногу на свое плечо.
2. Прижать ИПП или скатку бинта к месту пережатия бедренной артерии.
3. Наложить жгут с максимальным усилием (рис.19).
4. В случае травматического отрыва фрагмента нижней конечности жгут следует наложить на 3-4 см от края культи.
5. Обязательно ввести обезболивающее средство выше места наложения жгута.
6. Повернуть раненого на живот и оставить в таком положении до окончания боя или транспортировать его в укрытие в положении «лежа на животе».



Рис. 19. Наложение жгута на бедро

Необходимо помнить, что если в течение 2-х минут после ранения бедренной артерии не будет наложен кровоостанав-

ливающий жгут, то раненый погибнет от невосполнимой потери крови.

Жгут, наложенный с недостаточным усилием и находившийся на ноге более 30-40 минут, может привести к ампутации конечности или смерти пострадавшего.

При большой кровопотере возможна внезапная потеря сознания, поэтому раненого с повреждением бедренной артерии, травматической ампутацией фрагмента нижней конечности после наложения жгута следует быстро повернуть на живот. Оставлять его до окончания боя или транспортировать в укрытие следует только в положении «лежа на животе».

Наложения жгута-турникета

Жгут – турникет – современное табельное средство для временной остановки кровотечения (рис.20).

В отличие от резинового жгута данное средство не сдавливает ткани, не приводит к прекращению кровотока по периферическим сосудам, то есть не приводит к нарушениям функции конечности (вплоть до ее омертвления). Имеется возможность с помощью воротка затягивать жгут дозированно, на сколько это необходимо для временной остановки кровотечения. Также, к особенностям данного изделия можно отнести его высокую прочность и возможность многократного использования. **Но самое главное его преимущество заключается в удобстве при оказании самопомощи!**



Рис. 20. Жгут-турникет в «походном» положении

Техника наложение жгута – турникета одной рукой на плечо.

1. Надеть петлю жгута на повреждённую конечность выше места кровотечения.
2. Потянуть край ленты, затягивая жгут как можно крепче.
3. Использовать двухстороннюю клейкую ленту жгута для фиксации конечности до клипс.
4. Закручивать вороток до тех пор, пока не остановится артериальное кровотечение и не исчезнет пульсация поврежденного сосуда.
5. Проверив наличие кровотечения и пульса закрепить стержень в клипсе.
6. Обернуть остаток ленты вокруг конечности над стержнем и через клипсу.
7. Закрепить белой липучкой остаток ленты и на этой же липучке указать время наложения жгута. (рис.21)



Рис. 21. Техника наложения жгута – турникета на плечо

Техника наложение жгута – турникета двумя руками на бедро

1. Обернуть кровоостанавливающий жгут вокруг области ранения выше кровоточащего участка.
2. Протянуть край ремешка сквозь внутреннюю щель пряжки, крепко затянув жгут.
3. Закрепить ленту вокруг конечности до клипс путем применения двусторонней липучки.
4. Закрутить вороток до остановки кровотечения из артерии и исчезновения периферической пульсации.
5. Сделать запись времени наложения жгута на белой липучке (рис.22).

В случае не остановившегося кровотечения после наложения одного жгута, наложить аналогичным образом второй, проверяя пульс.



Рис.22. Техника наложения жгута - турникета на бедро

Временная остановка кровотечения с помощью закрутки.

Закруткой могут служить различные предметы: ремень, тесьма, полоса ткани и т.п. Любой из предметов обертывают вокруг конечности выше места ранения и завязывают крепким узлом с петлей. В петлю вставляют палку и закручивают ее до тех пор, пока не прекратится кровотечение. После этого концы палки закрепляют на конечности бинтом. Чтобы не образовалась складок и не сдавливалась кожа, петлю при закручивании оттягивают. Закрутку так же, как и жгут, накладывают поверх экипировки или на мягкую подкладку. Нельзя использовать для закрутки тонкие веревки, электрический провод, телефонный кабель, проволоку, так как при затягивании их на конечности могут быть повреждены мягкие ткани. Правила наложения закрутки такие же, как и жгута.

Правила эвакуации пострадавшего из зоны огневого контакта (очага поражения) в укрытие.

1. Транспортировать раненого следует в положении «лежа на животе», используя для передвижения свою левую ногу и правую руку.
2. Во избежание быстрого расходования сил через каждые 10-15 метров следует сменить толчковые руку и ногу на противоположные.
3. Во время транспортирования следует быть готовым в любой момент открыть заградительный огонь из автомата, расположенного за спиной раненого.

Расположение оружия во время транспортировки в укрытие.

Свое оружие взять за цевье в левую руку. Правой рукой захватить в кулак ремень оружия раненого и лямку его разгрузочного жилета, после чего приступить к передвижению в укрытие (рис. 23).



Рис. 23. Транспортировка в укрытие

Удерживание ремня оружия и лямки разгрузочного жилета в одной руке позволяет жестко фиксировать раненого при передвижении, а при необходимости быстро воспользоваться его оружием или оставить раненого (погибшего) бойца на месте и продолжить выполнение боевой задачи.

Варианты проведения заградительного огня во время транспортировки пострадавшего (рис.24, 25)



Рис.24. Первый вариант ведения заградительного огня



Рис. 25. Второй вариант ведения заградительного огня

Правила втаскивания пострадавшего и спасающего сотрудников за укрытие.

Сотрудник, доставивший раненого к укрытию, подхватывается за лямки разгрузочного жилета и резко втаскивается вместе с раненым в укрытие (рис.26). Пострадавший выпрямляет ноги и прекращает любые попытки перемещения.



Рис.26. Втаскивание пострадавшего за укрытие

Раздел 2. Порядок проведения мероприятий по оказанию первой помощи в укрытии. Подготовка пострадавших к транспортировке

Распределение задач между сотрудниками при оказании первой помощи раненому в укрытии (рис.27)



Рис. 27. Распределение задач

Первый номер. Помогает третьему номеру втащить раненого в укрытие. Затем приступает к снятию защитного шлема и выявлению признаков биологической смерти. Осматривает голову на наличие ран и повреждений костей черепа. Во время транспортировки к санитарному транспорту несет головной конец носилок слева.

Второй номер. Расстилает плащевые носилки или плащ – палатку. Затем снимает с раненого разгрузочный жилет и бронежилет, определяет пульс на сонной артерии. В случае клинической смерти наносит прекардиальный удар, проводит

непрямой массаж сердца. Во время транспортировки к санитарному транспорту несет головной конец носилок справа.

Третий номер. После транспортировки раненого в укрытие помогает снять разгрузочный жилет и затем бронежилет. Расстегивает поясной ремень. Во время проведения реанимации приподнимает ноги раненого. При транспортировке к санитарному транспорту несет ножной конец носилок.

Четвертый номер. Обеспечивает огневое прикрытие. При появлении возможности помогает перенести раненого с земли на носилки и транспортировать его к санитарному транспорту, оставляя за собой задачу огневого прикрытия.

Согласование действий сотрудников в подготовке раненого к осмотру (рис.28, 29).



Рис. 28. Подготовка раненого к осмотру (фаза 1)

Первый номер. Снимает с раненого оружие, если оно оставалось за спиной на ремне.

Второй номер. Расстилает носилки или плащ-палатку и располагается слева от нее.

Третий номер. Перекладывает раненого на носилки в положение «лежа на спине».

Первый номер. Выявляет признаки биологической смерти. Осматривает голову на наличие ран и повреждений костей черепа. В случае клинической смерти проводит искусственное дыхание способом «изо рта в рот».



Рис. 29 Подготовка раненого к осмотру (фаза 2)

Второй номер. Определяет пульс на сонной артерии. В случае клинической смерти наносит удар по груди и при необходимости приступает к непрямому массажу сердца.

Третий номер. Расстегивает поясной ремень раненого. Осматривает его шею, грудь, живот и ноги на наличие ран и кровотечений. В случае клинической смерти приподнимает ноги раненого, восстанавливает силы после транспортировки.

Тактика действий в укрытии в зависимости от состояния пострадавшего:

Ситуация №1 Высыхание роговицы, «кошачий глаз» (биологическая смерть).

Действия: повернуть погибшего на спину, накрыть плащ-палаткой, эвакуировать в последнюю очередь.

Ситуация №2 Пострадавший без сознания, нет пульса на сонной артерии. Нет признаков биологической смерти (клиническая смерть).

Действия: приступить к сердечно-легочной реанимации.

Ситуация №3 Нет сознания, но есть пульс на сонной артерии (кома).

Действия: повернуть пострадавшего на живот.

Техника проведения сердечно-легочной реанимации.

Уложить пострадавшего на жесткую поверхность. Снять средства бронезащиты. Расстегнуть брючный ремень и сдавливающую одежду. После этого наклонить голову набок, приоткрыть рот и убедиться, что просвет дыхательных путей не перекрыт. При обнаружении непроходимости — очистить дыхательные пути подручными средствами (например обмотать куском бинта указательный палец и круговыми движениями очистить полость рта пострадавшего). Для эффективного искусственного дыхания произвести прием Сафара — запрокинуть голову назад, выдвинуть челюсть вперед и вверх, приоткрыть рот одним движением. При признаках перелома позвоночника в области шеи только выдвинуть нижнюю челюсть вперед и вверх, приоткрыть рот одним движением. Комплекс реанимации начинается с 30 компрессионных сжатий грудины, которые выполняет один человек ритмично без перерывов. Оказывающий помощь становится сле-

ва или справа от пострадавшего, кладет ладонь на грудь пострадавшего таким образом, чтобы основание ладони располагалось на границе нижней и средней трети его грудины. Поверх этой ладони помещает другую, для усиления давления. Для выполнения массажа сердца руки должны быть прямыми, не согнутыми в локтевых суставах (рис. 30).

Выполняют 100-120 нажатий в минуту с ритмичной компрессией грудины на 5-6 см вглубь, до полного расширения грудной клетки после сжатия. После 30 компрессионных сжатий совершают 2 выдоха в полость рта или носа пострадавшего на протяжении 1 секунды.



Рис. 30. Проведение непрямого массажа сердца

При проведении дыхания методом «рот в рот» необходимо сжать ноздри пальцами перед совершением выдоха. Во время двух выдохов следует смотреть на грудную клетку: расправление и поднятие свидетельствуют о правильном выполнении. (рис. 31).



Рис. 31. Проведение искусственного дыхания

Если грудная клетка не поднимается и не опускается, необходимо проверить, проходимы ли дыхательные пути, возможно понадобится повторить прием Сафара.

При СЛР нужно обязательно проверять пульс каждые 2 минуты. Реанимировать необходимо без остановок до 30- 40 минут или до появления пульса на сонных артериях.

Распределение задач при проведении реанимационных мероприятий (рис 32).

Первый номер делает вдох в рот или в нос пострадавшего, при этом контролирует реакцию зрачков и пульс на сонной артерии и информирует бойцов о состоянии пострадавшего. «Есть пульс», «Есть зрачок» и т.д.

Второй номер проводит непрямой массаж сердца и отдает команду: «Вдох!». Контролирует эффективность вдоха по подъему грудной клетки и информирует: «Вдох прошел!» или «Нет вдоха!».

Третий номер приподнимает ноги пострадавшего для улучшения притока крови к сердцу. Восстанавливает силы и готовится сменить первый номер. Координирует действия первого и второго номера.

Через каждые 2-3 минуты реанимации обязательно производится смена участников. При несоблюдении этого правила велика вероятность обморока у первого номера.



Рис. 32. Распределение задач

Такое расположение участников позволяет:

- проводить реанимацию более 10 минут;
- избегать столкновений головами;
- привлечь к реанимации необученного сотрудника. Сначала ему следует доверить поддержание ног, а затем за- действовать в проведении реанимации.

Критерии эффективности реанимационных мероприятий

Об эффективном выполнении комплекса СЛР свидетельствует: появление пульса на сонных артериях. Чтобы убедиться, что пульс сохраняется, массаж сердца можно прекратить на 3-5 секунд; сужение зрачков свидетельствует об обогащении крови кислородом и поступлении ее в головной мозг; появление самостоятельного дыхания с полноценным устойчивым вдохом и выдохом, без эпизодов судорожных вдохов с последующим прекращением; исчезновение синюшности кожи лица, губ, кистей.

После восстановления сердцебиения и дыхания реанимационный комплекс прекращают выполнять, однако пострадавший должен находиться под наблюдением до окончания эвакуационных мероприятий.

Правила оказания первой помощи при ранении головы

1. Нельзя использовать пальцевое прижатие при артериальном кровотечении, особенно в области височных костей.
2. Приложить к ране скатку бинта (рис 33).



Рис. 33. Фиксация повязки на голове

Кровотечение из артерий мягких тканей головы не опасно для жизни. Оно прекращается в течение 10–15 минут. Но вместе с артериями часто повреждаются кости черепа, поэтому очень опасно использовать пальцевое прижатие, особенно в области височных костей из-за возможного вдавливания их отломков в мозг.

3. Нельзя отстранять от раны тампон. В случае сильного пропитывания его кровью, поверх приложить другой, который, при необходимости, можно заменять новым.

4. Зафиксировать тампон на голове бинтовой повязкой, шапочкой или банданой.

Правила оказания первой помощи при проникающих ранениях грудной клетки.

1. Прижать ладонью рану (можно через одежду).
2. Посадить пострадавшего с упором на свое колено (рис.34).



Рис. 34. Прижатие раны ладонью

При огнестрельном ранении следует одновременно зажать ладонями, как выходное, так и входное (или его предполагаемое место расположения) отверстия раны.

3. Раскрыть ИПП и приложить к входному отверстию раны герметизирующую оболочку и марлевую подушечку.

4. Усадить раненого с упором на колено.

5. Прижать коленом подушечку ИПП к спине раненого и прибинтовать обе подушечки к груди (рис.35).

6. Обязательно ввести пострадавшему обезболивающее средство.



Рис. 35. Наложение повязки на грудную клетку.

Проникающее ранение грудной клетки обязательно приведет к попаданию воздуха в плевральную полость, что значительно ухудшит состояние пострадавшего и может привести к остановке дыхания. Это объясняется тем, что поступающий воздух сжимает легкое. Смещение органов грудной клетки обязательно сопровождается сильнейшими болями и вызывает развитие болевого шока.

Правила оказания первой помощи при проникающих ранениях живота.

До осмотра медицинским работником любую рану в области живота следует расценивать как проникающую. В случае если из раны выступают органы брюшной полости – не трогать их и не пытаться вправить обратно, накрыть повязкой (можно использовать санитарную косынку). Косынку необходимо намочить водой перед наложением и следить, чтобы она не высохла при транспортировке. Если в ране находится посторонний предмет – не пытаться его удалить!

В случае повреждения внутренних органов в боевых условиях необходима скорейшая доставка в лечебное учреждение.

Первая помощь при всех ранах брюшной полости:

1. Уложить пострадавшего на спину.
2. Снять средства бронезащиты, освободить область живота и грудной клетки от элементов экипировки.
3. Приподнять пострадавшему ноги и согнуть их в коленях, ослабить поясной ремень.
4. Остановить видимые кровотечения.
6. Наложить на рану влажную асептическую повязку.
5. Обезболить.
5. Положить холод на живот.
6. Укрыть пострадавшего.
7. Первоочередная транспортировка в лечебное учреждение (рис.36).

Нельзя давать пострадавшему есть и пить! Через каждые 5-10 минут смачивать губы водой.



Рис. 36. Транспортировка на носилках

Правила оказания первой помощи при переломах конечностей.

Переломом называется нарушение целостности кости, возникающее под воздействием внешних факторов: огнестрельное или осколочное ранение, ударная волна при взрыве, а также удар, падение и т. д., и обычно сопровождающееся повреждением мягких тканей.

Различают открытые и закрытые переломы.

Открытый перелом сопровождается нарушением кожных покровов.

Закрытый перелом - без нарушения целостности кожных покровов.

Важнейшим моментом оказания первой помощи пострадавшим при переломах костей является иммобилизация конечностей (создание неподвижности костных отломков). Эта важнейшая профилактическая мера против осложнений, которые могут возникнуть при транспортировке пострадавшего в лечебное учреждение. Для иммобилизации используются табельные и подручные средства.

К ним относятся стандартные шины различных модификаций: сетчатая, картонная, лестничная, пневматическая, деревянная.

В боевой обстановке для иммобилизации чаще всего приходится использовать подручные материалы: доски, фанеру, пучки прутьев и т.д. Для укрепления шины, наложенной на конечности, используется бинт, ткань, поясной ремень, веревка и др.

При отсутствии шин или подручных материалов, при переломе руки нужно ее плотно прибинтовать к туловищу (сгибая в локтевом суставе под прямым углом), а при переломах ноги, поврежденную ногу следует прибинтовать к здоровой.

Правила наложения шин.

1. При открытом переломе и наличии кровотечения, перед наложением шины, необходимо остановить кровотечение при помощи жгута и наложить на рану асептическую повязку, используя для этого ИПП (индивидуальный перевязочный пакет).

2. Шина должна быть такой длины, чтобы можно было захватить и создать неподвижность в двух соседних суставах, между которыми находится поврежденная кость, а при переломе бедра и плеча - 3 сустава (тазобедренный, коленный и голеностопный – при переломе бедра; плечевой, локтевой, лучезапястный – при переломе плеча).

3. Если длина шины недостаточная, то необходимо связать несколько шин.

4. Шину накладывают поверх одежды и обуви.

5. Для предупреждения возникновения болей и омертвения тканей в местах костных выступов под шину подкладывают мягкий материал (ткань, ветошь, и т.д.).

6. Перед тем, как наложить шину необходимо от моделировать (изогнуть) по форме конечности (можно моделировать и по здоровой конечности).

7. При переломах костей ноги шины необходимо наложить с двух сторон.

8. При открытых переломах нельзя накладывать шину к месту, где наружу выступает кость. Повязки поверх шины накладывают равномерно, но не туго.

Первая помощь при закрытых переломах:

- ввести пострадавшему обезболивающее средство из шприца - тубика;
- наложить шину на поврежденную конечность.

Первая помощь при открытых переломах:

- остановить кровотечение жгутом или давящей повязкой;
- ввести пострадавшему обезболивающее средство из шприца - тубика;
- наложить на рану повязку с помощью ИПП (индивидуального перевязочного пакета);
- наложить шину на конечность и осторожно уложить на жесткую поверхность строго в горизонтальном положении.

Особенности транспортировки пострадавших при угрожающих жизни состояниях.

Правила транспортировки раненого в состоянии комы.

Транспортировать раненого в состоянии комы можно только в положении «лежа на животе».

Первый номер. Несет носилки за левую переднюю лямку, контролирует состояние пострадавшего и сообщает позади идущему о возможных препятствиях.

Второй номер. Несет носилки за правую переднюю лямку, контролирует состояние пострадавшего и сообщает позади идущему о возможных препятствиях.

Третий номер. Несет носилки в ногах за две задних лямки и готов в любой момент приступить к ведению огневого прикрытия.

Время от начала осмотра раненого и оказания первой медицинской помощи в укрытии до начала транспортировки на дальнейший этап эвакуации не должно превышать 2-х минут.

Правила транспортировки на носилках раненого с проникающим ранением грудной клетки.

1. Переносить пострадавшего на носилках можно только в положении сидя, так как в таком положении ему будет легче дышать.
2. Даже если пострадавший с ранением грудной клетки потерял сознание, его следует переносить в положении на спине с приподнятым головным концом носилок.

Правила переноса на носилки пострадавшего с подозрением на повреждение бедренных костей и костей таза.

1. Положить на носилки разложенный бронезилет
2. Осуществить максимально щадящий перенос раненого на носилки можно только с помощью четкого согласования действий четырех сотрудников (рис. 37).



Рис. 37. Перенос раненого на носилки

Первый номер. Левой рукой придерживает голову пострадавшего, а правой захватывает за одежду на уровне груди.

Второй номер. Правой рукой захватывает одежду на уровне живота, а левой удерживает пострадавшего за поясной ремень.

Третий и четвертый номера. Двумя руками придерживают бедра пострадавшего. По команде второго номера аккуратно перекладывают раненого с земли на носилки, удерживая его ноги в «позе лягушки».

3. На носилках, под колени пострадавшего, на бронезилет положить валик из одежды или плащ-палатки.

Размещение раненого с повреждениями костей таза или бедренных костей на щите (бронезилете), с валиком под коленями, позволит переносить его в защитной позе «лягушки» с наименьшим причинением боли и дополнительных повреждений.

Правила переноса на носилки пострадавшего с подозрением на перелом позвоночника.



Рис. 38. Перенос пострадавшего на носилки

Транспортировку пострадавшего необходимо осуществлять на спине, строго на твёрдых носилках или на «щите» из подручных материалов. При этом на носилки пострадавшего необходимо укладывать минимум втроём (рис. 38).

Первый номер. Удерживает пострадавшего со стороны головы, при этом его ладони находятся на тыльной поверхности шеи, а предплечья поддерживают голову.

Второй номер. Двумя руками удерживает под спину в области поясницы.

Третий номер. Двумя руками удерживает под спину в области груди.

Четвертый номер. Удерживает ноги пострадавшего.

Поднимать пострадавшего по готовности, одновременно на счет «три» Следить, чтобы голова, туловище и ноги представляли собой горизонтальную прямую линию.

При подозрении на перелом шейного отдела позвоночника, необходимо в первую очередь иммобилизовать его путём наложения импровизированной либо специализированной шины (так называемый «корсет»).

Правила оказания первой помощи пострадавшим при пожаре (в очаге возгорания).

В очаге возгорания на пострадавшего оказывают воздействие два основных поражающих фактора: термическое поражение (ожог) и отравление продуктами горения - окисью углерода (угарным газом) и другими химическими веществами.

Первая помощь при термической травме:

1. Прекратить воздействие травмирующего фактора.
2. Вынести пострадавшего из очага поражения.

Для тушения пламени на человеке нужно:

а) положить пострадавшего на землю, прижать к ней горящий участок;

б) набросить на пламя плотный материал (плащ-палатку, брезент и т.д.) и плотно прижать;

в) забросать горящий участок почвой (песком, глиной, сырой землёй) или залить водой.

3. Удалить тлеющую или обгоревшую одежду.

При прилипании ткани к коже – не отрывать!

4. Охладить (водой комнатной температуры, в течение 15-20 минут сразу после получения ожога, независимо от площади и глубины поражения).

5. Обезболить.

6. Наложить асептическую повязку.

7. Дать питьё, укутать и эвакуировать в лечебное учреждение.

При угнетении жизненно – важных функций организма (дыхание, кровообращение), проводить СЛР (сердечно-легочную реанимацию).

При нахождении внутри горящих объектов (зданий, бронетехники) серьёзную опасность представляет дым, насыщенный окисью углерода – его вдыхание может привести к потере сознания и последующей гибели. Для предотвращения такого исхода дышать (до покидания задымлённой зоны) нужно сквозь ткань, пропитанную водой. Однако вода очень быстро утрачивает нейтрализующую по отношению к СО функцию. Средства индивидуальной защиты (СИЗ) являются важными элементами, которые позволят уберечь здоровье человека во время возгорания помещения, спасти его жизнь. Одним из лучших средств индивидуальной защиты от опасных химических веществ, которые выделяются в процессе горения, является противогаз. Однако, несмотря на высокий уровень защиты, не все фильтрующие противогазы способны

защитить от угарного газа. Разные модели отличаются фильтрующими элементами.

Способы устранения воздействия аварийно-опасных химических веществ (АХОВ) на пострадавшего.

В современных условиях возможно заражение АХОВ при аварии на химически опасном объекте. Очаги поражения могут возникнуть также при разрушении предприятий, хранящих или производящих АХОВ, в результате стихийных бедствий.

При химических авариях с быстродействующими веществами помощь пораженным наиболее эффективна, если она оказывается в течение первых двух часов. Следовательно, необходимо оказание первой помощи в непосредственной близости от очага. Первая помощь в очаге поражения и на этапе эвакуации должна быть оказана в наиболее полном объеме, иначе значительно снижается эффективность лечения на последующих этапах.

Первая помощь пораженным АХОВ складывается из двух частей: первая — обязательная для всех случаев поражения, вторая - специфическая, зависящая от характера воздействия вредных веществ на организм человека.

Общие требования.

Необходимо как можно скорее прекратить воздействия АХОВ. Для этого - надеть на пострадавшего противогаз и вынести его на свежий воздух (рис. 39), обеспечить полный покой и создать тепло.



Рис.39. Эвакуация пострадавшего из очага поражения

Снять средства бронезащиты, ослабить поясной ремень. При возможности снять верхнюю одежду, экипировку, которая может быть заражена парами хлора, сероводорода, фосгена или другого вещества.

Специфическая помощь.

Отравление хлором. Чтобы смягчить раздражение дыхательных путей, следует дать вдыхать аэрозоль 0,5%-го раствора пищевой соды. Рекомендуется также вдыхать кислород. Кожу и слизистые промывать 2%-м содовым раствором не менее 15 мин. Из-за удушающего действия хлора пострадавшему передвигаться самостоятельно нельзя. Транспортируют его только в положении лежа на носилках. Если человек перестал дышать, надо немедленно сделать искусственное дыхание методом «изо рта в рот».

Поражение аммиаком. Пострадавшему следует дышать теплыми водяными парами, пить теплое щелочное питье. При удушье необходим кислород, при спазме голосовой ще-

ли - тепло на область шеи. **Если произошел отек легких, искусственное дыхание делать нельзя!** Слизистые и глаза промывать не менее 15 мин водой или 2%-м раствором борной кислоты. В глаза закапать 2-3 капли 30%-го раствора альбумида. При поражении кожи - обливать чистой водой, наложить салфетки смоченные 5%-м раствором уксусной, лимонной или соляной кислоты.

Поражение синильной кислотой. После надевания противогаза, дать антидот (противоядие), то есть раздавить тонкий конец ампулы **амилнитрита** и в момент вдоха вложить под лицевую часть противогаза (такой антидот должен храниться на предприятии, имеющем это вещество). Если состояние пострадавшего остается тяжелым, то через 5 минут процедуру повторить. Искусственное дыхание применять при резком ухудшении дыхания. При желудочных отравлениях синильной кислотой и ее солями - быстрое возбуждение рвоты и прием внутрь 1%-го раствора гипосульфита натрия

Поражение сероводородом. Непосредственно в зоне поражения обильно промыть глаза и лицо водой, надеть противогаз или ватно-марлевую повязку, смоченную содовым раствором, и немедленно покинуть район аварии. Вне зоны заражения с пораженного снять противогаз, освободить от экипировки, стесняющей дыхание одежды, согревают, дают теплое питье (молоко с содой, чай), обеспечивают покой. В глаза закапать по 2-3 капли 0,5%-го раствора дикаина или 1%-го раствора новокаина с адреналином, после чего наложить салфетки, смоченные 3%-м раствором борной кислоты. По возможности пострадавшего поместить в темное помещение или надеть ему светозащитные очки. Проводить ингаляция кислородом, при остановке дыхания - обязательна искусственная вентиляция легких. Пострадавшего немедленно эва-

куировать в лечебное учреждение для оказания специализированной помощи.

Оказание первой помощи при отравлении другими АХОВ принципиально не отличается от изложенного выше. Особенность заключается в применении других лекарственных препаратов.

Обезболивание. Техника введения противоболевого средства из шприца тубика:

Обезболивание в очаге поражения проводят всем раненым, травмированным и обожженным при наличии у них сознания с помощью противоболевого средства в шприц - тубике.

При пользовании шприц тубиком необходимо:

1) взять шприц-тубик в правую руку большим и указательным пальцами за корпус, левой рукой за ребристый ободок канюли и повернуть корпус вокруг оси по часовой стрелке (рис. 40-1) (навинчивать до упора и тем самым проколоть мембрану).

2) снять колпачок, не касаясь иглы, сдвинуть корпус до появления 2-3 капель жидкости (тубик держать иглой вверх) (рис. 40-2);

3) удерживая шприц-тубик за ребристый ободок канюли и не сжимая пальцами корпус, ввести иглу резким колющим движением на всю длину иглы (рис. 40-3) в мягкие ткани ягодицы, наружную мышцу бедра или плеча, себе (при оказании самопомощи) или пострадавшему

4) выдавить содержимое тубика, сжимая его корпус (рис. 40-4);

5) не разжимая пальцы, извлечь иглу (рис. 40-5).

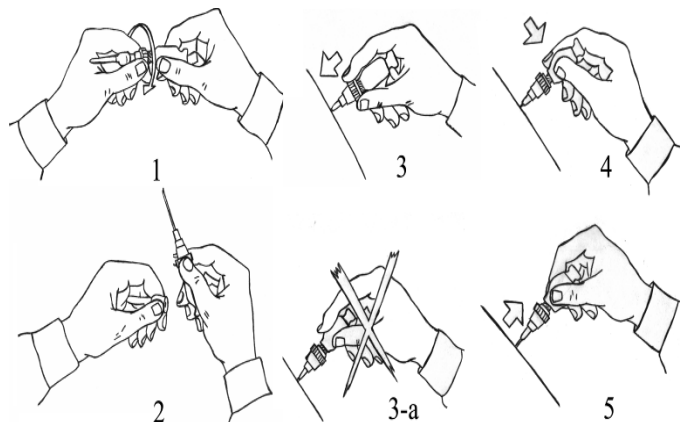


Рис. 40. Алгоритм действий при использовании шприц - тубика

В тяжелых случаях поражения иглу в мышцу можно вводить, через одежду.

Для контроля за количеством введённого препарата, пустой шприц – тубик прикалывают к нагрудному карману пострадавшего.

Правила пользования индивидуальным перевязочным пакетом.

Пакет перевязочный индивидуальный ИПП-1 (рис. 41) применяется для наложения первичных повязок на раны. Он состоит из бинта (шириной 10 см и длиной 7 м), двух ватно-марлевых подушечек и булавки. Одна из подушечек пришита около конца бинта неподвижно, а другую можно передвигать по бинту. Подушечки и бинт завернуты в вощеную бумагу и вложены в герметичный чехол из прорезиненной ткани, целлофана или пергаментной бумаги.



Рис. 41 Пакет перевязочный индивидуальный ИПП-1

Правила пользования пакетом ИПП-1

1. Взять ИПП в левую руку, правой захватить надрезанный край наружного чехла, рывком оборвать склейку и вынуть пакет в вощенной бумаге с булавкой.

2. Из складки бумажной оболочки извлечь булавку и временно приколоть ее на видном месте к одежде.

3. Развернуть бумажную оболочку, в левую руку взять конец бинта, к которому пришита ватно-марлевая подушечка, в правую - скатанный бинт, и развернуть его. При этом освобождается вторая подушечка, которая может перемещаться по бинту.

4. Растянуть бинт, разводя руки, вследствие чего подушечки расправляются.

Одна сторона подушечки прошита красными нитками. Оказывающий помощь, при необходимости может касаться руками только этой стороны. Подушечки кладут на рану дру-

гой, не прошитой стороной. При небольших ранах подушечки накладывают одна на другую, а при обширных ранениях или ожогах — рядом.

В случае сквозных ранений одной подушечкой закрывают входное отверстие, а второй — выходное, для чего подушечки раздвигаются на нужное расстояние. Затем их прибинтовывают круговыми ходами бинта, конец которого закрепляют булавкой.

Наружный чехол пакета, внутренняя поверхность которого стерильна, используется для наложения герметических повязок, при проникающих ранениях грудной клетки.

Раздел 3. Алгоритмы неотложных действий при различных ранениях

Ситуация 1. Наложение окклюзионной повязки в условиях укрытия.

Огнестрельное ранение грудной клетки. В результате ранения может возникнуть такое явление, как пневмоторакс (поступление воздуха в грудную полость), при котором функция лёгких резко снижается и человек может погибнуть в результате удушья.

Действия: Придать пострадавшему полусидящее положение, прижать рану ладонью. Затем закрыть рану воздухо-непроницаемым материалом (прорезиненной оболочкой перевязочного пакета, целлофаном), герметизируя ее. Зафиксировать этот материал повязкой или пластырем. Если рана сквозная, закрыть входное и выходное раневые отверстия.

Время исполнения не более 2-х минут.

Вид помощи взаимопомощь.

Ситуация 2. Поворот раненого на живот в секторе обстрела

Раненый без сознания, лежа на спине. Лежа в таком состоянии на спине, можно задохнуться от западения языка или захлебнуться рвотными массами.

Действия: сделать поворот на живот. Завести ближнюю к себе руку раненого за его голову. Заведенная за голову рука не только страхует шейный отдел позвоночника, но и значи-

тельно облегчает поворот тела. Затем освободить ротовую полость от рвотных масс и слизи.

Время исполнения поворот на живот не более 5 секунд.

Вид помощи взаимопомощь.

Ситуация 3. Наложение кровоостанавливающего жгута на конечность в зоне огневого контакта.

Огнестрельное или осколочное ранение бедра, сопровождающееся артериальным кровотечением. Смерть может наступить в течение нескольких минут от острой кровопотери.

Действия: пережать поврежденный сосуд выше раны кулаком с последующим наложением кровоостанавливающего жгута в соответствии с правилами наложения жгута при артериальном кровотечении.

Время исполнения не более 15-20 секунд.

Вид помощи взаимопомощь, самопомощь.

Ситуация 4. Остановка артериального кровотечения из сонной артерии в зоне огневого контакта

Огнестрельное или осколочное ранение шеи, сопровождающееся артериальным кровотечением. Смерть может наступить в течение нескольких минут от острой кровопотери.

Действия: прижать пальцем рану на шее, наложить через тампон кровоостанавливающий жгут ниже места ранения через подмышечную впадину. На рану наложить многослойную

повязку. Время наложения жгута не указывается. Если раненый без сознания- повернуть его на живот до окончания боя.

Время исполнения наложение жгута на шею не более 10 секунд.

Вид помощи взаимопомощь.

Ситуация 5. Оказание первой помощи при ранении мягких тканей головы в условиях укрытия.

Ранение мягких тканей головы с обильным кровотечением. Смерть может наступить от воздушной эмболии сосудов головного мозга или от острой кровопотери.

Действия: произвести тампонаду раны многослойной салфеткой, зафиксировать с помощью бинтовой повязки. Нельзя использовать пальцевое прижатие при артериальном кровотечении, особенно в области височных костей, из-за возможного вдавливания их отломков в мозг.

Время исполнения не более 20 секунд.

Вид помощи взаимопомощь.

Заключение

Оказание первой помощи в особых условиях относится к экстремальным видам профессиональной деятельности требующей особого уровня физической и специальной подготовки, а также психологической устойчивости к негативным и сбивающим факторам. Сотруднику ОВД при действиях в этих условиях приходится не только противостоять этим факторам, но и эффективно выполнять возложенные на него служебные обязанности. Нередко оказавшись рядом с пострадавшим, оказывающий помощь, медлит, впадает в ступор либо не знает что делать. Главное, научиться тактически грамотно действовать в первые минуты, после обнаружения пострадавшего, чтобы сохранить его и свою жизнь, находясь в зоне огневого контакта (поражения).

Изучив данные методические рекомендации, каждый сотрудник ОВД всегда сможет оказать первую помощь себе, товарищу, и другим, кто будет в ней нуждаться. Сотрудник неподготовленный к действиям в столь экстремальных условиях, значительно раньше подготовленного сотрудника утратит способность эффективно действовать, что может привести к потерям личного состава и в конечном итоге поставит под угрозу выполнение поставленных оперативно-служебных задач.

При составлении методических рекомендаций авторы объединили свой личный опыт несения службы в особых условиях в качестве медицинских работников различных подразделений ОВД с опытом специальных подразделений ФСВНГ накопленным при выполнении оперативно-служебных и служебно-боевых задач во время проведения контртеррористических операций в регионах Северного Кавказа. Изучили и всесторонне проанализировали все аспекты

подготовки сотрудников ОВД к оказанию первой помощи в особых условиях несения службы.

По мнению авторов, подготовка к оказанию первой помощи в особых условиях складывается из теоретической и практической части. Вопросы оказания первой помощи должны учитываться при составлении программ подготовки обучающихся по дисциплинам «Тактико-специальная подготовка», «Специальная подготовка» и отрабатываться в ходе групповых занятий и тактико-строевых (специальных) занятий.

Всё вышеперечисленное позволяет рекомендовать данный материал для изучения курсантам, слушателям и преподавателям образовательных организаций системы МВД России, сотрудникам ОВД, привлекаемым к проведению контртеррористических операций, а так же всем лицам, заинтересованным в обеспечении высокого уровня профессиональной подготовки сотрудников ОВД.

Библиографический список

1. Федеральный конституционный закон от 30.05.2001 г. № 3-ФКЗ (ред. от 03.07.2016) «О чрезвычайном положении»
2. Федеральный закон от 21 ноября 2001 г. № 323 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации»
3. Федеральный закон от 07.02.2011 г. №3 «О полиции»
4. Приказ Минздравсоцразвития от 4 мая 2012 г. № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи»
5. А.М. Шелепов, И.В. Седов, Р.Н. Лемешкин, А.Н. Миргородский «Пути повышения эффективности оказания первой помощи в звене рота-батальон отдельной мотострелковой бригады» Вестник Российской военно – медицинской академии 4(48) – 2014 г.
6. Обеспечение личной безопасности сотрудников ОВД, входящих в состав функциональных групп при проведении специальных операций / Ю.Н. Кириченко, А.А. Тарасенко, А.В. Медведев [и др.]. – Курск: ООО «ТОП+», 2022. – 112 с.
7. Евич Ю. Ю. к.м.н., Монография «Тактическая медицина на современной иррегулярной войны» ДНР, 2015 г. www.litmir.me.
8. Учебник Д.В. Марченко «Первая медицинская помощь при травмах и несчастных случаях» Ростов-на-Дону: Феникс, 2009 г. — 314 с.: ил. стр.145-166.
9. В.Г. Бубнов, Н.В. Каташинский «Атлас первой помощи в условиях проведения антитеррористических операций» 2009 г. - ООО «ГАЛО-БУБНОВ» www.galo.ru
10. С.В. Петров, В.Г. Бубнов, «Первая помощь в экстремальных ситуациях» Практическое пособие. – Москва: НЦ ЭНАС, 2000 г.

11. Кириченко Ю. Н. Личная безопасность сотрудников транспортной полиции в схемах и таблицах / А. А. Тарасенко [и др.]. – Белгород: Белгородский юридический институт Министерства внутренних дел Российской Федерации им. И.Д. Путилина, 2020. – 116 с.
12. Личная безопасность сотрудников органов внутренних дел : учебное пособие для курсантов и слушателей / Ю.Н. Кириченко, П.Н. Войнов, А.В. Медведев; ООО «ТОП». – Курск, 2018. - 100с.
13. Основы комплексной подготовки сотрудников органов внутренних дел к выполнению оперативно-тактических задач: учебное пособие для курсантов и слушателей / Ю.Н. Кириченко, П.Н. Войнов, В.А. Михайликов, Д.В. Меняйло, А.А. Тарасенко; ООО «ТОП». – Курск, 2018. – с. 73.
14. Подготовка сотрудников органов внутренних дел к обеспечению личной безопасности: учебное пособие для курсантов и слушателей / Ю.Н. Кириченко, П.Н. Войнов, В.Л. Михайликов, Д.В. Меняйло, А.А. Тарасенко; ООО «ТОП». – Курск, 2018. – с.124.
15. Тактико-специальная подготовка / В.Л. Михайликов, П.Н. Войнов, В.А. Хрисанов и др. – Белгород: Бел ЮИ МВД России имени И.Д. Путилина, Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2019. – 476 с.

Учебное издание

Кириченко Юлия Николаевна, кандидат юридических наук, доцент,
доцент кафедры тактико-специальной подготовки, Белгородского
юридического института МВД России имени И.Д. Путилина.

Красников Роман Владимирович, преподаватель кафедры тактико-
специальной подготовки, Белгородского юридического института
МВД России имени И.Д. Путилина.

Колмыков Сергей Николаевич, кандидат географических наук,
старший преподаватель кафедры тактико-специальной подготовки,
Белгородского юридического института МВД России
имени И.Д. Путилина.

Медведев Алексей Владимирович, кандидат психологических наук,
профессор кафедры психологии и педагогики, Белгородского
юридического института МВД России имени И.Д. Путилина.

Никулин Сергей Геннадьевич, старший преподаватель кафедры
тактико-специальной и огневой подготовки Казанского юридического
института МВД России.

ПОДГОТОВКА СОТРУДНИКОВ ОВД К ДЕЙСТВИЯМ В ОСОБЫХ УСЛОВИЯХ (ОСНОВЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ)

Учебное пособие

Компьютерная верстка и макет *Горохов А.А.*

Подписано в печать 23.06.2023.

Формат 60х84 1/16, Бумага офисная.

Уч.-изд. л. 4,8 Усл. печ. л. 4,4 Тираж 500 экз. Заказ №

Отпечатано в типографии

Закрытое акционерное общество «Университетская книга»

305018, г. Курск, ул. Монтажников, д.12

ИНН 4632047762 ОГРН 1044637037829 дата регистрации 23.11.2004 г.

Телефон +7-910-730-82-83 www.nauka46.ru