

18+

ИВАН ДОРОФЕЕВ
ИРИНА ЛАМОНОВА ГРИГОРИЙ СУГАНЯКА



**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УЛУЧШЕНИЮ
ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ
МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ В
ОТДЕЛЬНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ**

МОНОГРАФИЯ

**МОСКВА
2026**

**Григорий Суганяка
Иван Дорофеев
Ирина Ламонова
Рекомендации
по улучшению организации
службы медицинских
специалистов в отдельных
подразделениях. Монография**

*http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=73873234
ISBN 9785006986718*

Аннотация

Предоставление справочной информации и рекомендаций, которые смогут улучшить деятельность медицинских специалистов в отдельных подразделениях, по оказанию первой помощи, ведению необходимого учета, проведению занятий и инструктажей для личного состава подразделения, стандартизации состава имеющихся аптек и выбору наиболее приспособленного для остановки кровотечений.

Содержание

АВТОР	6
СОАВТОР	9
СОАВТОР	10
РЕЦЕНЗЕНТЫ	11
РЕЦЕНЗЕНТЫ	12
КОНСУЛЬТАНТЫ	13
ВВЕДЕНИЕ	16
1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ	21
1.1. УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ	21
1.2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ	24
1.3. ЗАДАЧИ И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СПЕЦИАЛИСТА ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ	27
1.4. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ	35
1.5. ПЕРЕЧЕНЬ СОСТОЯНИЙ, ПРИ КОТОРЫХ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ	37
1.6. ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ	39

1.7. РАСЧЕТ ПОТЕРИ ОЦК	44
1.8.ВНУТРИВЕННЫЙ ДОСТУП	46
1.9. ВНУТРИКОСТНЫЙ ДОСТУП	48
1.10. ВОСПОЛНЕНИЕ ОЦК	51
Конец ознакомительного фрагмента.	53

**Рекомендации
по улучшению организации
службы медицинских
специалистов в отдельных
подразделениях
Монография
Иван Дорофеев,
Ирина Ламонова,
Григорий Суганяка**

© Иван Дорофеев, 2026

© Ирина Ламонова, 2026

© Григорий Суганяка, 2026

ISBN 978-5-0069-8671-8

Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

АВТОР



© *Дорофеев Иван Михайлович*
позывной «Котофей»

ветеран боевых действий;
участник СВО;
участник воссоединения Крыма с Россией;

почетный донор России;

почетный донор Москвы;

инструктор по оказанию первой помощи пострадавшим;

прапорщик полиции в отставке;

студент по направлению обучения 31.02.01 «Лечебное де-

ло», Частное профессиональное образовательное учрежде-

ние «Международный открытый колледж», РФ, г. Одинцо-

во;

магистрант, Российский государственный университет

народного хозяйства имени В. И. Вернадского, РФ, г. Бала-

шиха.

ХУДОЖНИК: Дорофеев Иван Михайлович

Все иллюстрации (рисунки) в данном материале были изначально нарисованы автором для своих детей во время несения службы в зоне боевых действий. Иллюстрации были оцифрованы с бумажных носителей и дополнительно обработаны на персональном компьютере для использования в данной работе.

© Полное авторское право, в том числе на иллюстрации, право распоряжаться данной интеллектуальной собственностью принадлежит исключительно Дорофееву Ивану Михайловичу. Иные лица не вправе заявлять о полных или частичных правах на данную интеллектуальную собственность.

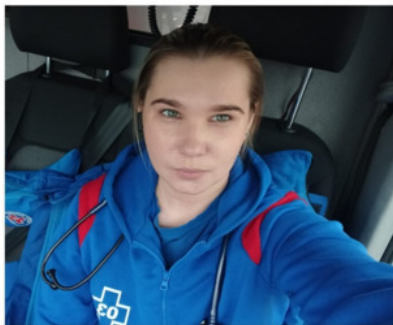
ВАЖНО!

ДИСКЛЕЙМЕР

**ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ! ТРЕБУЕТСЯ
КОНСУЛЬТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТА!**

Информация, представленная в данной книге, носит ознакомительный характер и не заменяет профессиональную медицинскую консультацию, диагностику или лечение!

СОАВТОР



Ламонова Ирина Олеговна

фельдшер;

преподаватель медицинских дисциплин;

инструктор по оказанию первой помощи пострадавшим.

СОАВТОР



Суганяка Григорий Юрьевич

руководитель учебного центра «Медсанбат»

преподаватель медицинских дисциплин;

инструктор по оказанию первой помощи пострадавшим.

РЕЦЕНЗЕНТЫ

Тлакадугова Мадина Хажисмеловна

кандидат медицинских наук, доцент,

заведующая кафедрой нормальной и патологической анатомии, Медицинская академия Кабардино-Балкарского государственного университета имени Х. М. Бербекова, РФ, г. Нальчик;

Вологиров Аслан Сафарбиевич

кандидат медицинских наук,

доцент кафедры нормальной и патологической анатомии, Медицинская академия Кабардино-Балкарского государственного университета имени Х. М. Бербекова, РФ, г. Нальчик;

Пишуква Альбина Анатольевна

кандидат медицинских наук,

доцент кафедры нормальной и патологической анатомии, Медицинская академия Кабардино-Балкарского государственного университета имени Х. М. Бербекова, РФ, г. Нальчик;

РЕЦЕНЗЕНТЫ

Юдина Ольга Петровна

кандидат биологических наук, доцент,

Российский государственный университет народного хозяйства имени В. И. Вернадского, РФ, г. Балашиха;

КОНСУЛЬТАНТЫ

Васильев Евгений Сергеевич, почетный врач Российской Федерации; лауреат II ст. «Лучший врач медицинской реабилитации России»; главный врач, ГБУЗ ПО Детская областная клиническая больница; главный внештатный спортивный врач; главный детский травматолог высшей категории Комитета по здравоохранению Псковской области;

Хохлов Дмитрий Владимирович, врач специальный физиолог ММК2, старший лейтенант;

Кубряк Елена Валерьевна, хирургическая медсестра;

Гилоева Светлана Юрьевна, палатная медсестра хирургического отделения Жуковской ЦРБ;

Карпова Мария Александровна, студент, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова;

Демченко Валерия Романовна, инструктор по оказанию первой помощи пострадавшим, студент, Частное профессиональное образовательное учреждение «Колледж современных технологий и медицины», РФ, г. Москва;

Зимова Юлия Константиновна, российский государственный деятель, создатель ряда крупных благотворительных проектов, лауреат Государственной премии РФ в области благотворительной деятельности, эксперт, Благотворительный фонд «Народный фронт. Всё для Победы»;

Баранов Андрей Ричардович, старший преподаватель кафедры деятельности ОВД в особых условиях, подполковник запаса, Московский Университет МВД РФ им. Кикотя;

Кошкарев Владимир Игоревич, директор фонда поддержки ветеранов оперативных служб силовых ведомств «Центр-Т», эксперт по вопросам антитеррористической защищённости промышленных и иных объектов и массового пребывания людей, подполковник запаса;

Ефимов Яков Юрьевич, актёр, каскадер, постановщик боевых сцен и постановщик трюков, тренер-инструктор по рукопашному и штурмовому бою, спортивному, историческому и прикладному фехтованию, чемпион России по штурмовому бою, чемпион Европы, России и Белоруссии по историческому фехтованию;

Бондаренко Сергей Иванович, капитан второго ранга запаса;

Буринов Владимир Сергеевич, капитан полиции;

Титов Валерий Владимирович, атаман Донецкого регистрового казачества станицы Докучаевская, каскадер из гильдии каскадеров России, хорунжий казачества;

Михеев Александр Витальевич, лейтенант полиции;

Балаев Павел Владимирович, прапорщик полиции;

Рябов Александр Александрович, прапорщик полиции;

Пихтовников Владислав Александрович, прапорщик, капитан полиции в отставке;

Долженков Виктор Михайлович, заместитель руково-

дителя центра военно-патриотического воспитания и подготовки граждан к защите Отечества ГБУ ОКЦ СЗАО г. Москвы, старший лейтенант милиции в отставке;

Бондаренко Игорь Сергеевич, старший сержант, магистрант, Российский государственный университет народного хозяйства имени В. И. Вернадского, РФ, г. Балашиха;

Вараха Светлана Александровна, каскадер и постановщик трюков, спасатель-доброволец и волонтер;

Дорофеева Дарья Александровна, нейропсихолог и педагог;

Кубряк Сергей Владимирович, волонтер.

ВВЕДЕНИЕ

Медицинские специалисты подразделений, являются универсальными военнослужащими, которые должны знать большое количество информации по медицине, иметь расширенную тактическую подготовку, зачастую обладать навыками управления транспортом, уметь принимать непростые решения в боевых условиях и брать на себя ответственность за своих товарищей.

Эта работа не описывает деятельность военных госпиталей или медсанбатов, а предназначена для штатных или внештатных медицинских специалистов в самих подразделениях пехоты или артиллерии.

В работе собрана справочная информации и рекомендации, которые смогут улучшить деятельность медицинских специалистов подразделений по оказанию первой помощи, ведению соответствующего учета, проведению занятий и инструктажей для личного состава подразделения, стандартизации имеющихся аптек и выбору наиболее быстрого приспособления для остановки кровотечений.

Цель исследования, изучить задачи, обязанности и возможности медицинских специалистов подразделений в зоне боевых действий, провести сравнительный анализ по определению наиболее быстрого приспособления для остановки крово-

течения, а также привести примеры реализованных практик и предоставить ряд полезных рекомендаций по улучшению организации работы медицинской службы.

Задачи исследования:

1. Изучить часть нормативно-правовых документов и методических рекомендаций, касающихся медицинских специалистов подразделений.
2. Составить список рекомендаций по дополнительным задачам и обязанностям медицинских специалистов подразделений.
3. Привести примеры мероприятий и способов по оказанию первой помощи, которые редко упоминающийся в современных учебных и методических материалах данной тематики.
4. Привести примеры унифицированных форм бланков и журналов касающихся медицинских специалистов. А также самостоятельно разработать и привести примеры дополнительных бланков и журналов для ведения соответствующего учета в подразделениях.
5. Определить и привести примеры различных видов аптек, использующихся в зоне боевых действий.
6. Разработать для рекомендации медицинским специалистам подразделений примерные планы проведения занятий по оказанию первой помощи с личным составом.
7. Провести сравнительный анализ, при самопомощи и от-

дельно при взаимопомощи, по скорости остановки кровотечения с помощью различных приспособлений. А на основании полученных данных сравнить среднее время наложения кровоостанавливающих средств с критическим временем кровопотери (при котором человек может потерять до 40% ОЦК).

8. Зафиксировать и провести сравнительный анализ положительных и негативных факторов касающихся кровоостанавливающих средств, выявленных в ходе ранее проведенного сравнительного анализа.

9. Провести эксперимент и выяснить возможность остановки артериального кровотечения на конечностях с помощью манжеты ручного тонометра. Установить среднее время (сек) и средний показатель манжеты (mmHg) начиная от наложения манжеты на конечность до полной остановки артериального давления.

10. Привести примеры реализованных практик для рекомендации медицинским специалистам подразделений.

Предмет исследования – методические материалы и материально-техническое имущество медицинской службы подразделений.

Объект исследования – деятельность (задачи, обязанности и возможности) медицинских специалистов подразделений в зоне ведения боевых действий.

Научная новизна – заключается в изучении той деятельности медицинской службы, которая должна быть неоднократно проанализирована, чтобы улучшить и упростить деятельность штатного или внештатного медицинского специалиста подразделения.

Практическая значимость работы заключается в предоставлении справочной информации и рекомендаций, которые смогут улучшить деятельность штатного или внештатного медицинского специалиста подразделения по оказанию первой помощи, ведению необходимого учета, проведению занятий и инструктажей для личного состава подразделения, стандартизации имеющихся аптек и выбору наиболее быстрого приспособления для остановки кровотечений.

Реализация результатов исследования – результаты исследования смогут стать дополнительным методическим материалом, в электронном или печатном виде, на основании которого штатный или внештатный медицинский специалист сможет изучить и реализовать предложенные рекомендации в своих подразделениях.

Работа иллюстрирована: 18 таблицами, 23 рисунками, 16 приложениями с тематическими иллюстрациями.

Список литературы содержит 12 источников.

Материалы исследования:

- методические материалы;
- нормативно-правовые документы, регламентирующие оказание первой помощи военнослужащими в зоне боевых действий;
- медицинское оборудование и инструменты;
- расходные материалы медицинской службы;
- лекарственные средства.

Методы исследования:

- изучение методических материалов и нормативно-правовой базы;
- проведение замеров времени затрачиваемого на выполнение соответствующих упражнений;
- сравнительный анализ данных;
- консультация со специалистами.

Упоминание наименований лекарственных средств в данной работе не подразумевает их скрытую рекламу или посягательство на авторские права. Наименования лекарственных средств указаны исключительно с научной точки зрения в виде примера.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

1.1. УЧЕБНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

В ходе самоподготовки медицинские специалисты подразделений, могут обратиться к следующим учебным материалам:

– Олейчук Д. В., Гайворонский И. В., Ивницкий Ю. Ю., Климов А. Г., Герасимов Г. Л., Казаков А. Н., Нарыков В. И., Дударенко С. В., Сингаевский А. Б., Чумаков А. А., Пименов П. В., Винакмен Ю. А., Устенко В. Г., Смирнов А. В. «Учебник санитарного инструктора» Военное издательство. г. Москва. 2002г.

В учебнике рассматриваются основы анатомии и физиологии человека, основы военной гигиены, основы эпидемиологии и противоэпидемической защиты войск, основы десмургии и транспортной иммобилизации, инфекционные болезни, неотложная медицинская помощь при критических состояниях, обусловленных ранениями, травмами и несчастными случаями, механические и термические повреждения мирного и военного времени, диагностика, оказание первой и доврачебной помощи, комплектно-табельное медицинское оснащение общевойсковых подразделений, уход и наблюдение за ранеными и больными, основы медицинского обеспе-

чения общевойсковых подразделений в военное время. [4, Стр.1];

– «Справочник тактической медицины» от Военно-медицинской академии имени С. М. Кирова, г. Санкт-Петербург, 2022г.

В справочнике описана последовательность оказания первой помощи по алгоритму протокола «КУЛАК БАРИН» в зависимости от находений в той или иной зоне (красная, желтая, зеленая);

– Куандыков М. Г., Серговенцев А. А., Калачёв О. В., Крюков Е. В., Крайнюков П. Е., Пастухов А. Г., Овечкин В. Б., Першин И. В., Толстошеев В. Н., Макиев Р. Г., Половинка В. С., Бадалов В. И., Булатов М. Р., Мустаев О. З., Лупина Д. В., Никитюк С. И., Смирнов Д. Ю., Кудашин С. А., Катулин А. Н. Методические рекомендации «Стандарт оказания первой помощи военнослужащим вооруженных сил Российской Федерации при выполнении задач в условиях военного времени, ведения военных (боевых) действий, выполнения боевых (учебно-боевых), служебно-боевых (оперативно-служебных) задач в области обороны», г. Москва, 2022г.

Настоящий порядок регламентирует принципы оказания первой помощи военнослужащими Вооруженных Сил Российской Федерации при выполнении задач в условиях военного времени, ведения военных (боевых) действий, выполнения боевых (учебно-боевых), служебно-боевых (оператив-

но-служебных) задач в области обороны (далее – выполнение военными задачами в области обороны). [2, Стр.6];

– В. Г. Бубнов, Н. В. Каташинский, «Атлас первой помощи в условиях проведения антитеррористических операций», г. Москва, 2007г.

В основу учебно-практического пособия «Атлас первой помощи в условиях проведения антитеррористических операций» положена методика массового обучения навыкам оказания первой помощи, отмеченная Золотой медалью XXVIII Международного женеvского салона изобретений и инноваций (Швейцария) в номинации «Медицина». Данная методика рекомендована департаментом научно-исследовательских и образовательных медицинских учреждений Министерства здравоохранения РФ для использования в образовательном процессе по подготовке лиц, не имеющих медицинского образования, но обязанных оказывать первую неотложную медицинскую помощь (письмо МЗ №16> 16/68 от 28.06.99). [5, Стр.1].

1.2. НОРМАТИВНО- ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЕ ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ

Оказание первой помощи военнослужащими и деятельность медицинских специалистов подразделений, регламентирована следующими документами:

– Статья 31 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

– Пункты 8, 9, 10 Статьи 17,1 Федерального закона от 31 мая 1996 г. №61-ФЗ «Об обороне»;

– Приказ Министра обороны Российской Федерации от 9 декабря 2022 г. №760 «Об утверждении Перечня состояний, при которых оказывается первая помощь военнослужащим Вооруженных Сил Российской Федерации, войск национальной гвардии Российской Федерации, спасательных воинских формирований Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, Службы внешней разведки Российской Федерации, органов

федеральной службы безопасности, органов государственной охраны, органов военной прокуратуры, военных следственных органов Следственного комитета Российской Федерации, Главного управления специальных программ Президента Российской Федерации в условиях военного времени, ведения военных (боевых) действий, выполнения боевых (учебно-боевых), служебно-боевых (оперативно-служебных) задач в области обороны, а также правил ее оказания»;

– Приказ Министра обороны Российской Федерации от 13 июня 2023 г. №340 «Об утверждении Порядка организации подготовки военнослужащих и медицинских специалистов медицинских (военно-медицинских) организаций, частей и медицинских (военно-медицинских) подразделений Вооруженных Сил Российской Федерации по проведению мероприятий по оказанию первой помощи»;

– Приказ Министра обороны Российской Федерации от 23.12.2020 г. №715 «Об установлении случаев и порядка оказания медицинской помощи личным составом медицинских (военно-медицинских) организаций, частей и медицинских (военно-медицинских) подразделений Вооруженных Сил Российской Федерации, войск национальной гвардии Российской Федерации, спасательных воинских формирований федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на решение задач в области гражданской обороны, Службы внешней разведки Российской Федерации,

органов федеральной службы безопасности, органов государственной охраны, органов военной прокуратуры, военных следственных органов Следственного комитета Российской Федерации, Главного управления специальных программ Президента Российской Федерации вне мест постоянной дислокации этих организаций, частей и подразделений при выполнении военнослужащими задач в условиях военного времени, ведения военных (боевых) действий, выполнения боевых (учебно-боевых), служебно-боевых (оперативно-служебных) задач в области обороны»;

– Указ Президента РФ от 10.11.2007 N 1495 (ред. от 24.06.2025) «Об утверждении общевоинских уставов Вооруженных Сил Российской Федерации» (вместе с «Уставом внутренней службы Вооруженных Сил Российской Федерации», «Дисциплинарным уставом Вооруженных Сил Российской Федерации», «Уставом гарнизонной и караульной служб Вооруженных Сил Российской Федерации»);

– Методические указания и инструкции Главного военно-медицинского управления (ГВМУ) МО РФ (регламентируют оказание медицинской помощи военнослужащим и содержатся в различных приказах Минобороны РФ и других нормативных документах, таких как Приказ №553 от 2023 года, устанавливающий особенности оказания медпомощи, и Постановление Правительства РФ №1980 от 2020 года, утверждающее Правила организации медицинской помощи).

1.3. ЗАДАЧИ И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СПЕЦИАЛИСТА ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

В основном по штатному расписанию медицинским специалистом подразделения, является санинструктор, а в ином случае он может быть санитаром-стрелком. Обязанности санинструктора и санитаря-стрелка указаны в «Учебнике санитарного инструктора», а также информация представлена на сайте МО РФ.

1. Задачи и обязанности санинструктора роты на сайте МО РФ:

«Вид ВС или род войск: Сухопутные войска;

ВУС: младших медицинских специальностей;

Штатная должность: санитарный инструктор;

Штатное воинское звание: старший сержант;

Тарифный разряд: 4.

Специалист подчиняется командиру роты, а в порядке внутренней службы – и старшине роты. Отвечает за оказание медицинской помощи личному составу роты, своевременное выявление больных и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Санитарный инструктор обязан: следить за соблюдени-

ем санитарных условий в помещениях роты; организовывать мероприятия по сохранению здоровья личного состава роты и выполнению им правил гигиены; наблюдать за содержанием личным составом роты в чистоте одежды, белья и постельных принадлежностей; следить за доброкачественностью воды, которой пользуется рота, а также за чисткой и дезинфекцией уборных; оказывать заболевшим первую медицинскую помощь в случае отсутствия врача или фельдшера; представлять заболевших на осмотр врачу или фельдшеру после доклада командиру роты, а в случаях, не терпящих отлагательства, лично отправлять больных к врачу с последующим докладом командиру роты (старшине роты); выполнять предписанные врачом простейшие лечебные назначения и наблюдать за выполнением больными указаний врача; во время дежурства по медицинскому пункту санитарный инструктор роты отвечает за внутренний порядок в медицинском пункте, а в отсутствие врача – за оказание медицинской помощи; знать характер заболеваний всех больных, находящихся на стационарном лечении в медицинском пункте, назначенное им лечение и характер питания, выполнять назначения врача; по вызову дежурного по столовой части определять доброкачественность продуктов, выдаваемых в столовую; при поступлении в медицинский пункт внезапно заболевших военнослужащих оказывать им медицинскую помощь; по вызову дежурного по подразделению или по полку немедленно прибыть к за-

болеющему для оказания медицинской помощи, а в случаях, требующих безотлагательной врачебной помощи, принять меры по срочной доставке больного в медицинский пункт и доложить врачу; проводить медицинский осмотр лиц, прибывающих из командировки, отпуска, молодого пополнения, а также лиц из наряда в столовую и водителей транспорта перед выходом в рейс; обеспечивать хранение ядовитых и наркотических средств; в совершенстве владеть методами восстановления и поддержания жизненно важных функций организма (искусственного дыхания «изо рта в нос», «изо рта в рот», непрямого массажа сердца, мануального, искусственного дыхания, использования дыхательной аппаратуры и т.д.).

Санитарный инструктор роты должен знать основные признаки острых заболеваний внутренних органов, травм, в том числе и с повреждениями внутриполостных органов, отравлений и инфекционных заболеваний, а также уметь оказывать неотложную медицинскую помощь.

В период учебно-боевой, боевой деятельности личного состава части (подразделения) принимает участие в розыске пораженных на местности, обеспечивает им оказание доврачебной помощи и эвакуацию на пункт сбора пораженных.

В боевой обстановке обязан обеспечить в своем подразделении оказание помощи раненым и больным, своевременный вынос раненых с поля боя в целях предупреждения вторичного поражения, контроль за выполнением требований личной

гигиены личным составом подразделения: помывку личного состава, санитарную обработку (дезинфекцию, дезинсекцию обмундирования); наличие перевязочного материала для оказания помощи и взаимопомощи при ранении, контроль за приемом пищи, своевременное информирование начальника о нахождении раненых.

Работа выполняется с помощью простых ручных инструментов, различных медицинских измерительных устройств, физиотерапевтической аппаратуры.

Работа санитарного инструктора роты четко определена правилами, инструкциями, но в ней возникают ситуации, требующие принятия самостоятельных, инициативных действий.

В процессе деятельности осуществляет межличностные контакты с большим количеством лиц. Несет ответственность за жизнь и здоровье людей, материально отвечает за сохранность имущества, лекарств, аппаратуры, перевязочных средств.

Работа протекает в помещении и на открытом воздухе, связана с опасностью и риском для жизни в боевых условиях, со значительными физическими нагрузками.

Для овладения специальностью желательно иметь среднее медицинское образование (медицинское училище).

Специальная военная подготовка санитарных инструкторов осуществляется в течение шести месяцев в учебных воинских частях [8].»

2. Задачи и обязанности санинструктора роты согласно «Учебника санитарного инструктора» указанные в «Обязанностях должностных лиц медицинского состава мотострелкового батальона» в Главе 12:

«Санитарный инструктор роты подчиняется командиру роты, а по специальным вопросам выполняет распоряжения начальника медицинской службы батальона. В бою санитарный инструктор действует непосредственно в боевых порядках роты.

Он обязан: знать задачу роты и свою задачу в предстоящем бою, место командно-наблюдательного пункта роты, медицинского пункта батальона, поста санитарного транспорта, а при необходимости, и медицинского пункта бригады (полка), наличие раненых и больных в подразделениях; организовать розыск раненых на поле боя, оказание им первой помощи, а также их сбор, укрытие и обозначение; лично оказывать первую и доврачебную помощь тяжело раненым и тяжело больным; выявлять больных, оказывать им первую и доврачебную помощь и опрашивать их в медицинский пункт батальона; вести наблюдение за полем боя, сигналами санитаров-стрелков, запоминать места падения раненых и разыскивать их; выбирать места для укрытия раненых (медицинского поста роты) и пути выноса (вывоза) их в ближайшее укрытое от огня противника место; ставить задачу санитарам-стрелкам, придан-

ным роте санитарам (внештатным санитарам) и указывать порядок и место их работы, руководить их действиями в ходе боя установленными командами и сигналами; поддерживать постоянную связь с командиром роты, а также с командиром медицинского взвода батальона, докладывая им о числе раненых, местах их размещения и о необходимой помощи; своевременно пополнять у личного состава и в сумках санитаров-стрелков израсходованные запасы медицинского имущества; следить за выполнением личного состава роты правил личной гигиены и обучать его приемам оказания само- и взаимопомощи в бою; проводить медицинскую разведку района расположения и боевых действий роты; вести учет раненых и больных, эвакуированных из роты, и докладывать о них командиру роты. [4, Стр.281]»

3. Задачи и обязанности санинструктора отделения медицинской помощи согласно «Учебника санитарного инструктора» указанные в «Обязанностях должностных лиц медицинского состава мотострелкового батальона» в Главе 12:

«Подчиняется командиру медицинского взвода мотострелкового батальона.

Он обязан: знать задачу отделения медицинской помощи и организовать в соответствии с указаниями командира медицинского взвода его работу по оказанию медицинской помощи раненым и больным; развертывать и оборудовать медицинский пункт; готовить раненых и больных к дальней-

шей эвакуации, проводить их эвакуационно-транспортную сортировку; проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия в очагах инфекционных заболеваний; обучать личный состав отделения приемам оказания первой помощи, а также мерам по предупреждению заболеваний; выписывать медицинское имущество и организовывать его получение из аптеки, медицинской роты бригады (полка); вести учет поступивших и эвакуированных раненых и больных и докладывать о них командиру медицинского взвода. [4, Стр.281]»

4. Задачи и обязанности санитар-стрелка мотострелкового взвода согласно «Учебника санитарного инструктора» указанные в «Обязанностях должностных лиц медицинского состава мотострелкового батальона» в Главе 12:

«Санитар-стрелок мотострелкового взвода подчиняется командиру взвода, а по специальным вопросам выполняет распоряжения санитарного инструктора роты.

Он обязан: осуществлять розыск раненых и больных на поле боя, оказывать им первую помощь, оттаскивать их в укрытия, умело используя маскирующие и защитные свойства местности, обозначать места их нахождения; изучать местность в районе расположения (действий) взвода и указывать раненым и больным, которые сохранили способность к самостоятельному передвижению, наиболее короткий и безопасный путь к медицинскому посту роты, по-

сту санитарного транспорта (месту сбора раненых), медицинскому пункту батальона; проверять и, при необходимости, исправлять первичные повязки, наложенные в порядке само- и взаимопомощи; вести учет раненых и больных, эвакуированных из взвода, и докладывать о них командиру взвода. [4, Стр.281]»

5. Задачами и обязанности командира медицинского взвода, медицинской сестры, командира отделения сбора и эвакуации раненых, механика-водителя-санитара, старшего механика-водителя-санитара, санитаря медицинского взвода и санитаря отделения сбора и эвакуации раненых указаны в «Обязанностях должностных лиц медицинского состава мотострелкового батальона» в Главе 12 «Учебника санитарного инструктора».

1.4. ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ

Согласно Приказа Министра обороны Российской Федерации от 13 июня 2023 г. №340, каждый военнослужащий, находящийся на штатной должности медицинского специалиста, должен пройти расширенный курс по тактической медицине. Подготовка проходит в ходе плановых практических занятий, тренировок и учений по военно-медицинской подготовке и в режиме самостоятельной подготовки в организациях дополнительного профессионального образования, осуществляющих обучение по программам подготовки по оказанию первой помощи. [7]

А подготовка инструкторов по тактической медицине из числа военнослужащих и медицинских специалистов по программе дополнительного профессионального образования повышения квалификации по обучению приемам оказания первой помощи осуществляется в Центре (тактической медицины Вооруженных Сил Российской Федерации) федерального государственного бюджетного военного образовательного учреждения высшего образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министер-

ства обороны Российской Федерации. [7]

В каждом батальоне или дивизионе должно быть не менее двух подготовленных инструкторов по тактической медицине, которые смогут проводить занятия и тренировки для военнослужащих своих подразделений.

Инструкторами по тактической медицине могут стать медицинские специалисты, младшие медицинские специалисты без медицинского образования, а также военнослужащие, прошедшие расширенный курс по тактической медицине.

Сведения о потребности выделения мест на подготовку инструкторов по тактической медицине до 1 декабря предшествующего обучению года, соответствующими командирами объединений, соединений и воинских частей представляются в Главное управление кадров Министерства обороны Российской Федерации и Главное военно-медицинское управление Министерства обороны Российской Федерации. [7]

1.5. ПЕРЕЧЕНЬ СОСТОЯНИЙ, ПРИ КОТОРЫХ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ

Согласно Приказа Министра обороны РФ от 9 декабря 2022 г. №760 существует перечень состояний, при которых оказывается первая помощь:

- Отсутствие сознания.
- Остановка дыхания и кровообращения.
- Наружные кровотечения.
- Инородные тела верхних дыхательных путей.
- Травмы различных областей тела.
- Ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения.
- Отморожение и другие эффекты воздействия низких температур.
- Отравления и поражения боевыми отравляющими веществами.
- Воздействие факторов радиационной, химической и биологической природы.
- Комбинированное воздействие поражающих факторов оружия, основанного на новых физических принципах.
- Укусы змей и ядовитых насекомых.

– Утопление.

– Острые психогенные реакции на стресс (острые реакции боевого стресса). [6]

Далее будут представлены некоторые виды манипуляций и приспособлений для оказания первой помощи, которые не часто упоминаются в учебных материалах по первой помощи.

1.6. ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ

Во многих современных методических рекомендациях описаны все возможные приемы использования самых популярных способов остановки кровотечения с помощью жгутов кровоостанавливающих ленточного типа (Эсмарха, Альфа и т.д.) или кровоостанавливающих турникетов (ТБС, САТ и т.д.), поэтому в данной работе для ознакомления я представлю другие менее популярные и малоизвестные способы для остановки кровотечения. При этом не стоит забывать, что первоначальный способ для любой остановки кровотечения, хотя бы на минимальное время, это пальцевое прижатие.

1) Остановка кровотечения методом максимального сгибания конечности:

– Если кровотечение на руке ниже локтевого сустава в сторону кисти, то в локтевой сгиб вкладывается валик (сверток ткани или полотенца, несколько бинтов, ППИ и т.д.), рука сгибается в локте и поднимается локтем вверх таким образом, что пальцы кисти будут касаться головы. Для удобства транспортировки, чтобы не выронить валик и не уменьшать давления на кровеносные сосуды, рука в таком положении может быть зафиксирована с посторонней помощью ремнем или веревкой (связанные шнурки от обуви и иные подручные средства).

– Если кровотечение на руке выше локтевого сустава в сторону плеча, то в подмышечную впадину вкладывается валик, рука опускается по швам и заводится за спину назад, как рычаг. Для удобства транспортировки, чтобы не выронить валик и не уменьшить давления на кровеносные сосуды, за спину заводится вторая рука и с посторонней помощью две руки фиксируются за спиной вместе выше локтевых суставов с помощью ремня или веревки, как при оказании помощи со сломанными ключицами.

– Если кровотечение на ноге ниже колена в сторону стопы, то в сидячем положении на ровной поверхности под колено вкладывается валик, нога максимально сгибается таким образом, что стопа тянется к бедру. Для удобства транспортировки, чтобы не выронить валик и не уменьшать давления на кровеносные сосуды, нога в таком положении может быть зафиксирована самостоятельно с помощью ремня или веревки.

– Если кровотечение на ноге выше колена в сторону таза, то в сидячем или лежащем положении на ровной поверхности в паховую складку вкладывается валик, а нога, немного согнутая в колене, поднимается на себя и сгибается в тазобедренном суставе в сторону здоровой конечности по типу ноги на ногу, но таким образом, что пострадавшую ногу необходимо держать обеими руками и тянуть на себя, создавая давление на кровеносные сосуды.

– Если кровотечение на шее (справа или слева), то необ-

ходимо осуществить пальцевое прижатие пальцами руки с противоположной стороны от повреждения, согнуть голову и прижать ее к плечу со стороны повреждения, руку со стороны повреждения поднять вверх, согнуть в локте и заложить за голову сзади, с посторонней помощью не прекращая пальцевого прижатия, заложить валик в зоне повреждения на шею и с большим усилием прижать голову к плечу. Для удобства транспортировки, чтобы не выронить валик и не уменьшать давления на кровеносные сосуды, голова в таком положении может быть зафиксирована с помощью ремня между здоровой стороной шеи и подмышечной впадины поднятой руки. Перед наложением ремня на шею необходимо проложить мягкую подкладку из ткани.

2) Закрутка

Закрутку можно сделать из любого матерчатого материала, ремня или веревки, но самым лучшим способом, я считаю применение бинта.

На повреждённую конечность (ногу или руку) накладываются три тура бинта. Сверху этих трёх туров вертикально размещается крепкий, тонкий и удлинённый предмет, например, карандаш (ручка, отвёртка и т.д.). Далее, не снимая остаток бинта, его удерживают одной рукой, а другой захватывают края предмета и начинают закручивать его вбок по часовой стрелке до тех пор, пока не остановится кровотечение и не возникнет ощущение боли и онемения. Затем предмет фиксируется в вертикальном положении с по-

мощью остатков бинта, создавая петлю, которая захватывает одну сторону предмета, делает тур в противоположную сторону и захватывает другую сторону, снова делая тур в другую сторону. Таким образом, закрутка надёжно фиксируется, а небольшой остаток бинта можно обернуть вокруг одной из сторон предмета.

Закрутку возможно сделать при самопомощи в основном только на ноге, а на всех конечностях закрутка возможна при взаимопомощи.

3) Замыкатель Руднев

Данное устройство является очень эффективным при остановке кровотечения и стандартно устанавливается на кровоостанавливающий жгут Альфа (Бубнова) длиной 78 см. Замыкатель можно установить и на кровоостанавливающий жгут Эсмарха, но удобен в использовании будет именно с жгутом Альфа.

При самопомощи жгут, Альфа с замыкателем Руднева можно накладывать себе на ногу и с большим трудом на руку, если приноровиться. При взаимопомощи его можно наложить на ногу, руку и даже на шею, чтобы остановить кровотечение. Норматив наложения жгута с замыкателем 10 сек.

Алгоритм наложения жгута с замыкателем Руднева:

- Жгут Альфа с замыкателем Руднева берется в обе руки и растягивается перед наложением.
- Определяется место наложения на конечности выше

кровотокашей раны.

– Растянутый жгут с замыкателем накладывается на конечность с максимальным натяжением, и свободная от замыкателя сторона жгута натягивается на один из пазов замыкателя.

– Проверяется правильность наложения и остановка кровотечения.

– При необходимости усиления натяжения, необходимо наложить дополнительный тур жгута и зафиксировать на другом свободном пазу замыкателя.



Рисунок 1 — Кровоостанавливающий жгут Альфа (78 см) с замыкателем Руднева

1.7. РАСЧЕТ ПОТЕРИ ОЦК

1. В медицинской практике для определения ОЦК у взрослого человека могут использовать следующие формулы:

ОЦК мужчины = 0,07 x масса тела (кг)

ОЦК женщины = 0,065 x масса тела (кг)

2. Для того, чтобы узнать объем кровопотери используется индекс Альговера (шоковый индекс), который рассчитывается с помощью соотношения частоты сердечных сокращений за одну минуту к показателю систолического (верхнего) АД. Чем чаще будет биться сердце и чем ниже будет показатель АД, тем больше крови значит потерял человек.

3. Ниже представлены формулы со следующими обозначениями:

Единица измерения пульса = количество ударов в минуту (уд/мин)

Единица измерения АД = миллиметрах ртутного столба (mmHg)

Шоковый индекс (ШИ) = литры крови у взрослого человека

4. Нормальная величина

(почти сопоставимо донации донорской крови):

$$60 \text{ (уд/мин)} / 120 \text{ (mmHg)} = 0.5 \text{ л.}$$

5. Шок 1 степени и кровопотеря 15—20% ОЦК:

$$80 \text{ (уд/мин)} / 110 \text{ (mmHg)} = 0.8\text{—}0.9 \text{ л.}$$

6. Шок 2 степени и кровопотеря 20—40% ОЦК:

$$100 \text{ (уд/мин)} / 90 \text{ (mmHg)} = 1\text{—}1.2 \text{ л.}$$

7. Шок 3 степени и кровопотеря более 40% ОЦК:

$$140 \text{ (уд/мин)} / 70 \text{ (mmHg)} = 1,3 \text{ л. и более.}$$

1.8.ВНУТРИВЕННЫЙ ДОСТУП

На основании п.2 Ст.2 Приложения №2 «Правил оказания первой помощи» Приказа Министра обороны РФ от 09.12.2022г. №760 военнослужащим и медицинским специалистам, прошедшим подготовку по программе подготовки по оказанию первой помощи для выполнения ОЦК разрешено выполнение внутривенного доступа.

Внутривенный доступ является одним из видов сосудистого доступа и осуществляется с помощью катетеров. Существуют центральные и периферические катетеры. Центральные катетеры используются чаще всего в реанимации для введения в центральные вены (подключичная, яремная, бедренная) и требуют достаточно сложных манипуляций и специального набора для катетеризации центральных вен.

Для периферического внутривенного доступа используют стандартные венозные катетеры. Для оказания первой помощи подойдут катетеры 18G (зеленые). Периферический катетер является полой трубкой, которая надета на иглу. Игла нужна как проводник для установки катетера в вену и удаляется сразу после его установки.

На руку выше места будущего прокола, устанавливается жгут для того, чтобы вены на конечности стали лучше видны и тем самым сделать пункцию более безопасной. Место на локтевом сгибе прощупывается подушечками пальцев

и место для пункции определяется визуально и тактильно, после чего место прокола обрабатывается спиртовой салфеткой.

Катетер на игле вводится в вену под углом 15° . Когда в индикаторной камере появляется кровь, то угол наклона иглы с канюлей необходимо уменьшить и ввести иглу с канюлей в вену на несколько миллиметров. После фиксации иглы, катетер медленно сдвигается с иглы внутрь вены, жгут снимается с руки, а игла-проводник из вены удаляется и в ней остается только канюля, к которой подключается инфузионная система.

1.9. ВНУТРИКОСТНЫЙ ДОСТУП

На основании п.2 Ст.2 Приложения №2 «Правил оказания первой помощи» Приказа Министра обороны РФ от 09.12.2022г. №760 военнослужащим и медицинским специалистам, прошедшим подготовку по программе подготовки по оказанию первой помощи для восполнения ОЦК разрешено выполнение внутрикостного доступа.

«На установку внутривенного доступа отводится не более 3-х попыток, далее – выполнять внутрикостный доступ (при наличии набора) [2, Стр.18]».

Ниже представлены примеры нескольких видов приспособлений для внутрикостного доступа:

- Набор для внутрикостного введения ВКИ-Э (при помощи электропривода);
- Средство для внутрикостного доступа шприц-пистолет (одноразовые);
- Средство для внутрикостного доступа дрель (многообразные с расходниками);
- Устройство внутрикостного канюлирования УВК-М Радмирс.

Для использования того или иного приспособления для внутрикостного доступа, имеющегося в наличии, рекомендуется дополнительно прочитать инструкцию по его применению, просмотреть обучающие фильмы и отработать навык

на тренажере.

Перед проведением манипуляций можно обезболить место введения вокруг производя в/м и подкожно несколько уколов с введением от 3 до 5 мл 2% лидокаина или новокаина. Место для пункции проверяется на наличие травм и инфекций, после чего обрабатывается спиртовой салфеткой.

Внутрикостный доступ чаще всего осуществляется в области проксимальной части большеберцовой кости, чуть ниже коленного сустава (для определения точки на своем теле, пальцем находим середину бугристости большеберцовой кости после впадины ниже колена посередине, оттуда медиальнее на 2 см и от той точки вверх на 1 см). Пункция производится перпендикулярно к кости, обычно на внутренней или передней поверхности.

Также внутрикостный доступ может быть выполнен в проксимальной части плечевой кости, ближе к плечевому суставу (для определения точки на своем теле, пальцем находим середину линии, соединяющей клювовидный отросток на лопатке и акромион, оттуда вниз на 2 см и от той точки к передней части тела 1 см). Пункция производится в области, где кость наиболее доступна, обычно на внутренней стороне плеча.

Алгоритм внутрикостного доступа на примере использования шприц-пистолета:

– Поместить наконечник иглы на выбранное место, перпендикулярно к кости и прижать его к коже, вытащить

из шприца-пистолета прищепку-предохранитель.

– Активировать шприц-пистолет надавив на него, чтобы быстро и точно ввести иглу в костную ткань.

– При правильном введении можно почувствовать провал при прохождении через кортикальный слой кости и будет слышен щелчок с отдачей в руку.

– После введения иглы, извлечь из нее мандрен.

– Закрепить иглу в правильном положении прищепкой-предохранителем, идущей в комплекте с шприц-пистолетом, и дополнительно зафиксировать полосками пластыря к коже, чтобы предотвратить её смещение.

– После введения иглы необходимо проверить наличие костного мозга присоединив шприц (пустой) и потянув стержень шприца на себя взяв аспирационную пробу (если видно красную жидкость, доступ установлен правильно).

– Далее в течении двух минут шприцом вводится по 2 мл 2% лидокаина, для дополнительного обезболивания и при этом будет чувствоваться сопротивление ВКД. После этого, через две минуты болюсно пролить 20 мл Натрия Хлорид 0,9%. А потом в течении одной минуты вводить 1 мл 2% лидокаина.

– После данных мероприятий можно подключить инфузионную систему или вводить необходимый препарат.

– В полевых условиях применение внутрикостного доступа имеет ряд рисков и наилучшим вариантом остается внутривенный доступ.

1.10. ВОСПОЛНЕНИЕ ОЦК

На основании п.2 Ст.2 Приложения №2 «Правил оказания первой помощи» Приказа Министра обороны РФ от 09.12.2022г. №760 военнослужащим и медицинским специалистам, прошедшим подготовку по программе подготовки по оказанию первой помощи разрешено восполнения ОЦК путем инфузии кристаллоидных растворов.

Стандартный объем у растворов идет 250—500 мл.

При введении инфузии для восполнения ОЦК, растворы вводятся внутривенно-струйно.

Растворы не должны быть холодными, чтобы не усилить развитие общего переохлаждения.

Кристаллоидные растворы

Это растворы, в которых содержатся растворенные электролиты (например, натрий, калий, хлор) и небольшие молекулы, которые могут легко проходить через клеточные мембраны. Также растворы могут включать глюкозу. Они широко используются для восполнения ОЦК и поддержания гидратации организма.

Физиологический раствор усваивается в организме примерно за 20 мин.

Примеры кристаллоидных растворов для инфузий:

– Натрия Хлорид 0,9%;

- Муфусол,
- Дисоль;
- Ацесоль;
- Трисоль;
- Рингер-лактат;
- 5% раствор декстрозы (глюкозы);
- Стерофундин изотонический.

Алгоритм установки капельницы:

- Проверить срок годности и целостность упаковки с раствором.
- Распаковать систему для инфузий и подключить ее к флакону-капельницы проткнув пластиковым шипом место со специальной выемкой.
- Открыть роликовый зажим на трубке инфузионной системы и пролить трубки, чтобы удалить в них воздух с помощью прокачки системы (немного зажать рукой флакон-капельницы).
- Закрыть роликовый зажим, удалить на конце инфузионной системы ненужную иглу и подключить систему к ранее установленному катетеру.
- Зафиксировать флакон-капельницы в подвешенном виде выше уровня конечности, в которую вводится раствор.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.