

ВЫЖИВАНИЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ:

**ПЕРВАЯ  ПОМОЩЬ
ПРИ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ**

Юрий ЕВИЧ

Том 4.

УЧЕБНИК ИНСТРУКТОРА





ВЫЖИВАНИЕ и БЕЗОПАСНОСТЬ:

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ
при БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ

Юрий ЕВИЧ

УЧЕБНИК ИНСТРУКТОРА

Том 4.

2024 г.
FURY

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	7
Вступление.....	9
ЧТО ЭТО? ДЛЯ КОГО? И ЗАЧЕМ?	11
ИНСТРУКТОРСКИЙ КУРС	16
Первый день.....	16
Часть 1. Вводная часть.....	16
1. Построение.	16
2. Доведение порядка работы.	16
3. Разбиение по группам, структуризация личного состава.	19
Основные принципы обучения	26
Часть 2. Наложение жгутов, самопомощь.....	29
1. Жгут типа Эсмарха-Лангенбека (или «ленинградец»). Раздача МТО, его предварительная проверка и укладка.	30
1.1. Самопомощь. Ранение руки, наложение жгута на плечо в положении стоя.	33
1.2. Самопомощь. Наложение жгута на ногу в положении сидя.	39
1.3. Самопомощь лёжа при ранении руки.	42
1.3.1. Правильное залегание и подъём.	42
1.3.2. Наложение жгута на руку в положении «лёжа».	42
1.3.3. Переворот на спину в положении «лёжа» при ранении в руку.	45
1.4. Самопомощь, наложение жгута на ногу в положении лёжа.....	45
1.5. Самопомощь при ранении шеи. Жгут с ППИ.....	49
1.6. Наложение жгута с ППИ при ранениях паха и ягодицы.....	55
2. Самопомощь. Наложение турникетных жгутов.	55
2.1. Жгут-турникет CAT (Combat Application Tourniquet).....	55
2.2. Жгуты-турникеты типа SOFTT: «Красногорский» и «Невский».....	58
2.3. Жгут-турникет «Белгородец».....	60
2.4. Жгут-турникет «Медплант».....	61
2.5. Редкие модели жгутов.....	63
2.5.1. Неудачные модели жгутов.	64
2.5.2. Эластические жгуты с петлёй на одном конце.	66
1. Жгут «Альфа» (Бубнова) – РФ и армянский.....	66
2. Жгут «Аполло».....	67
3. «Серёгин» жгут.....	68
2.5.3. Жгуты эластические, типа Эсмарха.....	68
2.5.3.1. Жгуты силиконовые.....	68
2.5.3.2. Жгуты в виде ленты.....	69
2.5.3.3. Жгуты текстильно-прорезиненные.....	70
1. «Ленинградец».....	70
2. Текстильный с крючками, США.....	70
3. RATS.....	71
2.5.3.4. Турникетные жгуты.....	71

1. SAM XT Sam Medical	71
2. С застёжкой типа лыжного крепления.....	72
3. «Донской».....	72
4. Турникет типа «Удав».....	73
2.5.3.5. Самодельные жгуты из серии «очумелые ручки».....	73
2.6. Отечественные редкие турникеты типа САТ.....	74
О причинах сложностей привлечения людей к патриотической деятельности и боевой подготовке.....	77
Часть 3. Наложение жгутов, взаимопомощь	81
1. Наложение жгута на руку в положении «стоя».....	82
2. Наложение жгута на ногу стоя на колене.....	84
3. Наложение жгута на руку в положении лёжа.....	85
3.1. Лёжа на руку, голова к голове пострадавшего.....	85
3.2. Лёжа на руку, голова к ногам пострадавшего.....	88
4. Наложение жгута на ногу лёжа.....	89
4.1. Лёжа на ногу, голова к голове пострадавшего.....	89
4.2. Лёжа на ногу, голова к ногам пострадавшего.....	90
Часть 4. Эвакуация пострадавшего.....	91
Эвакуация пострадавшего лёжа	92
1. Приёмы эвакуации лёжа.....	95
1.1. Переворот с живота на спину рывком к себе.....	95
1.2. Переворот с живота на спину толчком ноги от себя.....	96
1.3. Разворот вокруг оси.....	97
1.4. Перетаскивание на себе, лёжа на боку.....	99
1.5. Перетаскивание на себе, лёжа на спине.....	102
1.6. Оттаскивание за лямки плитника.....	104
1.7. Перетаскивание на стропе.....	105
2. Эвакуация пострадавшего стоя.....	108
2.1. Эвакуирует один человек.....	108
2.1.1. Основные приёмы.....	108
2.1.1.1. Приём Раутека.....	108
2.1.1.2. На спине «рюкзачком» без подручных приспособлений.....	111
2.1.1.3. Поперёк плеч, приём «мельница».....	112
2.1.2. Дополнительные приёмы эвакуации стоя.....	113
2.1.2.1. Волоком за эвакуационную петлю или лямку бронежилета.....	113
2.1.2.2. На спине на стропе.....	114
2.1.2.3. На плащ-палатке волоком.....	115
2.2. Эвакуируют двое.....	118
2.2.1. За бронежилет (разгрузочную систему).....	118
2.2.1.1. За разгрузку волоком, одной рукой, оба смотрят назад.....	118
2.2.1.2. За разгрузку волоком, одной рукой, один смотрит назад, второй – вперёд.....	118
2.2.1.3. За разгрузку одной рукой, второй – за пояс.....	119
2.2.2. Без разгрузки (бронежилета).....	119

2.2.2.1. Приёмом Раутека.....	120
2.2.2.2. Под мышки, раненый спиной вперёд, несущие – лицом по ходу движения.....	121
2.3. Эвакуируют втроем.....	125
2.3.1. На руках.....	125
2.3.1.1. Высокий приём Раутека (на плече, как бревно, ногами вперёд).....	125
2.3.1.2. Рюкзачком, из положения лёжа.....	126
2.3.2. С подручными приспособлениями.....	127
2.3.2.1. Стропой за разгрузку волоком.....	128
2.3.2.2. На плащ-палатке.....	129
2.3.2.3. На носилках «Фома-180».....	130
2.3.2.4. На пластиковых носилках-волокушах.....	132
2.3.2.5. Отработка эвакуации «рюкзачком» при помощи строп.....	133
2.3.2.6. Эвакуация раненого на спине при помощи рамы от рюкзака.....	134
Часть 5. Разбор допущенных ошибок. Выводы.....	135
ИНСТРУКТОРСКИЙ КУРС.....	138
Второй день.....	138
Вводная часть. Разбор ошибок предыдущего дня, выводы, уточнения.....	138
Часть 1. Обезболивание (само- и взаимопомощь).....	140
1. Штатный шприц-тубик.....	142
2. Шприц с ампулой.....	148
Часть 2. Наложение повязок, стоя на колене.....	150
1. На конечности.....	150
1.1. ППИ старого образца.....	151
1.2. Израильский 4” (6”) бандаж.....	152
1.3. Демонстрация редких перевязочных средств.....	154
2. На голову.....	155
2.1. Израильский 4” (6”) бандаж.....	155
2.1.1. Наложение повязки при ранениях в боковые части черепа (горизонтальная повязка).....	155
2.1.2. Наложение повязки при ранениях в теменную часть черепа (вертикальная).....	156
2.1.3. Комбинированная повязка на голову.....	157
2.2. ППИ старого образца (бинт) – «шапочка», «чепец».....	157
3. На культы конечностей.....	159
3.1. Израильский 4” (6”) бандаж.....	159
3.2. ППИ старого образца (бинт).....	162
4. Наложение повязки на живот.....	163
4.1. Израильский 12” бандаж.....	164
4.2. Косынка.....	165
5. Наложение повязки на таз.....	166
Важность плана действий в работе.....	167
Часть 3. Наложение повязок лёжа.....	169
1. На конечности.....	169
1.1. ППИ старого образца.....	169

2.3. Израильский 4" (6") бандаж	170
2. На голову.....	171
2.1. Израильский 4" (6") бандаж.	172
2.2. ППИ старого образца (бинт).....	172
3. На культы конечностей.....	173
4. На живот и таз.....	174
Часть 4. Иммобилизация. Стоя и стоя на колене	174
1. Основные средства иммобилизации конечностей.....	174
1.1. Шины Sam Splint.....	175
1.2. Шины Крамера.....	178
1.3. Шины редкие, импровизированные и из подручных материалов.....	179
1.3.1. Шины от организации «Золотые руки ангела».....	179
1.3.2. Шины «Медплант».....	180
1.3.3. Из подручных материалов.....	180
2. Дополнительные средства иммобилизации.....	181
2.1. Готовые повязки.....	181
2.2. Санитарная косынка.....	182
2.2.1. На живот при эквентрации органов.....	182
2.2.2. Имобилизация нижней конечности.....	182
2.2.3. Имобилизация верхней конечности одной косынкой.....	183
2.2.4. Имобилизация верхней конечности двумя косынками.....	185
2.3. Имобилизация нижней конечности с помощью туристического коврика.....	186
3. Имобилизация таза, стоя на колене.....	186
3.1. Санитарная косынка.....	187
3.2. Стретч-плёнка.....	188
3.3. Спасательное одеяло с закруткой (шомпол).....	189
3.4. Шина Sam Splint с турникетом.....	190
3.5. Коврик-каремат с армированным скотчем.....	191
3.6. Пятиточечник с эластическим бандажом.....	191
3.7. Боевой пояс.....	192
Часть 5. Использование подручных приспособлений.....	193
1. Применение санитарной косынки.....	193
1.1. Жгут-закрутка.....	193
1.2. Давящая повязка.....	193
1.3. Тампонада ран.....	194
1.4. Фиксация повязки на голове.....	194
1.5. Защита верхних дыхательных путей.....	194
2. Применение стретч-плёнки.....	194
2.1. Имобилизация эквентрации кишечника.....	195
2.2. Имобилизация повреждений таза.....	195
3. Применение армированного скотча.....	195
Часть 6. Демонстрация изделий различного назначения, объяснение их применения.....	195

1. При обморожении и переохлаждении. Объяснение и показ.	195
1.1. Термоизоляция (различные виды термоодеял, способы укутывания).....	196
1.2. Грелки.....	197
2. Гипертермия.....	198
3. При ожогах.....	201
3.1. Гелевые повязки (отечественные, импортные).....	201
3.2. Лиоксазин и другие жидкие составы.....	202
3.3. ИПП.	202
4. При ранениях груди (пневмоторакс).....	202
4.1. Оболочка ППИ с лейкопластырем / армированным скотчем.	203
4.2. Оклюзионные и клапанные повязки (отечественные, импортные).	204
4.3. Плевральная игла.....	205
5. Гемостатики. Объяснение и демонстрация средств.	206
5.1. Отечественные неэффективные (коллагеновая губка, аминокaproновые салфетки и т.д.).	207
5.2. С вредными побочными эффектами.	207
5.3. Импортные на основе хитозана («Целокс»).....	208
5.4. Отечественные на основе хитозана («Геомед», «Гепоглюс»).....	209
5.5. Коалиновая глина («Алсигем»).....	209
Часть 7. Разбор допущенных ошибок. Выводы. Различия в проведении третьего учебного дня базового и инструкторского курсов.....	210
ИНСТРУКТОРСКИЙ КУРС	211
Третий день.....	211
Часть 1. Повторная отработка упражнений первых двух дней базового курса.....	211
Часть 2. Сердечно-лёгочная реанимация	212
Часть 3. Проговаривание алгоритмов действий (ЖОПЭ и ОООИКТ) в каждой зоне	217
Часть 4. Инфузионная терапия.....	221
Часть 5. Работа с манекеном, имитирующим ранения	225
1. Осмотр.....	226
2. Тампонада.	227
Философские моменты.	236
Часть 6. Работа в условиях ограниченной видимости.....	240
1. Подготовительный этап.	241
1.1. Подготовка приборов (ПНВ, тепловизор, фонарики и пр.)	241
1.2. Инструктаж личного состава по эксплуатации приборов.	241
1.3. Обучение личного состава эксплуатации тепловизора.....	241
1.4. Инструктаж по работе с плащ-палаткой и фонарём.....	241
1.5. Структуризация личного состава по группам с различным оборудованием.	241
2. Отработка упражнений	242
ПНВ, манекены и другое дорогое и сложное оборудование	242
Часть 7. Краткая отработка действий третьего дня базового цикла	246
Часть 8. Базовое обращение с оружием	247
Часть 9. Отработка инновационных средств эвакуации.....	248
1. Экзоскелет.....	248

2. Транспортировка раненого на раме рюкзака	249
3. Эвакуация раненого на модифицированном эвакуационном модуле.....	249
4. Эвакуационная тележка «Анютка»	250
Часть 10. Сбор МТО, подведение итогов, вручение сертификатов	250
Четвёртый день (третий день базового интенсива).....	251
Комплексная отработка медицинских действий на поле боя («Всё вместе»)	251
Вводная часть	252
Часть 1. Отработка эвакуации раненых транспортом – легковым, а также любым дополнительно имеющимся в распоряжении	252
1. Экстренная погрузка раненого и размещение сопровождающих (легковушка и прочий транспорт, в случае его наличия).	252
2. Экстренная выгрузка раненого.	254
Часть 2. Огневой контакт в городе. Объяснение и показ порядка действий	254
1. Доведение легенды занятий.....	254
2. Пояснение по упрощениям в ходе отработки упражнений.....	255
3. Показ общего размещения зон: красная, жёлтая и зелёная.....	255
4. Показ действий в каждой зоне в составе группы.....	255
4.1. Порядок действий в жёлтой зоне.	256
4.2. Порядок действий в зелёной зоне.	258
4.3. Порядок действий в красной зоне.	259
5. Ответы на вопросы, разбор возможных ошибок.	263
Часть 3. Завершение мероприятия, подведение итогов, вручение сертификатов, сборы МТО.....	264
Дополнение и напутствия инструкторов проекта.....	266
Инструктор «Ворчун»	266
Инструктор «Нота».....	268
Инструктор «Таволга».....	272
Инструктор «Максуд Сохатый».....	273

Предисловие

*И одному дал он пять талантов,
другому два, иному один, каждому по
его силе; и тотчас отправился...по
долгом времени, приходит господин
рабов тех и требует у них отчета¹*

Притча о Талантах, Евангелие

Дорогой товарищ будущий (или действующий) инструктор!

Даже если ты удивился, прочтя это, смирись, теперь это свершившийся факт. Если, прочитав эту книгу, ты не передашь знания, полученные из неё, хотя бы одному человеку, не научишь хоть кого-то, смерти всех знакомых тебе людей, которые погибнут из-за отсутствия этих знаний, слёзы их сирот и вдов лягут на твою совесть. И на том свете тебе держать ответ перед Всевышним за то, что ты должен был сделать, но не сделал. Должен был научить и не научил.

Эта книга написана неисчислимыми трудами огромного количества людей за 10 лет непрерывной работы без поддержки государства. Более того, здесь каждая буква написана кровью наших ребят, в том числе умерших на руках авторов. Эта кровь пролита, и книга написана не для того, чтобы она стояла на полке как предмет тщеславной гордости. Эта книга написана, чтобы спасти жизни русских воинов, и теперь ты так же ответственен за это святое дело, как каждый из нас.

Читая эту книгу, ты столкнёшься с многочисленными длительными описаниями вроде бы само собой разумеющихся упражнений. С множеством фотографий, которые захочется скорее пролистнуть. Тебе будет очень трудно. Увы, современный человек, избалованный обилием информационного мусора, неусидчив и нетерпелив, плохо приспособлен к упорному труду.

Мы приложили все усилия к тому, чтобы сделать этот труд максимально понятным и хорошо усваиваемым для тебя. Многочисленные подробные рассказы о психологических нюансах построения учебного процесса, о способах установления наиболее глубокого взаимопонимания с обучаемыми, о различных боевых эпизодах призваны не только дать полезные для инструктора знания, но и разбавить сухой и сложный, но необходимый описательный процесс правильного выполнения упражнений первой помощи на поле боя.

¹ Евангелие от Матфея, глава 25, стихи 15 и 19.

Однако «у Бога нет других рук, кроме твоих!». За тебя никто не сделает усилие, не прочтёт внимательно эту книгу. Когда тебе будет трудно, вспомни пример одного бойца. Я не могу назвать его курсантом, потому что он ни минуты не был на наших курсах. Он просмотрел все наши видео в Интернете, много и упорно тренировался в выполнении упражнений. И когда у них были тяжёлые потери, спас 14 (четырнадцать!) тяжелораненых бойцов, оказав им помощь и вынеся в безопасное место. Смог он – должен смочь и ты!

Помни, нет большей радости, нежели когда тебе встретится незнакомый вроде боец и скажет: «Брат, ты мне жизнь спас!». Участвуйте в войне сами, спасайте ребят, почувствуйте эту радость! И дарите эту радость тем, кого вы обучаете. Кто будет спасать других после ваших уроков.

Книга предназначена для ВСЕХ без исключения умеющих читать граждан нашей Родины. «Война пойдёт такая, что четырнадцатилетних в строй ставить будем», – сказал один прозорливый батюшка. От каждого из вас теперь зависит, будут ли живы ваши родные, близкие, знакомые, земляки. Победим ли мы в этой войне. Будут ли живы ваши дети и наша великая Родина, наша святая Вера.

Вступление

Война – это великое дело для государства, это почва жизни и смерти, это путь существования и гибели

Сунь Цзы, Искусство войны

Подготовка инструкторов – важнейшая и ответственнейшая область обеспечения победы нашего народа и Бога в тысячелетней войне, которую мы, НАШРОД, от наших самых дальних предков и до самых отдалённых потомков, ведём против тёмных сил и которую пока постепенно проигрываем.

Одной из главнейших причин этого является именно кардинально неправильно поставленная инструкторская и воспитательная работа. Воспитание и подготовка Учителей, которые будут готовить новых Учителей. У нас, к сожалению, всё поставлено с ног на голову. «Кто умеет работать – тот работает. Кто не умеет работать – руководит. Кто не умеет руководить – учит». В результате такого противоестественного отбора к нежнейшему и требующему самого ответственного подхода материалу – душам новых поколений (вне зависимости от их возраста) – получают доступ самые «отборные» индивидуумы. Те, которые по совокупности своих морально-волевых и деловых качеств вообще должны быть лишены допуска к воспитательной работе. Почему так получилось – отдельный вопрос, здесь сейчас мы его обсуждать не планируем. Мы сейчас о том, что качественно научить своему делу может лишь тот, кто в совершенстве им владеет. А совершенна в нашем грубом материальном мире лишь Любовь. То есть главное в обучении – привить обучаемым Любовь к тому, что они изучают, и понимание, что они должны своим искусством служить другим людям, то есть Любовь в самом широком и чистом, Православном смысле этого слова. Человек, который своё дело Любит, никогда не будет в нём плохим специалистом. Потому что:

*«Любовь долготерпит, милосердствует, любовь не завидует, любовь не превозносится, не гордится, не бесчинствует, не ищет своего, не раздражается, не мыслит зла, не радуется неправде, а сорадуется истине; всё покрывает, всему верит, всего надеется, все переносит... Любовь никогда не перестает»*². Если человек любит свою работу, тогда это становится его жизнью, он этим живёт. Для него работа становится его Путём

² Первое Послание к Коринфянам апостола Павла, глава 13, стихи с 4 по 8.

к Богу. А если так, то тогда он обязательно добьётся высоких успехов в своей профессиональной сфере. Короче говоря, человек может быть плохим специалистом в своей области (то есть тем самым примером, «каким инструктором быть НЕ нужно») только в том случае, если он свою работу НЕ любит. А как может учить людей человек, который не умеет ни работать, ни идти к Богу, ни любить? Таких самих ещё надо учить и учить...

Вывод. Из-за того что у нас учителями являются те, кто сам больше всего нуждается в обучении, мы проигрываем войну, которую ведём несколько тысячелетий. *«Если слепой ведет слепого, то оба упадут в яму»*³. В результате раньше славяне жили по Лабе и Рейну, а сейчас на хохлостане и под Псковом обитают антиславяне. И собираются идти на Москву. И в самой Москве их всё больше. Так было и есть, но далее так не будет. Или мы на себе переломим эту тенденцию и загоним inferнальную нечисть туда, где её истинное место – в Ад. Или Ад поглотит весь Мир, и уже мы рискуем увидеть Антихриста со всеми выпекающими последствиями уже при нашей жизни.

А для того, чтобы выиграть войну, и кардинально, нам необходима качественная, лучшая в Мире МАССОВАЯ подготовка Воинов. А её может обеспечить только МАССОВАЯ подготовка Инструкторов и Учителей. Без Божией помощи такую войну не выиграть, потому надлежит учить людей не только своему Ремеслу, но ещё Любви – жертвенной, к нему и к людям, которых и ради которых мы учим. А ещё учить искать и находить Путь к Богу. *«Юрич, каждый наш интенсив – это проповедь людям о Боге!»*, - Денис Гариев, создатель клуба «Партизан».

Призвание России – быть автохтоном, Великим Удерживающим мир от воцарения демонических сил и их главнокомандующего – Антихриста. Кого это не устраивает, пусть валят из нашей великой страны в Верхний Ларс. А всем остальным – добро пожаловать на битву Света и Тьмы, на ту сторону, на которой сражались все поколения ваших дедов и прадедов.

«В соседстве с необузданным врагом

*Испанец должен быть солдатом иль рабом!»*⁴

Вариантов «отсидеться в сторонке» для русских не существовало никогда, а тем более нет и сейчас. Ни Индия, ни Китай, никакой ХАМАС за нас нашу работу – низвергнуть очередных безумных Гитлеров с Наполеонами – не сделают. А раз так – делаем свою работу. *«Мы отстали от передовых стран на 50-100 лет. Мы должны пробежать это расстояние в десять лет. Либо мы это сделаем, либо нас сомнут...»*⁵.

Как видим, ничего нового. Работаем, братья!

³ Евангелие от Матфея, глава 15, стих 14.

⁴ Дж. Г. Байрон, «Паломничество Чайльд-Гарольда».

⁵ И.В. Сталин, речь от 4 февраля 1931 года.

ЧТО ЭТО? ДЛЯ КОГО? И ЗАЧЕМ?

Уважаемые коллеги!

Уважаемые потенциальные инструкторы!

Уважаемые гости!

Проект «Технологии выживания» очень ценит Ваше желание пройти инструкторский курс и получить сертификат инструктора. Ниже, вы сможете ознакомиться с полезной информацией, которая даст ответы на многие из ваших вопросов.

Существенными условиями для участия и прохождения курса инструкторов по тактической медицине с дальнейшей аттестацией, выдачей сертификата, и правом преподавания являются:

- **обязательное (!!!) прохождение очного, базового курса по методике Юрия Евича. На базовом курсе вы учитесь сами.** Пройденные ранее курсы тактической медицины в любых других компаниях/организациях, включая те, которые ранее сотрудничали с Ю. Ю. Евичем не считаются прохождением базового курса. Причина: равно как и на любых других наших курсах - на инструкторском курсе мы учим преподавать по авторской методике, выверенной годами практики на поле боя, с учётом опыта, полученного (в том числе) в боевых действиях на Украине в период проведения СВО (т.е. – в военном конфликте высокой интенсивности, с массированным применением тяжёлой техники и артиллерийских систем). В России центры тактической медицины, где обучают преподаватели, имеющие соответствующий боевой опыт вообще, и опыт участия в СВО в частности - можно пересчитать по пальцам одной руки.

- **активное участие инструкторов в обучении.** Мы рассчитываем на то, что инструкторы Проекта будут принимать активное участие в организации и проведении дальнейших курсов Проекта, создавать, организовывать и участвовать в работе региональных отделений, с полной самоотдачей развивать обучение тактической медицине военнослужащих и лиц, входящих в мобилизационный резерв ВС РФ, а также гражданское население. Повторимся - звание инструктора будет обязывать (!) активно развивать лично (или принимать участие в развитии) тактической медицины и деятельности «Технологий выживания», как минимум, в «домашнем регионе».

- **инструкторский сертификат (ваши знания и навыки) необходимо подтверждать один раз в 1 год 3 месяца (1 раз в 15 месяцев).** Например: если человек получил сертификат, один раз помог провести семинар (или даже один раз съездил волонтером в часть) и дальше, условно, положил сертификат в ящик письменного стола - через 15 месяцев действие сертификата с таким номером будет приостановлено, а через 18 месяцев, при отсутствии полезной активности, - сертификат аннулируется.

Обращаем Ваше внимание:

! Инструкторский курс нужен только тем, кто планирует обучать других. Это единственная причина проходить такой курс. Вы учитесь обучать других людей, отвечать на вопросы, разбираться в деталях и нюансах так, чтобы не нанести вреда ученикам и привить им жизненно необходимые навыки.

! Это НЕ продвинутый курс «для себя». Если курс тактической медицины нужен вам «для себя», то достаточно прохождения базового курса и последующей многократной отработки техники выполнения упражнений самостоятельно, совместно с единомышленниками, под руководством инструктора на «ознакомительных» тренировках Проекта.

КАК ПОДГОТОВИТЬСЯ К ИНСТРУКТОРСКОМУ КУРСУ?

Пройти (качественно) базовый, трехдневный курс по тактической медицине и приезжать помощником ведущего инструктора на интенсивы (базовые курсы).

Сначала - помогать инструкторам (контролировать выполнение упражнений группой), потом (если всё совсем успешно) - объяснять отдельные темы на интенсиве под контролем ведущего инструктора.

Это очень хороший опыт для подготовки к успешной сдаче инструкторского курса.

Но, опять же, нужно понимать, что пара допущенных стажёром при объяснении темы на интенсиве грубых ошибок - и скорее всего инструктор попросит стажёра посидеть в сторонке, чтобы не позориться перед учебной группой. А «первое впечатление можно произвести только один раз». Для самоподготовки необходимо пользоваться методическими материалами,

в числе которых дистанционная лекционно-практическая часть базового и инструкторского курсов, доступ к которой предоставляется посредством онлайн-платформы GetCourse, трилогия «Выживание и безопасность: первая помощь при боевых действиях» Ю. Ю. Евича, доступная для чтения как в печатном виде, так и в электронном формате, а также другие тематические издания, представленные обучающими ресурсами Проекта. В обязанности соискателя инструкторского звания также входит постоянная отработка полученных знаний, доведение их до технически отточенных, совершенных навыков.

ОСОБЕННОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ ИНСТРУКТОРСКОГО КУРСА:

1. На инструкторском курсе Вам ничего напрямую не преподают. На инструкторском курсе преподаёте - Вы.

2. Каждый участник должен разъяснить не менее 1/4 полного курса, желательно - больше.

3. Максимальное количество участников трехдневного инструкторского курса – 10 (ДЕСЯТЬ!) человек.

4. Принимающие курс старшие инструкторы (обычно их двое) последовательно выслушивают участников курса и задают вопросы. Претендующие на получение инструкторского сертификата должны чётко, последовательно, и без запинок (читай: блестяще) «провести занятие» по каждой теме.

5. Другие участники группы могут дополнять «проводящего обучение» участника, и, при необходимости - поправлять. Такая активность крайне приветствуется. Также приветствуется задавать каверзные (а иногда и глупые/провокационные) вопросы. Поверьте, в дальнейшем процессе преподавания Вы их услышите массу, нужно быть к этому готовым и показать своё умение отвечать спокойно, чётко (иногда с юмором) и без негативных эмоций.

6. Готовьтесь к тому, что инструкторский курс сдают с первого раза - отдельные проценты (!!!) претендентов. Многие из Вас встретятся с участниками, которые уже пытались сдавать 2 и более раз - и отправились на пересдачу.

Итак: к инструкторскому курсу нужно готовиться и готовиться много!

ПРОХОЖДЕНИЕ АТТЕСТАЦИИ ИНСТРУКТОРОВ:

В рамках аттестации на звание инструктора - очень важно, чтобы участник курса смог выполнить «при оружии», слитно, в рабочем темпе и без ошибок комплексное упражнение:

1. **Подползание** - **обеспечение безопасности** (контроль оружия, руки раненого на наличие гранаты) - **переворот бойца** - **осмотр бойца лёжа**;
2. **Взаимопомощь** - **наложение жгута** - **разворот бойца головой в тыл** - **эвакуация лёжа на бедре** с обеспечением контроля оружием сектора первоначального контакта - **эвакуация способом Раутека** (в одиночку);
3. **Обозначение укола обезболивающего препарата** - **замена жгута на турникет** - **наложение давящей повязки эластичным биндом** - **снятие турникета**;
4. **Иммобилизация косынками** (руки) и **шиной** (ноги) - **укладка на носилки** с обеспечением температурного комфорта.

Также, с февраля месяца решено ввести в программу инструкторской аттестации:

Минимально - сообщение о надлежащем (оптимальном) составе аптечки (первый/второй эшелон);

Оптимально - презентацию собственных аптечек (первый/второй эшелон) инструктора.

НЕОБХОДИМАЯ ЭКИПИРОВКА ДЛЯ ИНСТРУКТОРСКОГО КУРСА:

1. Обязательная:

- одежда (униформа) для зала, в которой можно ползать (куртка/китель с рукавами);
- ремень прочный (например: варбелт), за который вас можно хватать/переворачивать/транспортировать;
- обувь с белым рантом (кроссовки, кеды, «теннисные» туфли), не оставляющую полос на полу;

2. Крайне желательная:

- наколенники и налокотники (интегрированные в одежду или отдельно);
- туристический коврик (т.н. «пятиточечник»);

3. Опционально (при наличии):

- собственные аптечки первого и (если есть) второго эшелонов для разбора/презентации;

- разгрузка/плитник/бронешилет;
- ММГ/СХП макеты оружия.

Ваше решение пройти курс инструкторов по тактической медицине и стать инструктором – это крайне большая ответственность и огромный труд. Мы учим не макраме. Мы учим выживать на поле боя. Нужно трезво оценивать Ваш уровень подготовки и готовности к самостоятельному преподаванию.

Представьте, что Вы научили неправильно, недостаточно. Человека мобилизовали, человека ранили, человек пытался сделать именно так, как Вы научили... Человек погиб или остался инвалидом...

А перед Господом потом отвечать Вам и тому, кто подписал Вам инструкторский сертификат и доверил группу бойцов «в обучение».

ИНСТРУКТОРСКИЙ КУРС

Первый день

Часть 1. Вводная часть

Лучше ведро пота, чем чашка крови.

Старинная солдатская мудрость

1. Построение.

Обычно любая работа с личным составом начинается с его построения. Что на базовом курсе, что на инструкторском личный состав строится согласно своим массогабаритным характеристикам: наиболее крупные – на правом фланге, далее – в порядке убывания. Так делаем потому, что при выполнении приёмов взаимопомощи, особенно эвакуации, человеку гораздо удобнее работать с партнёром, сравнимым с ним по массогабаритным характеристикам.

2. Доведение порядка работы.

Начало курса строится на регламенте доведения прибывшим порядка и характера предстоящих мероприятий. Систематически доводится распорядок дня: завтрак, обед, ужин, места отдыха и приведения себя в порядок, чтобы люди понимали, где что будет происходить, подсознательно не волновались за своё будущее. Это сильно успокаивает и настраивает психику и интеллект курсантов на эффективную работу.

Далее проходит доведение предстоящих мероприятий. Занятие строится следующим образом: по очереди присутствующие на курсах люди, которые тренируются как инструкторы, используя в качестве шпаргалки конспект занятия, показывают остальным, как выполнять упражнения, контролируют их и исправляют ошибки. При этом ведущий курса дополняет текст инструктора, вносит исправления и замечания, если у кого-то из присутствующих появляются какие-либо дополнения по своему боевому или практическому опыту, то они тоже рассматриваются, вносятся. Идея в чем: человек запоминает 10 процентов того, что услышал, а воспроизводит 10 процентов того, что запомнил.

Поэтому инструктор, если он хочет быть крут и преподавать качественно, должен знать не только то, что он говорит, а гораздо больше. И

всегда он должен быть способен дать дополнительные знания курсантам, если есть вопросы. И второй момент: дополнительные знания позволяют дать больше материала, если группа подготовленная и опережает график. В ходе занятия, особенно если много подопечных, есть технологические паузы, кто-то уже выполнил упражнения, кто-то подтормаживает. На этот случай нужен дополнительный материал, структурированный на короткие, логически завершённые сообщения. Важно идти в оптимальном ритме, не теряя его. Мы находимся в уникальном положении, тактическая медицина вообще – это важнейшая область боевой подготовки, а времени на неё уделяют обычно катастрофически мало. Поэтому нам нужно за 2-3 дня научить людей до приемлемого уровня. Поэтому все наработки психологической школы – импортной или отечественной, – которые позволяют увеличить восприимчивость к знаниям, мы используем и внедряем. Если есть возможность, то инструктор для занятий выбирает оптимальное место, мы не на поле боя, наша задача – создать условия, чтобы информация воспринималась потоком, без перенапряжения.

Отдельные «энтузиасты», не всегда здоровые (или разумные), стремятся превратить курс по тактической медицине в гибрид экстремального шоу и курсов выживания «в крайне сложных природных условиях». Это возможно, ТОЛЬКО если личный состав хорошо подготовлен и по медицине, и по тактике, и по выживанию. Если предварительная подготовка отсутствует, то тогда становится заметным очевидное: невозможно одновременно выживать и хорошо усваивать много новой для себя информации. Вот если аудитория у вас уже подготовлена, тогда можно ужесточать условия подготовки. Поэтому при проведении занятий на улице площадку выбираем по возможности ровную, если снег или высокая трава – чтобы их было как можно меньше, ползать и выполнять упражнения людям будет гораздо удобнее. Желательно делать это рядом с местом, где хранится имущество, чтобы не тратить время на его перенос. Третий важный момент: если есть малейшая возможность, желательно разместить личный состав в тени, предусмотреть защиту от воздействия природных факторов – прямых солнечных лучей, дождя и так далее, насколько это только возможно. Если жарко – ищите курсантам прохладу или создавайте её. Если холодно – ищите или создавайте им тепло. В любом случае создавайте им хорошую вентиляцию. При недостатке кислорода мозг быстро тупеет и перестаёт воспринимать информацию. Иногда целесообразно разместиться в лесу, в тени деревьев. Но если, например, это весна, когда выплод комаров, – лучше прижиматься к опушке, но вглубь леса не лезть.

Вообще все занятия строим так, чтобы было как можно меньше отвлекающих факторов (комары, перегрев, духота – все это отвлекает людей и мешает воспринимать информацию). Если нет такой возможности, смачиваем головной убор и одежду. Пока вода высыхает, организм, прежде всего мозг, охлаждается, и человек не перегревается, а следовательно – воспринимает информацию более эффективно. Одна из замечательных диверсий, известных в истории человечества, – когда американские/английские спецслужбы обучали японскую армию в начале прошлого века, перед Второй мировой войной, объяснили японским генералам, что офицер должен быть выносливым, поэтому будущий офицер у них должен заниматься с непокрытой головой на солнце. В итоге японцы получили офицерский корпус людей, которые ничего не соображали: за годы нахождения на солнце мозги закипали. Соответственно, эти офицеры в критической ситуации отдавали глупые приказы типа «побежали туда», потому что думать были отучены.

На чужих ошибках, на чужих технологических решениях нужно учиться! В итоге наших курсантов надо гнать пинками смачивать головной убор, но как только они его смочат и убедятся, что головы не перегреваются, открываются глаза и появляется понимание. Я это делаю всегда и всем присутствующим настоятельно рекомендую, так как материала будет очень много.

Почему я уделяю данному аспекту такое пристальное внимание?

Во-первых, медицина – довольно сложная область человеческого знания сама по себе.

Во-вторых, для многих она совершенно (или почти совершенно) незнакомая.

В-третьих, тактическая медицина применяется на поле боя, в условиях реальной существенной опасности для жизни и здоровья медика, в условиях чрезвычайно стрессовой обстановки, которая к тому же постоянно меняется.

Всё вышеперечисленное (а также многие другие факторы) является причиной того, что у наших основных противников на обучение тактической медицине даже просто рядового личного состава тратятся сотни часов. Не считая существенного расхода финансовых средств. У нас такого объёма времени нет. При этом мы готовим сейчас даже не рядовых бойцов, а инструкторов. Соответственно, необходимо использовать все мыслимые педагогические приёмы, тонкости человеческой физиологии, и вообще всё что только возможно, не говоря уже о помощи Всевышнего, чтобы достичь максимальной эффективности в ходе преподавания, успешно компенсировать недостаток времени и зачастую материальных средств.

Занятие по обычному инструкторскому курсу обычно длится с 10 до 20 часов. Оптимальной является продолжительность три дня. В один из дней запланированы занятия в условиях ограниченной видимости: либо на улице в тёмное время суток, либо в помещении, когда есть возможность обеспечить в нём темноту. Желательно обучаемых в этот день заставить хотя бы час поспать после обеда, чтобы они ночью не тупо ворочались с новым оборудованием (ночниками и прицелами), а были в бодром состоянии и могли воспринимать непривычную информацию.

Занятия по базовому курсу близки по структуре, только нет упражнений в условиях ограниченной видимости, и третий день весь проводится на полигоне.

Очень хорошо, если удастся на каждый вечер курса, особенно инструкторского, запланировать дополнительные темы – обмен опытом между курсантами, доклады, мастер-классы и так далее. Если есть курсанты со свежим боевым опытом, с опытом преподавания, инструкторы, то они обязательно должны запланировать свои доклады. «Лучший способ научиться – это учить других!»

Возникающие вопросы задаём по ходу занятия, пока не забыли, что именно хотели спросить.

3. Разбиение по группам, структуризация личного состава.

Производится контроль наличия плана занятия у обучаемых. Нужно, чтобы курсанты данный план заранее проработали, подготовились по нему, а соответственно, чтобы его распечатали и привезли с собой.

После этого назначается курсант, который будет вести занятие как инструктор. Именно поэтому нам нужно, чтобы число курсантов было кратно пяти: четверо обучаемых и один в роли инструктора, который постоянно меняется.

Идеальной на инструкторском курсе является группа из пяти обучаемых, это позволяет уделить максимум внимания каждому курсанту. Однако ввиду острой потребности в подготовке инструкторов довольно часто формируем группы до 10 обучаемых. Увы, в этом случае мы вынуждены, учитывая военное время, пытаться соблюдать баланс между качеством и количеством обучаемых. Качественно обученные бойцы (или инструкторы) в недостаточном количестве – надёжный способ проиграть войну.

Ведущий курс тренер контролирует, поправляет действия инструктора, вносит в них дополнения. *Назначенный докладчиком курсант доводит информацию, ведущий курс инструктор её дополняет либо вносит исправления при необходимости.*

Порядок следующий: построение по росту, доведение общего регламента мероприятия. Если приехало мало людей, они нервничают мало; если приехало много, то наблюдается избыток эмоций, лёгкое паническое настроение. Поэтому ещё раз напоминаю: в момент доведения порядка работ желательно людям обозначить последовательность и продолжительность всех мероприятий и этапов. Начало занятий, обед, ужин, продолжительность занятий, обязательно обозначить, если вечером может быть дополнительная тема. В подсознании появляется определённая уверенность, что всё идёт по плану. Люди перестают напрасно нервничать, их восприятие увеличивается. Время доведения порядка работы обязательно включается в регламент. Люди все успокоились: когда обед – понятно, когда отбой – понятно, всё под контролем, у умных организаторов курса всё спланировано.

Почему мы делим личный состав именно на четвёрки?

Итак, поскольку у нас медицина тактическая, мы обязательно должны учитывать не только медицинские, но и тактические особенности. Именно в четвёрках сейчас воюют наиболее подготовленные подразделения мира с самым обширным боевым опытом. Причины этого следующие.

Современные военные тенденции таковы, что лучшая базовая формация, особенно при иррегулярных боевых действиях, – это четвёрка. Это основная базовая боевая единица. Меньше двойки в боевых порядках (будучи по одному) воевать крайне нежелательно. Исключительно легко можно пропасть без вести. А две двойки – это и есть четвёрка. В каждой четвёрке обязательно назначается старший. В двойках удобно отрабатывать базовые, простые приёмы взаимопомощи и эвакуации. Сложные приёмы оказания помощи и эвакуации, когда для помощи раненому нужно несколько человек, тоже удобнее отрабатывать в четвёрке. Одному раненому втроем оказывать помощь и осуществлять эвакуацию оптимально. Больше трёх человек – будут мешать друг другу, меньше – недостаточно. На базовом курсе, особенно если у вас много курсантов и мало времени на отработку, этой информации обычно достаточно. На инструкторском обязательно нужно более развёрнутое объяснение.

Одна двойка может оказывать огневое воздействие на противника, вторая – совершать манёвр: обход с фланга, выход в тыл – или, напротив, отход, закрепление и прикрытие отхода первой двойки.

Основной вид транспорта на театре современной иррегулярной войны, в особенности для вывоза раненых, – легковой, например, пикап, так как бронетехника, как правило, или где-то далеко, или уже подбита, или вышла из строя по техническим причинам. Четыре человека с вооружением помещаются в нём комфортно, пять и больше – уже тесно, менее четырёх –

остаётся неиспользованный объём места. В легковушку четыре человека помещаются нормально. Пятёрка – уже тесно, а три – остаётся пустое место, со снаряжением и экипировкой. Но ребята работают на пикапах, пятый с пулемётом – в багажник, в кузов. Поэтому пять человек, опять же, – нормально, поняли, да? Вот и получаются пятёрки. И наконец, как показала практика, когда пятеро – четверо одного раненого несут. Это лучше, чем трое несут одного. Вот все это вместе сложилось. Поэтому сейчас воют пятёрками.

Причём, если копнуть ещё глубже, то я вам сейчас страшное скажу. Люди, у которых я ещё недавно учился воевать четвёрками, теперь воют пятёрками. Почему? А потому что вот ты взял свою четвёрку с собой на фронт. Вот ты их обучил, подготовил, приехал на театр военных действий, и ты видишь, что на всё подразделение – четыре обученных человека, это твоя четвёрка. Все остальные – полные дебилы в медицине. В итоге ты присоединяешь своих обученных по одному к другим четвёркам. И каждая четвёрка из этих дебилов плюс подготовленный командир – получается хоть немножко управляемая пятёрка за счёт того, что у них есть один обученный человек. Поняли, да? Это не шутка. То есть в реале, если вы приедете куда-то со сплочённым, подготовленным коллективом, вы будете работать пятёрками, вы своих подготовленных по одному присоединяете к четвёркам местных альтернативно одарённых. Вывод очевиден. Существуют оптимальные схемы работы, но их нельзя держаться, по выражению Петра I, «как слепой держится стены», а нужно быть готовыми в условиях боевых действий к их творческому переосмыслению.

В составе четвёрки органично можно распределить основные боевые специальности (командир группы, пулемётчик, гранатомётчик и водитель). Про снайперов забудьте в современной войне. Снайперы очень большая редкость, требуют хорошей выучки. Обычно лучший снайпер – это пулемётчик либо гранатомётчик. Итак, по четвёркам разобрались, почему именно четыре.

В современной войне (разумеется, у хорошо обученных подразделений) всё сильнее тенденция к ведению боевых действий малыми подразделениями. Для человека нормальный сектор наблюдения – 90 градусов. В составе четвёрки легко можно обеспечить круговой обзор и оборону (360 градусов делятся на четырёх наблюдателей). Если вы четвёркой выполняете ограниченные задачи, например, разведывательные, то у вас один стоит на фишке, а трое остальных заняты своими делами. Так же удобно распределить режим сна и бодрствования два через шесть: один несёт вахту два часа, остальные отдыхают и занимаются хозяйственными делами, потом сменяются. У тебя есть время поспать, у тебя есть время приготовить пищу,

нельзя одновременно готовить пищу и стоять на фишке. У тебя есть время для выполнения каких-то служебных задач помимо наблюдения. В этом случае личный состав гораздо дольше сохраняет бдительность и меньше утомляется. Если боевая тройка, то ты час через четыре стоишь на фишке, снова час через четыре – уже тяжело. А если вот двойка, то два через два, это очень тяжело. Поэтому четвёрка – стандартная базовая единица. Кроме того, вы можете организовать наблюдение, вести огонь во всех направлениях. Поэтому сасовцы те же самые работают четвёрками.

Почему необходимо разъяснять все эти вопросы курсантам при обучении? Первое время на занятии вас люди слушают, большинство ещё не знает, доверять вам или нет как профессионалу, а будут также и те, кто не согласен просто по принципу «баба-яга против». Если вы исчерпывающе всё разложили на словах, закрыли возможные возражения и вопросы заранее, то практически показали, что вы действительно разбираетесь в вопросе глубоко и основательно. Большинство людей вам поверят и будут ваши знания жадно впитывать. Кто-то, возможно, и останется недовольным, но в этом случае он не окажет заметного негативного воздействия на ход занятий. Потому что большинство будут вам доверять.

Если же вы просто сказали разделить по четвёркам, но люди не поняли, зачем, то у них возникнут вопросы: а знает ли он, что говорит? Дальше идут сомнения в компетентности инструктора. Тем более что на занятиях могут присутствовать всевозможные истинные (а часто и ложные) «ветераны всевозможных войн и родов войск», которые начнут вам рассказывать про то, что их учили воевать тройками, пятёрками, манипулами и другими невообразимыми формациями. Да и вообще, когда человек раздумывает на посторонние темы, он плохо воспринимает тот материал, который озвучивается на занятии. Нам это не нужно, нам нужна высочайшая обучаемость личного состава в ходе выполнения занятий.

Человек запоминает 10 процентов от услышанного, а воспроизводит 10 процентов от запомненного. Значит, инструктор должен знать в сто раз больше, чем обучаемый. Тогда будет глубина и сила подачи информации. Второе: люди только 30 процентов информации воспринимаются вербально, словами. 70 процентов людей смотрят на твою мимику, жесты, положение в пространстве, позу, движение зрачков. Всё это мы считываем подсознательно. Короче, когда ты говоришь людям именно столько информации, сколько они могут усвоить, они чувствуют тебя, сразу проникаются доверием к инструктору. Когда слишком много информации даётся одновременно, она вступает «в клин», и мозги остановятся. Вам нужно давать информацию строго дозированно, пропорционально уровню подготовки, но знать вы

должны больше, чем обучаемые. На занятиях важно соблюдать оптимальный баланс физических нагрузок и устно передаваемой информации. Слишком много нагрузок – люди выбиваются из сил и теряют способность воспринимать информацию. Слишком много теории – расхолаживаются и утрачивают ритм оптимальной физической активности.

И вам вести занятия гораздо легче. Нельзя стать инструктором, просто механически заучив весь курс до последнего слова, и всё – больше ни слова не зная. И барабанишь, как дятел, неосмысленно заученное. Потому что обязательно будут какие-то редиски, которые зададут какой-нибудь дополнительный вопрос, а ты поплывёшь, если у тебя запаса материала нет. Ты на базовом курсе говоришь только необходимое, но имеешь существенный запас информации на случай, если она тебе понадобится. Если вас спросят, например, по поводу пятёрок, троек, нужно, чтобы у вас была глубина, осознание, чтобы после вашего ответа все подумали: вот это да! Да, имеет смысл его слушать.

Жить хотят все, даже интуитивно одарённые. Если научить человека так, что он поймет жизнеспасающую силу получаемой им информации, он обязательно будет внимательно слушать. Нужно, чтобы он проникся уверенностью, что его научат правильно, тогда он будет учиться от души, качественно.

Поскольку вас 10 человек, то тот, кто ведёт инструкторский курс, приглашает ещё одного человека себе в помощники. То есть он показал какое-то упражнение, на отработке контролирует четырёх, а его помощник контролирует других четырёх, смотрит, чтобы был минимум ошибок, и их исправляет. В среднем считается, что человек может одновременно контролировать 7 единиц информации, плюс-минус 2, то есть от 5 до 9. Это самый-самый максимум. Контролировать, в смысле не просто смотреть, но непосредственно в процессе исправлять ошибающихся, при 9 обучаемых на инструктора качественно практически невозможно – 4 максимум. Поэтому, в идеале, когда мы проводим занятие, то стараемся, чтобы на каждую четвёрку было по одному инструктору.

Разумеется, как у нас в сообществе пишут инструкторы, которые участвуют в реальной работе, бывает немножко наоборот. Для федералов вполне естественно, когда дают 2 часа на 150 обучаемых. То есть и такое бывает. Но если вы ведёте качественный курс, особенно платный (то есть люди заплатили деньги, более мотивированные), то чем меньше людей на каждого инструктора, тем выше качество преподавания.

Итак, человек, который выходит вести курс, назначает себе помощника, чтобы при проверке качества выполнения упражнений было по одному

инструктору на каждого. Очень важно сразу же назначить младших командиров, лидеров четвёрок. Люди – существа социальные. Без лидеров любые действия превращаются в хаотическую суету, а в условиях боевых действий – вдвойне. Если вы спросили четвёрку: друг друга знаете? – и они ответили утвердительно, то тогда вы им поручаете самим назначить старшего. Они друг друга уже знают и, как правило, назначают старшим самого подготовленного, с более выраженными лидерскими качествами. Если у вас случайные люди, вы смотрите и быстро выбираете в четвёрке наиболее подготовленного, который и будет командиром.

Критерии для выбора старшего следующие.

Смотрит уверенно, взгляд прямой и спокойный. Стоит устойчиво. Мимика минимальна, никаких нервических мелких движений пальцев рук. Дополнительным критерием, который наиболее нагляден, но не всегда обязателен, является то, как человек экипирован. Чем в среднем лучше на человеке форма, пояс, обувь, тем он чуть более может быть подготовлен, чем остальные, как правило. Вот эти два критерия сравниваю – содержимое и форму. Обращу дополнительно внимание, что это ничуть не шутки, потому что если человек качественно относится к своему снаряжению, значит, он какое-то время уже в активности, какой-то опыт приобрёл. Просто так качественные обувь, пояс, аксессуары, одежда на человеке не бывают, они приобретаются при наличии определённого опыта. Но нужно смотреть не только на то, как он одет, но и на то, как стоит, как смотрит и т.д. Обычно взрослые, и даже пожилые, сухощавые люди – хорошие руководители за счёт правильного жизненного опыта.

От командира очень сильно зависит судьба подразделения, и важный момент ведения боевых действий в том, что многие люди, которые реально достойные, категорически не хотят попадать на должность командира. Его назначают, а он отбивается руками и ногами. Приводит это к тому, что на командную должность часто попадает какой-то феерический негодяй, даже не дебил, и он может угробить всё подразделение. Поэтому задача – убедить толкового человека стать командиром. Это не шутка, это реально серьёзная проблема боевой деятельности, дорогие мои, потому что хорошие люди – обычно скромные. Негодяю всё равно, он ничего не боится. Поэтому учитывайте, пожалуйста, в реальной своей работе этот фактор, когда будете командовать подразделениями. Хорошего человека мало выявить, его ещё нужно убедить занять командную должность, с этим могут быть трудности.

Если есть люди, ранее проходившие у вас курс или имеющие боевой опыт, – то это, как правило, они. Их назначение на командную должность очень облегчает работу в ходе выполнения упражнений. Вам не нужно

каждой четвёркой управлять лично. Вы поставили задачу – командиры выполняют её, например, подходят за имуществом и раздают остальным. Ещё один момент: если народу на курсе очень мало, то его легко контролировать лично и поддерживать порядок. Если людей много, железный порядок необходим, а то вы уподобитесь подходу принятому в некоторых частях, где приглашают провести занятия по тактической медицине с бригадой или корпусом, но от всей бригады на занятия могут выставить 5-10 человек. Зато на месте куча людей с фотоаппаратами, которые сделают отчёт наверх, что вся бригада обучена. Так было до начала СВО, последствия этого вы все можете сейчас наблюдать на театре военных действий.

Также целесообразно сразу выявить тех, кто имеет медицинское образование – из них чаще (но не всегда) получаются более толковые старшие четвёрки. В перерывах, в ходе занятий люди с боевым опытом, медики начинают обмениваться своими знаниями друг с другом, передавать их окружающим, и у нас получается замечательная творческая и информационная атмосфера. Нет никаких оппонентов, есть единомышленники, объединённые общим делом. Вот так.

Итак, если в четвёрке кто-то в чём угодно затупил – отжимается или приседает старший четвёрки. А потом уже с остальными разбирается. Много не надо, это просто унинительно. Обычно люди, которые к нам приезжают обучаться из числа гражданских, – мотивированные, заинтересованные и в высшей степени адекватные, их не надо подгонять и дополнительно мотивировать. Один раз старший четвёрки отжался, всем остальным стало стыдно – быстро работающий способ. Много отжиматься не нужно, нет смысла утомлять, нам нужно, чтобы у курсантов хорошо работали мозги. Следующий момент: когда мы проводим экспресс-подготовку, тот самый пресловутый «интенсив» продолжительностью всего три дня, то крайне желательно, чтобы люди вместе, всей четвёркой, принимали пищу, вместе отдыхали ночью. Они сразу сплавиваются как одна боевая группа. Когда вы утром сказали командирам, что через 10 минут построение, – через 10 минут все на месте. Никто не потерялся, командиры знают, где они.

Важный момент: вы на курсах передаёте людям навыки самоорганизации. То есть военные привыкли, что есть командир, есть зам, а они – просто стоящие в строю с сонным выражением лица. Но мы готовим людей к реальной войне, а не типа «танкового биатлона». При активных боевых действиях младших командиров быстро выбивают. Из этого следует вывод, что люди должны владеть навыками самоорганизации, уметь в критической ситуации быстро перестроиться. Каждый должен быть готов взять командование на себя. Запросто может случиться такое, что каждому из

них придётся выступать как маленькому командиру. Особенно в смысле организации тактической медицины, с которой у нас в стране сейчас полный завал. Соответственно, переняв сейчас навык быстрой самоорганизации в учебной группе, в экстренной ситуации, с перепугу, они его и воспроизведут. Что нам и нужно.

В ходе выполнения упражнений инструкторского курса ведущий упражнения и стоящие в строю постоянно меняются местами. Обычно мы заставляем ведущих сменяться с каждым упражнением.

Основные принципы обучения

1. Объяснение, показ, исполнение. Пока инструктор показывает, все стоят и смотрят, но не пытаются воспроизвести. Если будут пытаться воспроизвести – и не заметят, как делал инструктор, и сами правильно делать не научатся. Вы закончили показывать, дали команду – после этого все отрабатывают. Объяснять и показывать нужно как можно более тщательно, не лениться сделать это, особенно для сложных упражнений, два или три раза.

2. От простого к сложному. Сначала даём более простые и понятные упражнения, и только потом переходим к отработке более сложных. Скорость отработки начинаем наращивать только после того, как у людей сформированы правильная стойка и динамика движения. Будет правильный базис – постепенно вырастет и скорость. Не будет его – никакая спешка хороших результатов не даст.

3. Разбиение сложных приёмов на части и последовательная отработка их под счёт инструктора, совместно курсантами и инструктором.

4. Группируем однотипные упражнения. Чем более похожи между собой отрабатываемые приёмы, тем легче и точнее курсанты запоминают и воспроизводят их.

5. Строгая систематизация упражнений. Нужно очень внимательно следить за тем, чтобы при разборе наложений жгутов (например) вас вопросами не утаскивали в область тампонады ран и так далее.

6. Нужно чётко понимать, какие именно упражнения и почему являются для курсантов наиболее сложными и актуальными в отработке. Такие упражнения отрабатываются на несколько счётов (по отдельности показываете людям порядок выполнения их фаз, потом курсанты так же выполняют их под ваш счёт), и/или упражнение отрабатывается несколько раз последовательно, с разбором наиболее распространённых ошибок, до полного их искоренения.

7. Лучше потратить сразу чуть больше времени и внимания на хороший показ упражнения, чем потом ещё больше – на исправление ошибок

вследствие неправильного показа. При показе упражнений нужно занимать такое положение по отношению к обучаемым, чтобы они видели малейшие нюансы вашей работы. Если вы или человек, на котором вы демонстрируете, закрываете поле обзора, то они не увидят, как именно им надлежит выполнять упражнение. В этом случае вам придётся потратить гораздо больше времени и сил на исправление ошибок у каждого из них в отдельности.

8. Важны и ракурс, и дистанция подачи информации. Ракурс: будьте на одном уровне и без преград между вами и аудиторией. Нависая над слушателями, вы подсознательно возбуждаете в них страх, сидя или лёжа при них стоящих – агрессию и утрату дисциплины.

Дистанция: чем ближе, тем лучше. Во-первых, чем ближе, тем людям лучше видно и слышно. Во-вторых, согласно человеческому подсознанию, существуют несколько дистанций общения: 40 см – близкие люди, метр – дружеская, и так далее. Чем ближе, тем больше доверие к человеку и исходящей от него информации. Следовательно, люди лучше усвоят материал. Если обучаемых много, тогда дистанция (поближе) не должна противоречить ракурсу (за спинами близко стоящих далеко стоящим не видно).

9. Оптимальной формой построения обучаемых является П-образная или подковообразная. Тогда все люди стоят достаточно близко к вам. При этом вы занимаете место не в самом центре этой буквы «П», потому что тогда вы будете своей спиной закрывать от стоящих в «ножках» этой подковы свои же действия. Вы должны находиться как раз между «ножек» этой подковы, и всем будет хорошо видно всё.

10. Перерывы крайне желательно организовывать между целостными тематическими блоками, закончив предыдущий и перед началом следующего. Тогда за время перерыва ранее данная информация лучше систематизируется и уляжется в голове курсантов.

11. Не отвечайте в частном порядке на вопросы курсантов. Каждый вопрос озвучивается на построении, и ответ на него даётся один раз, для всех. В противном случае вы будете отвечать на одни и те же вопросы по несколько раз за день.

12. Никогда не употребляйте сложных и непонятных для обучаемых терминов, тем более на иностранных языках. Одно непонятное слово выбивает слушателя из восприятия целого предложения. Вместо того чтобы слушать дальнейшую речь преподавателя, он завис и обдумывает непонятное слово. Несколько непонятных слов выбивают на абзац. Два непонятных абзаца подряд – и мозг слушателя вообще абстрагируется от восприятия. Таким

образом, вы сами усложняете свой же учебный процесс – донесение информации до восприятия обучаемых. Оно вам нужно? Поэтому простая, чёткая, понятная речь.

13. Точно так же разбирайте на общем построении вопросы, которые кажутся курсантам «глупыми», «не относящимися к делу», «личными». Курсант хочет получить долю внимания инструктора и считает себя уникальным. Это естественно. Но идти у него на поводу – значит сослужить дурную службу ему и себе.

14. Лучше начать со строгого и даже жёсткого отношения к обучаемым, а в конце смягчиться, чем наоборот. Такой подход заставляет курсантов собраться и работать с полной самоотдачей, а в итоге – почувствовать положительные эмоции от достигнутых результатов и положительного отношения со стороны инструктора.

15. Заранее продумывайте и готовьте многочисленные короткие юмористические сообщения для аудитории. Чуть-чуть юмора увеличивает восприятие информации у аудитории. При улыбке вырабатываются гормоны счастья – эндорфины, знания ассоциируются с положительными эмоциями. Эффективность обучения увеличивается. При этом нужно быть спокойным и строгим.

16. Начинайте занятие с молитвы и молитесь в ходе его. Без помощи Божией в нашем деле делать нечего.

17. Не позволяйте никому (и себе в первую очередь) пытаться пренебрегать физическими, нравственными законами, законами военного дела и других сфер без крайней на то необходимости, с упованием лишь на то, что «я верую – значит, Бог поможет». Как говорил наш школьный военрук: «Разиням Бог не помогает!». Когда Христос 40 дней молился в пустыне, к нему приступил сатана с искушениями. Среди прочего он сказал Христу: «Если ты Сын Божий, бросься отсюда вниз!». Христос же ответил ему: «Сказано: не искушай Господа Бога твоего»⁶.

О чём эта притча? О том, что даже Сын Божий, способный поправить земные законы, в частности воскреснуть, без крайней необходимости не стал пытаться пренебречь законом всемирного тяготения. Многие наши современники не учатся военному делу, не тренируются, не помогают фронту, но при этом считают, что если они «верят в победу» (а при этом, кстати, даже не молят о даровании её Господа!), то делают достаточно.

⁶ Евангелие от Луки, глава 4, стихи 9, 12.

Часть 2. Наложение жгутов, самопомощь

По команде инструктора старшие четвёрок получают инвентарь и раздают его личному составу. Основное, что выдадут и чем будете, скорее всего, работать для самопомощи и взаимопомощи, – артериальный жгут типа Эсмарха или похожие, индивидуальный перевязочный пакет. Всегда в подразделении по приказу командира средства взаимопомощи размещаются единообразно: аптечка всегда располагается в одном месте для удобства оказания помощи товарищу из его аптечки. Если личный состав без снаряжения, тогда перевязочный пакет размещается в левом кармане, а жгут будет в правом кармане брюк либо кителя.

Если товарища затрёхсотили, а у него не оказалось аптечки, то это, как говорится, очень плохая примета. Что делать в этом случае? В инструкторских группах есть ответ на этот вопрос. Фото учебника 30-х годов, автор какой-то Штильман и название учебника «Как помочь больной скотине». Да, это запомните на тот случай, если будет время и желание доходчиво донести свою мысль до курсантов. Если эту фразу процитировать, все запомнят, что аптечку надо носить.

Пошутили, а если серьёзно, то подбегаешь ты к раненому. Теоретически на нём аптечка есть. Практически он лежит в грязище, в кровище и на нём куча подсумков. Начинаешь судорожно соображать, в каком из них аптечка. А это не очевидно. Вот в этом случае, как правило, ты помогаешь из своей аптечки, потому что где у тебя в ней что, ты чётко знаешь. А если залезешь в чужую аптечку, там может лежать всё что угодно. А время очень дорого. Исходя из вышесказанного, в реальных условиях очень часто помогаешь из своей аптечки, а аптечку раненого забираешь и начинаешь мародёрить её позже, когда раненый уже уехал в госпиталь. В госпитале она ему не понадобится, а ты за счёт его аптечки компенсируешь свои траты. Но иногда бывает, что из своей аптечки помог, а его аптечку замародёрить забыл. Поэтому в этом случае нужно иметь запас: жгутов – для себя нужно минимум парочку, перевязочных нужно минимум парочку, и по мере расходования стараться его пополнять. Так вот, при выполнении упражнения вы курсантам объясняете, что теоретически вы используете жгут раненого товарища. Поэтому по нашей команде курсанты жгуты разложат однотипно, постарайтесь не забывать брать его жгут, но в реальных практических условиях будьте готовы к тому, что вы всё равно схватите свой. Вот как-то так.

1. Жгут типа Эсмарха-Лангенбека (или «ленинградец»). Раздача МТО, его предварительная проверка и укладка.

Когда вам выдают жгут Эсмарха (рис. 1) со складов хранения, то он свёрнут рулончиком, находится в полиэтиленовом пакете с двумя пластиковыми фиксаторами. При получении нужно проверить жгут на эластичность и прочность, так как условия и давность хранения, качество изготовления и многие другие параметры могут сильно отличаться. Первым делом выбрасываем пластиковые фиксаторы: они только рвут жгут, если пытаться их использовать, а ещё



Рисунок 1 - жгут кровоостанавливающий Эсмарха-Лангенбека (т.н. Эсмарха-Лангедока)

мешают его быстро накладывать. Потом берётесь с одного конца – там, где дырочки, – и несколько раз резко растягиваете жгут. Тот же приём повторяете с другого конца. Дело в том, что он если и рвётся, то преимущественно как раз там, где эти дырочки. Лучше пусть порвётся здесь, во время тренировки, чем на поле боя, когда вы будете оказывать помощь кому-то, а тем более себе. Потом берётесь за концы жгута, несколько раз его растягиваете. Это делаем для того, чтобы убедиться в сохранении им свойств эластичности. Если жгут твёрдый, как ремень, и не тянется – значит, он негоден, его надо заменить на тот, который растягивается нормально.

Для более удобного применения и ношения складываем жгут галсером или иначе змейкой (рис. 2), с коленами чуть меньше размера своей ладони. Так удобнее всего для самопомощи.



Рисунок 2 - Жгут, сложенный галсером

Обращаем ваше внимание на то, что мы считаем целесообразным, чтобы во время показа порядка выполнения того или иного упражнения необходимое для его выполнения имущество, особенно жгуты, были уже в руках у обучаемых. Пока вы говорите, они их ощупывают, тактильно чувствуют, отрабатывают за вами, если надо. Они сразу включаются в процесс. Если этого не сделать, пока вы рассказывали – они стоят. Пока они потом получают жгуты, уже забудут, что рассказывали. Нужно так строить учебный процесс, чтобы не было разрыва между действием и словом, чтобы они шли вместе.

Итак, старшие четвёрки подходят и получают жгуты ещё до начала показа упражнения ведущим инструктором. Второй момент, который

позволяет сэкономить время. Я в подробностях показываю принцип работы со жгутом Эсмарха, всё это «растянуть, кончики проверить на прочность, фиксаторы выбросить», а потом говорю людям: вот у вас в руках «Ленинградец - 1» – тот же жгут, но достоинство одно – его невозможно порвать. Не надо ни фиксаторы выбрасывать, ни дырочки по краям проверять на прочность. Сколько было курсантов, которые пытались продемонстрировать, что его можно порвать. Ни один ещё не преуспел. Хотя был слух, что нашёлся-таки один уникал, который сумел-таки жгут «Ленинградец» текстильный порвать. Ручаться не могу, сам не видел.

При ранении магистральных сосудов конечностей с массивным кровотечением для сохранения жизни крайне важно максимально быстро остановить кровотечение. В работе с курсантами нужно обязательно обосновать актуальность самопомощи, чтобы никто не «ждал доктора» до бесконечности, а сам боролся за свою жизнь изо всех сил. Короче говоря, спасение утопающих – дело самих утопающих. Если ты не наложил себе жгут и умер в ожидании помощи, ты дятел. Кто самый заинтересованный в оказании вам помощи в случае вашего ранения? Вы сами! Кто ближе всех находится к месту вашего ранения? Вы сами! Как правило, тут уже исчезает возможность парировать даже у недалёких и все готовы отработать. Если вы можете о себе позаботиться – делайте это сами.

Обычно для отработки упражнений мы используем не жгут Эсмарха, а жгут «Ленинградец-1». Дело в том, что, во-первых, он неизмеримо более прочный, чем Эсмарха, и износостойкий. За всё время я не помню ни одного случая его разрыва. Если жгуты рвутся, вам приходится после каждого интенсива производить их ревизию, оценивать состояние и пополнять запасы. Это заметные и совершенно не нужные траты времени и сил. Кроме того, жгут «Ленинградец-1» является близким к уникальности по степени своего натяжения с точки зрения тренировочного процесса. Если он плохо натянут, он проскальзывает и развязывается, поэтому требует качественного наложения. Зато тот, кто натренировался его накладывать, легко наложит любой другой жгут. Наконец, «Ленинградец-1» очень дешёв, что немаловажно. Недостаток: после выполнения упражнений жгуты приходится иногда стирать и сушить.

Есть так называемая зона «треугольник жизни». Она так называется по двум причинам. Первое: тяжелораненый человек, когда автоматически складывается в позу эмбриона, оберегает эту зону треугольника жизни. И его руки сами собой оказываются максимально близко от средств первой помощи, если их разместить в этой зоне, отсюда удобней достаётся то, что наиболее актуально для медпомощи. Поясню: размещение турникета на

лямке в реальных условиях работает очень плохо, потому что ты тащишь на себе рюкзак, рюкзак ложится на турникет лямками и перекрывает доступ к турникету. Второе: даже если на тебе нет рюкзака или маленький штурмовой рюкзак пристегнут, то у тебя ремень автомата также мешает доступу. Вывод: лучше всего размещать турникет не вертикально, на лямке плитника, а горизонтально, на груди бронежилета. Здесь липкая поверхность, к ней турникет прилипает или ты его привязываешь резинками для денег. Четыре штуки резинок привязать, и он сам собой не сорвётся, а надо будет – его можно и правой, и левой рукой достать и удобно сорвать. Площадка эта всё равно пустующая.

Существуют подсумки под турникеты, и большинство из них очень плохо открываются, быстро достать что-то проблематично. Второе: подсумки все рассчитаны на то, что ты находишься вертикально. А если горизонтально? Ну и третье: когда долго проработаешь там, уже очень скрупулёзно относишься к тому, что нужно, что ненужно. Подсумок – копейки, но если у тебя подразделение, взвод, и надо каждому купить подсумок, то ты подумаешь: а может, ну его нафиг, ребята? Лучше так будем крепить. Вывод: не возражаю против подсумка, но резоны перечислил, и сам турникет привязываю к плитнику резинками для денег.

Есть крайне оригинальная идея: перед тем, как идти в бой, наложить себе четыре турникета и спокойно идти вперёд, предполагая, что если ты получил ранение в любую конечность, уже ничего не надо накладывать. Затянул турникет прямо на месте и побежал дальше. У меня сразу вопрос: а двигаться как с ними? Если их затянешь слабо, они будут спадать. Если затянешь слишком сильно, ты не сможешь двигаться вообще. Более того, если к форме пришивать их, они при движении трут и сильно мешают.

Я скажу, откуда эта дичь взялась. Это устаревшее «альфовское» и «соборовское» представление, когда вы приехали, за 10 минут штурманули объект, а потом спокойно сели в транспорт и уехали в расположение. Сейчас, когда ты находишься в зоне боевых действий, ты 24/7 в опасности. Прилететь может всегда. Когда на тебе непрерывно надеты эти турникеты, то они трут, мешают. Наконец, если турникеты с липучкой, то они забиваются грязью и мелким мусором и теряют вообще возможность применения. То есть идиотизм этой идеи безмерен.

Альтернативный вариант есть. В конструкции штанов французского полевого костюма, например, есть такая широкая толстая лямочка, которая вшита. Если что, всунул туда шомпол или ручку, несколько раз перекрутил, зафиксировал. Вот такой вариант. Но она совсем не трет, не мешает. Однако форма с такими встроенными вещами является большой редкостью. И даже

если ты умеешь ею пользоваться, далеко не факт, что кто-то вокруг умеет, потому что обученных людей на применение таких турникетов я вообще не встречал. Вывод: что-то должно быть интуитивно понятным, массово распространённым, но такой формы нет пока. Гораздо проще натренировать людей накладывать жгуты, что мы, собственно, и делаем с вами.

Периодически вспоминают про «писать время наложения жгута». Написанное на жгуте видно очень плохо. Написать на лбу человека, на щеке – нужен маркер. Маркер мало у кого есть. На холоде маркер замерзает иногда, а на жаре, как правило, испаряется. Я за всё время работы видел два раза написанное время наложения турникета и жгута у раненых. И оба раза у военнопленных в Сирии, когда противник был не очень зубаст. Поэтому вероятность, что напишут время, очень мала. И привязываться ко времени наложения не надо. Ваша задача – как можно быстрее затампонировать рану гемостатиком и забинтовать её, а жгут удалить. Потому что время бежит очень быстро в полевых условиях, постоянно возникают новые задачи, вы забываете возвращаться к этому времени. И ещё: вот вы заметили, что прошло два часа, а что дальше делать? Ослаблять его, потом затягивать? Вы разобрались с одним, затампонировали, забинтовали, убрали жгут. Всё, не надо постоянно отвлекать внимание на этого человека. Чем раньше вы уберёте жгут у бойца, тем меньше у вас будет проблем, когда возникнет второй, третий раненый. Вы новыми занимаетесь, а первый у вас доходит. Нужно эвакуацию обеспечить, пока довезли – прошло несколько часов. А в госпитале раненый может не сразу внимание получить. В том числе и потому (в защиту врачей в госпиталях скажу), что могут привезти 90 раненых за час, и врачи не успевают подойти, естественно.

Накладывают ли два жгута – один выше другого? Бывает такое, что один жгут не остановил кровотечение, тогда накладывают второй.

1.1. Самопомощь. Ранение руки, наложение жгута на плечо в положении стоя.

Обязательно уточняем, что так жгут накладывается только в условиях, когда по нам не ведётся прицельный огонь противника. Одиночный прилёт или неосторожно вышли из-за укрытия, но успели спрятаться за него. Способы наложения жгута в положении лёжа отработаем позже. Это надо пояснить, чтобы личный состав отрабатывал именно так, как вы им сейчас показываете, а не ударялся в нездоровую самостоятельность и не накладывал жгут «в прыжке», «залегании» и т.д. в меру своей бурной фантазии.

Основным способом оказания само- и взаимопомощи в условиях современной войны действительно является «в положении лёжа». И на занятии это нужно постоянно подчёркивать. Высокая плотность и точность огня и малое время реакции от обнаружения цели до её поражения диктуют правило: «чем ниже силуэт, тем меньше лишних дырок». Однако, во-первых, стоя оказывать помощь тоже надо уметь по ряду причин, а во-вторых, стоя и сидя работать проще. *Базовый принцип обучения номер 2 – «от простого к сложному»*. Потому мы сначала отрабатываем оказание помощи в вертикальном положении, и только потом переходим к отработке приёмов первой помощи лёжа.

Жгуты всегда накладываются в унифицированных местах, а не так, как учат в некоторых неправильных методичках «чуть выше места ранения». Типовые места – верхняя треть плеча, а для ноги – верхняя треть бедра. Даже если ранена кисть или отрыв ступни, жгут всё равно накладываем высоко. Во-первых, потому что здесь наибольшая вероятность пережать магистральный сосуд, во-вторых, чисто технически – так гораздо удобнее, особенно в случае взаимопомощи.

При ранении в бронежилете, особенно с наплечниками, набедренниками, лучше, когда они легко отстёгиваются и прикреплены на велкро. Пристёгиваются на велкро и обхватывают бицепс на велкро. Если нет возможности быстро отстегнуть, за ножницами быстро слазить и всё отрезать может оказаться проблематичным. Накладывать жгут поверх наплечников или набедренников чаще всего окажется бесполезным.

Порядок выполнения упражнения (фото 1-9).

Стойка, или исходное положение, – это основа всей вашей работы в боевых искусствах. Если у вас будет правильная стойка, у вас будет сильный и быстрый удар, точный выстрел, грамотное движение. Не будет правильной стойки, не будет вообще ничего.

Понизить центр тяжести, встать в позу сноубордиста (ноги на ширине плеч и чуть согнуты), чтобы если от потери крови у вас закружится голова, вы не потеряли равновесия и не упали. Почему такая стойка ещё удобна. При падении вперёд человек бессознательно выставляет руку вперёд, набок или назад он бьётся головой. При этой стойке, даже если человек упадёт, он падает вперёд и может подстраховать себя рукой.

Вторая причина этого положения: как правило, на вас надет бронежилет, нередко на нём ещё и магазины на груди. Если стоять по стойке «смирно», когда рука прижата к телу, накладывать жгут будет неудобно. Если чуть наклониться вперёд – рука отходит от тела, и тогда работать удобнее. Достаём жгут, берём кончик жгута в зубы и мотаем (фото 1). Кулак со жгутом

исходно должен находиться на уровне солнечного сплетения, не выше и не ниже (фото 2). Потому что если хвост жгута будет слишком длинный, тогда он не затянется и не пережмёт кровеносные сосуды, если слишком короткий, тогда вы не сможете его растянуть и обойти свой собственный локоть (фото 3). Делаем 3-4 оборота и завязываем хвосты жгута (фото 4 – 9). Обращу ваше внимание: когда показываете – делайте акцент, что это самая устойчивая стойка при стрельбе.

Жгут должен быть затянут так, чтобы вызывал неодолимое желание снять его немедленно. Если вы жгут себе завязали, и вам индифферентно, что



Фото 1



Фото 2



Фото 3



Фото 4



Фото 5



Фото 6



Фото 7



Фото 8



Фото 9

он у вас на руке, вы его очень плохо завязали. На ноге тем более. Боль должна быть сильная. Только тогда жгут выполняет свою функцию – он перетянул кровеносные сосуды. Ориентируйтесь на это всех людей. После наложения, кто хочет, может у себя проверить пульс. Но, как правило, если человек затянул жгут качественно, он вообще ничего щупать не хочет у себя.

Наиболее распространённые ошибки при выполнении упражнения.

1. Недостаточно туго затянут жгут.
2. Неправильная стойка: ноги ровные в коленях и/или туловище не наклонено.
3. Наложение жгута не в верхний трети плеча, а на плечевой сустав или ближе к локтю.
4. Не завязан кончик жгута.

Периодически бывают такие уникалы, которые спрашивают, как им удерживать жгут, если нет зубов. Вы вежливо отвечайте: «Сразу после нашего курса бегом к стоматологу». Потому что со стоматологами на фронте ещё хуже, чем со жгутами. Там со стоматологами вообще никак. Пища твёрдая. Всё идёт к тому, что фильм «Терминатор» покажется пикником. Не исключён обмен ядерными ударами, бактериологическим, химическим оружием. Как вы будете выживать? Как разгрызть без зубов во время ядерной зимы замороженный до страшных минусов паёк, который и так-то твёрдый, как кирпич? Срочно вставляйте себе зубы!

И не бывает людей, чтобы вообще не было зубов. Можно коренными зажать. Вариантов много самых разных. Что касается зажима жгута подмышкой, то это достаточно неудобно. Но один из вариантов – да, если ты прихватишь в короткие хвосты, потом уже он не распутается следующие туры. Да, у американцев, наверное, специально в расчёте на беззубых, есть модификация жгута со здоровым крючком на конце. Дальше о них речь будет отдельно. Очень удобно. Ты крючком зацепился за форму либо за снарягу и мотаешь вокруг руки. Но когда мы его применяли, оказалось, что, когда боец в спешке дёргает, он крючком зацепляется не за то, что нужно. Зацепляется сильно, начинает дёргать и спешить, а драгоценное время уходит.

Это первое упражнение, и вы должны умертвить у обучаемых в подсознании всякое подозрение в вашей некомпетентности. Делается это для того, чтобы всё дальнейшее занятие люди воспринимали вашу информацию потоком и не создавали трудности глупыми вопросами. Выполняйте упражнение уверенно, быстро. Потом не спеша разбираете второй раз, с тонкостями. Кончик жгута в зубах, рука на середине предплечья. Когда вяжем, хвостик из зубов не выпускаем. Есть уникалы, которые выпускают

кончик жгута из зубов, а потом начинают одной рукой связывать, и у кого-то даже получается, но зачем так мучиться?

Иные «энтузиасты» проводят в рамках так называемой стресс-подготовки разнообразные эксперименты – например, надевают на голову пакет, человек начинает задыхаться. Лично я это не одобряю: недостаток кислорода угнетает мозговую активность. Обычно просто введение норматива времени является лучшим стресс-фактором.

Довольно часто подготовленные люди, которые ранее занимались спортом, начинают предлагать свои модификации выполнения упражнений. Эти способы могут подходить лучше для отдельно взятого человека ввиду особенностей его анатомии или подготовки. Вот он когда-то научился, ему так удобнее. Но в среднем для большинства людей от этого возникают только проблемы. Особенно ярко это заметно, когда отрабатываются приёмы в партере: перевороты, развороты, эвакуация. Борцы начинают показывать что-то, у них получается ловко. Как только они пытаются остальным показать этот приём, его демонстрация превращается в краткий курс древнегреческой или какой-то ещё борьбы. То есть оказывается, что человека сначала надо научить всей этой базе, и тогда он сможет проделать приём таким образом. Для многих это обескураживающее открытие: «У меня ведь получается!» Поэтому, разумеется, можно рассмотреть, и то, что целесообразно, можно и нужно перенять. При этом, когда человек говорит: «Вот мне удобно так», – вы говорите: «Да, разумеется, вы можете делать как вам удобно, но сейчас давайте отработаем, чтобы вы владели разными способами, неизвестно, какая будет ситуация». И чтобы все сделали однотипно, потому что, если каждый начнёт делать что-то своё, занятие просто не состоится.

В этом плане запомните из китайских боевых искусств, но то же самое говорят претендентам в Иностранный легион во Франции. Берут бокал, наливают в него вино доверху. А потом выливают и говорят: вот ваши знания. Для того чтобы вы смогли стать единым целым, ваши знания нужно все удалить и затем заново наполнить новыми схемами работы. По большому счёту, это правильно. Когда человек приходит на курс, он приходит новое получить, а потом это суммировать со своими знаниями.

При обучении очень важен ритм, темп. Не нужно слишком спешить, но и не нужно тормозить. Человеческий организм подобен двигателю автомобиля: работая на умеренных оборотах, не слишком сильно или слабо, он даст наибольшую производительность. Давать указание на выполнение следующего упражнения нужно, как только значительная часть курсантов выполнит большую часть предыдущего. Если равняться на тех, кто отстаёт и тормозит, будет потерян не только самый ценный ресурс –

время, будет потерян ритм, и качество обучения снизится. Регламент занятия расписан по минутам именно для этого – чтобы не выбиваться из графика.

После демонстрации правильного выполнения упражнения необходимо подать курсантам команду к отработке. Правильнее всего сначала отдать предварительную часть команды: «На одну (на обе) конечности один (два) раза жгут наложить!» – и потом исполнительную: «К отработке приступить!»

Для лучшей организации учебного процесса нужно заранее сориентировать курсантов, сколько раз они должны отработать упражнение. Если этого не сделать, то кто-то при отработке уже выполнил упражнение три раза, кто-то – один раз, а инструктор смотрит – все отрабатывают, никто ещё не закончил, и совершенно непонятно: уже можно командовать отработку следующего упражнения или ещё преждевременно?

Кроме того, когда люди выполняют задачу со строго определённым объёмом (количество повторений), они подсознательно стремятся быстрее достичь его и выполняют упражнения быстрее и более собранно. Разумеется, это сказывается положительно на всём ходе тренировочного процесса.

Обычно данное упражнение особых сложностей не вызывает.

Что делать, если в коллективе заведётся какой-нибудь гад, который постоянно врывается, мешает, перебивает?

Важно понимать, что человек, который мешает, – он интуитивно одарённый или действительно грамотный человек с боевым опытом, у которого от избытка чувств горят уста и ему действительно есть что сказать. В этом случае нужно как минимум предоставить ему возможность сказать, а именно: «Вот я вижу, у вас боевой опыт, есть знания, поделитесь с ребятами, пожалуйста». Это один вариант. Второй вариант. Если видите, что человек действительно по морально-волевым свойствам, ну так скажем, незаурядный человек, то всегда можно к нему тихонечко подойти, сказать: «Брат, ты всё знаешь, ты не пропадёшь, но ты посмотри на них, они же ещё только учатся, они же погибнут, если ты их не научишь, поэтому давай помоги мне, подскажи им что-то из своего опыта. Давай проконтролируем вместе». Но это имеет смысл, только если человек действительно толковый. Тогда ты его переключаешь, ему уже не нужно доказывать, что он крутой, он уже доказал, его оценили, и он становится хорошим помощником. Но только если он действительно толковый человек, волевой, с боевым опытом, потому что такие заигрывания с людьми, которые ничего собой не представляют, дают

просто противоположный ожидаемому эффект. Вот такая тонкость присутствует.

Также не забывайте, что нередко самые проблемные люди – въедливые, дотошные, которые много вопросов задают, – нередко оказываются потом самыми лучшими бойцами и инструкторами. Потому проявите терпение и постарайтесь отвечать на все их вопросы.

Я обращаю ваше внимание, что чем больше вы будете участвовать в занятиях в дальнейшем, чем больше вы будете обучать людей, тем легче вам будет состояться как инструктор. В качестве помощника инструктора к нам приходиться можно в Москве, в других регионах. Словом, единственный способ научиться бегать стометровку – это бегать её. Можно книги читать о том, как бегать. Можно фильмы смотреть. Но пока ты бегать не начнёшь – не научишься бегу. Так же с преподаванием – чем больше преподаёшь, тем лучше у тебя получается.

1.2. Самопомощь. Наложение жгута на ногу в положении сидя.

Обязательно принимаем положение сидя, даже если при ранении мы остались на ногах. Во-первых, потому что мышцы ног – одни из самых мощных в организме. Когда мы стоим, они напряжены, и потому пережать их жгутом проблематично. Во-вторых, потому что стоя работать банально неудобно – приходится наклоняться каждый раз, кивать головой. При ранении у нас и так кровопотеря и головокружение: можем банально упасть, потерять сознание и истечь кровью. К счастью, проблем обычно нет: при ранении в ногу обычно мы оказываемся сидящими чисто автоматически, кувырк – и уже сидим.

Здоровую ногу сгибаем перед собой в коленном суставе примерно на 90 градусов, а травмированную берём за штанину в области подколенной впадины и внизу, в области голеностопа, слегка подтягиваем и кладём на здоровую – так чтобы под ней образовалось свободное пространство, куда будем просовывать руку со жгутом (фото 10). Голеностоп повреждённой ноги



лежит на голеностопе здоровой, колени врозь. Иначе говоря, мы сидим в положении «по-турецки». При этом нужно отметить, что если ногу не

перебило, то с перепуга все делают одинаково и с этим можно даже не бороться. А именно: упирают раненую ногу стопой в грунт, сгибают в колене и мотают на неё жгут. В принципе, если повреждения ноги не слишком тяжёлые, и, нога вас слушается, так делать можно. Но в случае, если её перебило, например, никто не сможет так сделать. Распространённая ошибка при выполнении этого упражнения: люди кладут ноги не «колени врозь», а «колени вместе», смыкают ноги – а потом ещё удивляются, почему у них не получается.

В одной руке длинный конец жгута, в другой – короткий (фото 11). Руки идут «крестом»: один кулак, в котором зажат короткий хвост жгута, идёт к животу, другой, с длинным хвостом жгута, прижимает короткий хвост к бедру, желательно наложить три тура (фото 12-14) и завязать жгут на два узла (фото 15-17). Отдельно отметим, что в боевых условиях лучше всего концы жгута связывать двойным узлом. На тренировочной площадке мы это делать не рекомендуем, потому что тогда весь тренировочный процесс превращается в развязывание второго узла. Качественно натянутый жгут Эсмарха обычно белеет. При этом перекрут жгута вдоль продольной оси практического значения не имеет, что бы не писали многочисленные составители разных методичек. У нас имеется опыт подготовки личного состава в течение 8 лет.



Только за 2023 год подготовлено свыше 43 тысяч человек. Это сотни тысяч наложений жгутов, в том числе в боевых условиях, и никогда не было такой ситуации, чтобы жгут был наложен идеально, без перекрута. Однако и каких-либо проблем, а тем более ампутаций, это ещё ни разу не вызвало. Перекрут не важен – важно, чтобы жгут был наложен туго и быстро.

Ошибки при выполнении.

1. Накладывают жгут не в верхней трети бедра, а в других местах.
2. Прямые ноги кладут одна на другую, а не «по-турецки». В том числе кладут прямо, а потом начинают мучительно перетаскивать их в правильное положение.
3. Не кладут руки «в крест», а придумывают корявые способы перехвата.
4. Пытаются удерживать короткий хвостик жгута, когда он уже прижат и зафиксирован следующими турами жгута. Рука согнута, качественно не затянешь.

Напоминаем: после показа – команда на исполнение курсантам, в ходе его – контроль качества исполнения.

Часто задают вопрос: актуален ли жгут Эсмарха на зимнюю форму? Если его туго затянуть – то бесспорно. Проблема в том, что часто людей обучают плохо, в условиях боя у них стресс, они жгут затягивают недостаточно туго – и закономерно, что он свою функцию не выполняет. На тренировке упражнения выполняются в идеальных тепличных условиях, в реальных же условиях стресс, испуг, замёрзшие руки, жгут в крови или грязи, поэтому скользит, толстая зимняя форма, мешает снаряжение и т.д. Всё это будет влиять. Поэтому мы сейчас учим людей выполнять упражнение максимально правильно. И накладывать очень точно, и затягивать максимально сильно. Чем короче рычаг, тем большее усилие. Правильное положение рук, всего тела в процессе выполнения кардинально влияет на его результат. Если сейчас обучать людей некачественно, результаты будут печальными. Недопустимо, чтобы инструктор боялся ответственности. Когда инструктор говорит: «Накладывай сейчас без усердия, аккуратно», – это боязнь ответственности. В итоге обученный таким образом человек в критической ситуации наложит жгут так же «без усердия», и кровотечение просто не будет остановлено. Вывод: на зимнюю форму жгут Эсмарха можно накладывать, но надо тренировать людей надлежащим образом.

Второй распространённый вопрос: максимальная длительность безопасного наложения жгута на конечность. Если жгут был наложен на конечность дольше часа, тем более дольше двух часов, это может привести к ампутации. Поэтому главное решение проблемы в том, чтобы в тыл со

жгутом не отправлять! Тампонада раны гемостатиком, тугая повязка, жгут удаляем. Это правило связано с логистикой и долгой доставкой. Практически никогда боец за час в госпиталь, в руки врачей не попадёт. И если мы его будем долго везти со жгутом – закончится всё это ампутацией.

1.3. Самопомощь лёжа при ранении руки.

1.3.1. Правильное залегание и подъём.

Прежде чем занять исходное положение, необходимо продемонстрировать курсантам, как правильно залегать с оружием и как правильно вставать. Существует огромное количество способов разной степени эффективности, но для плохо подготовленных людей при наличии СИБЗ, БК и оружия реально работает только один.

Ноги на ширине плеч, автомат удерживается за пистолетную рукоятку правой (для правшей) рукой, приклад его – под мышкой, а ствол направлен вперёд и вверх. Чуть отклонив корпус назад, приседаем на корточки. Потом падаем на оба колена одновременно, отклонив корпус назад ещё больше для гашения инерции. После этого падаем на живот, в последний момент чуть амортизируя согнутой в локте кнаружи левой рукой. Ноги на ширине плеч, ступни прижаты к грунту, подготовка к стрельбе из положения лёжа.

Чтобы встать, подтягиваем под себя обе руки, оружие направлено вперёд. Опираясь на локти рук, резким толчком подтягиваем под себя ноги, оказываемся на четвереньках. Встаём на одно колено, затем в рост. Изготовку к стрельбе стоя принять.

Объясняем курсантам, что этот способ наименее энергозатратен, в то время как при передвижениях по полю боя приходится залегать сотни раз. При любом другом способе вы очень быстро вымотаетесь и не сможете выполнять боевые задачи. Также при этом способе залегания риск травматизации минимален.

1.3.2. Наложение жгута на руку в положении «лёжа».

Занимаем положение «лежа на спине», ноги на ширине плеч, ступни прижаты к полу, головой к противнику. Повреждённую руку берём здоровой за кисть, забрасываем её на надплечье здоровой руки так, чтобы кисть лежала на ключице, а предплечье упиралось снизу в подбородок (фото 18). В этом положении рука зафиксирована, и даже если она очень сильно повреждена, она не соскользнёт. Накладываем на руку жгут аналогично тому, как накладывали его стоя (фото 19-22). Обычно трудностей ни у кого не возникает. Подаём команду на отработку упражнения.



Фото 18



Фото 19



Фото 20



Фото 21



Фото 22

Ошибки при выполнении

1. Основные ошибки аналогичны таковым в положении «стоя».

2. Также серьёзной ошибкой является, когда у обучаемого ноги согнуты в коленях и высоко торчат над землёй. Это чревато получением дополнительных тяжёлых ранений на этапе наложения себе жгута.

Обратим ваше внимание на вопрос по раскладыванию имущества в ходе интенсива. Когда мы проводим базовый курс, обычно сразу все имущество раскладываем в длинный ряд вдоль стены, чтобы оно не мешало ведению занятий. Причём в том порядке, в каком оно будет применяться на занятиях. Так вы говорите: жгуты. Все смотрят на вас. Вы прыгнули, полезли в одну сумку, разорвали её, там ничего нет. В другую. Начинается спешка, неконтролируемое сквернословие. Время теряется, нервы расходуются, эффективности нет. А когда всё лежит по порядку, мало того, что так удобно – говоришь, посмотрели, подошли, получили. Занятие проходит эффективно.

Второе. Ты стоишь и затупил. А что же там дальше? Глядь – ага, турникеты. То есть вы себе сильно помогаете и курсантам.

Иногда, если аудитория маленькая, то разложить всё имущество вдоль стены банально негде. Такое может быть, например, при проведении занятий во взводной палатке. В этом случае раскладывайте имущество не на два дня вперёд, а на ближайшие полдня. Как правило, на полдня имущества нужно мало, его можно разложить.

Иногда начинающие инструкторы жалуются, что трудно одновременно показывать упражнения и грамотно их комментировать. Да, это сложно, нужен навык. Но когда ты делаешь и свои действия сопровождаешь комментариями, подаваемая тобой информация намного лучше воспринимается.

Довольно часто на занятиях и вне их я слышу фразу настолько же банальную, насколько глупую и вредительскую: «Для того чтобы что-то делать, нужно натренировать это до автоматизма». Тут не могу не процитировать В.И. Ленина: «Формально правильно, а по сути издевательство!»

Действительно, идеальный вариант действия, когда оно отработано до автоматизма. Однако сколько раз нужно отработать упражнение, чтобы оно выполнялось «автоматически»? Разные физиологи говорят разное, однако порядок цифр – от нескольких СОТ до ТЫСЯЧИ. При этом наши «носители погонов» (назвать их офицерами означает осквернить это высокое звание) нередко дают два часа на подготовку по тактической медицине, а то и меньше. О каком обучении «до уровня автоматизма» за этот срок можно говорить? И соответственно, отсутствие возможности выработать этот самый «автоматизм» они уже используют как индульгенцию для всего. И для того, что личный состав работает в бою отвратительно, и для того, что занятия с ними проводить вовсе не нужно – «автоматизм-то всё равно не выработаешь».

Наша военная школа нередко сталкивалась с ситуациями, когда приходилось мало обученными войсками воевать с ордами прекрасно дрессированных, прежде всего гейропидарских, захватчиков. Решение проблемы здесь в том, что, как сказал А.В. Суворов: *«Всякий воин должен понимать свой манёвр»*. Не заучить, а осознанно, осмысленно, с пониманием оценивать ситуацию. Если человек приучен думать, он найдёт выход из любой ситуации.

1.3.3. Переворот на спину в положении «лёжа» при ранении в руку.

В случае если вы получили ранение в руку при ведении огня в положении лёжа, нужно положить перед собой свою повреждённую руку (фото 23) и оружие стволом в сторону противника. Выпрямить раненую руку при помощи здоровой (фото 24). Перекатиться через свою повреждённую руку (фото 25). Аккуратно положить её себе на плечо так, как это описано выше (фото 18), и наложить жгут (фото 19-22). После этого положить руку опять же перед собой, себе за голову. Перекатом занять положение «упор для стрельбы лёжа». Далее, в зависимости от тяжести ранения и текущей тактической ситуации, либо пытаться вести огонь по противнику, либо покинуть поле боя и обратиться за медицинской помощью. Если вы серьёзно ранены, покинуть поле боя самостоятельно – не трусость, а вполне разумный тактический манёвр. Тогда нам не придётся выносить вас толпой и гибнуть под вражеским огнём.



Фото 23



Фото 24



Фото 25

1.4. Самопомощь, наложение жгута на ногу в положении лёжа.

Данное упражнение – одно из самых сложных и важных по следующим причинам:

1. Ранения ног встречаются чаще, чем верхних конечностей, так как их площадь гораздо больше. Также влияет вероятность наступить на мину.
2. Ранения носят более тяжёлый характер, ведь если наступить на мину или при взрыве гранаты под ногами осколки, попавшие в ноги, имеют больше энергии, и мощность взрывной волны выше.
3. Лёжа наложить себе жгут на ногу сложнее, чем на руку.

Исходя из вышесказанного, отработке данного упражнения необходимо уделить повышенное внимание. Обычно мы отрабатываем его дважды. Сначала показываем порядок выполнения упражнения, и курсанты

отрабатывают его. Мы наблюдаем за их ошибками, насколько возможно, по ходу корректируем их, а потом показываем упражнение ещё раз, с тщательнейшим разбором всех возможных ошибок. После этого курсанты выполняют упражнение ещё раз.

Показ упражнения начинаем с пояснения, что обычно при ранении в ногу лежащий на спине боец просто поднимает её, согнутую в колене, над собой и мотает как придётся. Так человеку удобнее, он это проделывает практически рефлекторно, и повлиять на это трудно. Однако недостатки этого способа существенны.

1. Очень высоко торчат над землёй голова, плечи и нога бойца, оказывающего самопомощь. Высока вероятность получить дополнительные отверстия в организме во время наложения жгута.

2. Если опорно-двигательный аппарат ноги повреждён основательно (даже не обязательно с переломом, достаточно разрыва связок или сильного разрушения мышц), ногу так поднять и удерживать будет невозможно. Способ не работает.

Следовательно, нужно научить людей выполнять это упражнение правильно: максимально эффективно и безопасно, в том числе при сильном разрушении нижней конечности. *«Надо стараться все делать хорошо: плохо оно само получится».*

Исходное положение: на спине, ступни ног на ширине плеч и прижаты к полу. Сначала демонстрируется и поясняется процедура переворота на здоровый бок с подтягиванием повреждённой ноги к себе (фото 26-27). Дело в том, что это оптимальное положение для наложения жгута на ногу лёжа. Повреждённая нога упирается коленом и ступнёй в пол и надёжно зафиксирована.

Силуэт максимально прижат к земле, что затрудняет обнаружение и уничтожение противником. Для осуществления переворота мы захватываем повреждённую ногу за штанину в области колена, приподнимаем её и просовываем под неё ботинок здоровой ноги. После этого мы



захватываем второй рукой повреждённую ногу за штанину в области бедра и перекатываемся на здоровый бок, ногу тянем усилием рук за собой и перекатываем её, а затем подтягиваем к себе (фото 26). Если нога повреждена

основательно, то она будет лежать как колода и не сможет двигаться самостоятельно. Усилиям рук мы сможем привести её в нужное нам положение (фото 27).

Здоровую ногу расправляем в колене и отводим максимально далеко. Плечи повернуты к полу, грудь прижата к нему. Просовываем под себя руку со здоровой стороны – так, чтобы кисть находилась примерно между ног, на ладонь ниже промежности (фото 28). Второй рукой подаём в эту руку свободный хвостик жгута, захватываем его большим и указательным пальцами руки со здоровой стороны (фото 29). Второй рукой накладываем жгут на бедро, захватываем его указательным, безымянным пальцами и мизинцем руки со здоровой стороны (фото 30 – 31). Второй рукой выпускаем жгут, руку просовываем между ног, захватываем жгут вновь и повторяем весь процесс. Три тура – и жгут можно завязывать. Фиксируем время наложения жгута (фото 32 – 33).



Фото 28



Фото 29



Фото 30



Фото 31



Фото 32



Фото 33

Основные ошибки.

1. Переворачивают раненую ногу и подтягивают к себе усилием её мышц, а не приложением мускульной силы рук.

2. Грудь развёрнута не к полу, а вверх, нога в этом случае не лежит коленом на земле, а торчит коленом вверх. Мало того что в этом случае вы сильно возвышаетесь над землёй головой, плечами и коленом, так ещё и раненая нога так стоять, опираясь только на стопу, не сможет.

3. Повреждённая нога недостаточно сильно подтянута к туловищу.

4. Здоровая нога не распрямлена в колене, а согнута и прижата к больной ноге. В этом случае неудивительно, что просунуть руку со жгутом между ног становится проблематичным.

Рука со здоровой стороны не находится всё время на месте, под животом, и только лишь постоянно фиксирует жгут, а пытается совершать круговые движения вокруг ноги, жгут натягивая.

Обратите, пожалуйста, внимание, что для выполнения любых задач, военных в особенности, очень большое значение имеет понимание и грамотное использование понятия «шверпункт». В переводе оно означает «ключевая точка». Главная задача офицера в любом бою, оценив местность, время и другие факторы, выбрать ключевую точку сражения на данной местности, захват и контроль которой обеспечивают решение боевой задачи. И сосредоточить все силы на захвате и удержании шверпункта, ключевой точки. В случае этого сложного упражнения – наложения жгута на ногу лёжа, «шверпункт» – это грамотный разбор и устранение ошибок у обучаемых. Причём нужно не только говорить, как нельзя, но и объяснять, почему нельзя. Например, задрать ногу вот так вверх и мотать – это неправильно. Почему? Потому что прострелят ногу и башку. Поэтому сначала покажите, как неправильно ты мотаешь, и людям видно, что это не способ. Если этого не сделать, то обязательно найдутся уникамы, которые начнут говорить: «А зачем так мучиться? Я же сделаю вот так». И вам придётся, теряя весь ритм упражнения и инициативу, идти за ними, объяснять, почему неправильно.

Вторым важным моментом в сложных упражнениях является то, что объяснять человеку: руку выше головы, вправо, влево – зачастую вообще бесполезно. Современные люди воспитаны гаджетами, они не помнят, где у него рука, где у него голова. А когда правее-левее, то у него просто взрыв мозга. Поэтому лучшим способом является тактильный. Инструктор молча подошёл, взял, ногу подтянул, вторую ногу подвернул. Просто человека выставляешь, как солдатику. Знаете, были такие – не просто солдатику выставляешь на поле боя, ещё рукам-ногам его придаёшь определённое

положение. Выставил человека, у него в голове всё сложилось, всё нормально работает.

Дополнительно я обратил бы внимание будущих инструкторов на следующие моменты.

1. На инструкторском курсе я свисток не использую, а на базовом курсе использую всегда. Ребята, это вам сильно экономит время и нервы. У моих знакомых есть очень хороший ультразвуковой свисток. Когда в него свистят, у людей волосы дыбом становятся и глаза выпучиваются. Замечательный способ воздействия на аудиторию. Но даже обычный свисток работает очень хорошо. Почему? Потому что громкий звуковой сигнал сразу привлекает к вам внимание. Все на вас посмотрели, вы тихонечко, спокойно сказали, что надо делать, и все приступили к выполнению. Намного удобнее, чем без свистка. Так что приучайтесь.

2. На инструкторском курсе после каждого упражнения передаёте бразды правления следующему. Выступающему первым труднее всех, поэтому не забываем похвалить.

1.5. Самопомощь при ранении шеи. Жгут с ППИ.

При ранении в шею возможны два варианта. Пуля или крупный осколок прилетели, перебили крупный сосуд, трахею, пищевод, позвоночник. В этом случае скорее всего – гибель на месте, максимум спустя несколько минут. Потому что такое ранение слишком тяжёлое и чаще всего с жизнью несовместимое. К счастью, такие ранения представляют относительную редкость: слишком мала площадь шеи, чтобы так неудачно в неё попало. Чаше бывает другое: разрыв гранаты, ручной или из гранатомёта, и множеством осколков посекло открытые части тела. В лицо – это, как правило, не смертельно, но в шею – совсем другое дело, потому что крупные кровеносные сосуды здесь находятся поверхностно, под самой кожей.

Итак, все поворачиваем головы вправо, шупаем у себя на шее слева мышцу (по латыни sternocleidomastoideus). Напоминаем, без критической необходимости НИКОГДА не употребляйте сложных слов, особенно на иностранном языке, во время проведения занятий, так как это сильно снижает качество усвоения материала. Данная мышца проходит под углом примерно 45 градусов к горизонтали. Теперь поворачиваем голову в другую сторону и нащупываем такую же мышцу с другой стороны. По передней поверхности этой мышцы проходит сонная артерия. Если перебило её – сильное наружное кровотечение, струйка крови длиной сантиметров тридцать, и спустя

примерно 20 секунд – потеря сознания от кровопотери, а спустя ещё 40 секунд – смерть. Рядом с ней параллельно идут две вены. Если перебило их – ещё хуже, хотя кажется, куда уж хуже. Дело в том, что внутри вен отрицательное давление, и если вены повреждены – они начинают засасывать воздух. Воздух поступает в сердце, и сразу же – остановка сердечной деятельности.

Следовательно, при ранении этих сосудов в первую очередь нужно максимально быстро закрыть просвет перебитого сосуда индивидуальным перевязочным пакетом. Значит, он должен находиться в аптечке, а аптечка, в свою очередь, на снаряжении так, чтобы при необходимости его можно было очень быстро достать любой рукой. Положение тела то же самое: ноги на ширине плеч, туловище чуть наклонено вперёд. Перевязочный пакет достаём из аптечки и прижимаем к месту ранения рукой со здоровой стороны (фото 34). Хвост жгута держим в зубах (фото 35), второй рукой проводим жгут последовательно под мышку (фото 36), вокруг головы (фото 37-38), опять под мышку (фото 39) и привязываем его двумя узлами к тому короткому хвосту, который удерживаем в зубах (фото 40). После этого мы можем одной рукой приподнять жгут, отведя его от шеи, а другой – поправить под ним ППИ (фото 41). Он должен лежать вдоль упомянутой выше мышцы, под углом 45 градусов.

Напоминаем, что перевязочный пакет выполнит своё предназначение, только если будет плотно прижат к голому телу. Примотанный к воротнику бушлата ППИ кровь не остановит! Потому, если на вас надето что-то с воротником, – одной рукой надо отвести его от шеи, а другой – просунуть под него ППИ и плотно прижать. ППИ лучше всего применять старого советского образца, он идеально для этого подходит. Израильско-китайский бандаж слишком твёрдый. Распаковывать ППИ НЕ НУЖНО. Он приматывается прямо в своей герметичной упаковке.

Обычно сначала мы показываем порядок выполнения этого упражнения. Потом выполняем его по раздельности, на счёт. «Раз» – достали ППИ и прижали к шее. «Два» – достали жгут, взяли в зубы. «Три» – обернули жгут под мышкой руки со здоровой стороны. «Четыре» – обвели жгут вокруг головы. «Пять» – привязали свободный кончик жгута к тому концу, который держим в зубах.



Фото 34



Фото 35



Фото 36



Фото 37



Фото 38



Фото 39



Фото 40



Фото 41



Фото 42

Основные ошибки.

1. Удерживают ППИ прижатым к шее рукой с повреждённой стороны.

2. Пытаются обернуть жгут вокруг шеи дважды и трижды. Если с «Ленинградцем» и некоторыми мягкими жгутами (типа «Ратник Тактикал») этот номер ещё проходит, то при попытке так наложить тугий жгут, тот же классический Эсмарха, наш пациент становится «красный как рак, и глаза на выкате».

3. Фиксируют перевязочный пакет не под углом примерно 45 градусов вдоль мышцы, а строго вертикально или горизонтально.

4. Испытывают трудности с завязыванием хвостиков жгута.

Среди проблем, на которые жалуются начинающие инструкторы, весьма распространённой является «засилье умников». Пардон, людей с «боевым опытом», которые «во Вторую Пуническую всё делали иначе», и понятное дело, гораздо правильнее, чем сейчас показывает инструктор.

Раньше, совсем недавно, у нас года два назад людей с боевым опытом было хрен да не хрена. И боевой опыт – это был капец какой-то. Приехал федерал советником на Донбасс, бухал-бухал (почитайте подробнее Мурза, «Нам пишут из Янины»⁷, и ужаснитесь), растаможил иномарку, вернулся обратно героем, получил награду. Ещё хорошо, если не угробил кучу местных бойцов своим дебильным руководством. Герой, блин, войны с боевым опытом. Разумеется, были и достойные офицеры, но, увы, достойными были не все...

Сирия. Ходили строем в столовую с противогазом полгода. Вернулся, участник боевых действий, льготы и все дела. В лучшем случае полгода просидел в кубрике под кондиционером и диссертацию по лечению панариция написал. И потом и первый, и второй везде начинают орать, что у них «боевой опыт».

Теперь ситуация кардинально изменилась. Теперь боевой опыт у сотен тысяч людей, скоро уже к миллиону приблизится. Но очень часто этот боевой опыт, к сожалению, – как сказал один из ветеранов: «Как мы сидели в окопах под обстрелом, нам было страшно, и мы бухали». Нередко, в лучшем случае, у человека боевой опыт более обширный. Как мне сказал один курсант: «Научился копать окоп и прятаться в него». А есть и ещё печальнее.

Ярчайший эпизод был у нас на одном из курсов, не могу им не поделиться в назидание вам, а через вас – тем, кого будете учить. Вот как раз про «медиков», «боевых медиков», «отличившихся» и «с опытом СВО». Был у нас на одном курсе человек, который, будучи на фронте, в медроте

⁷ Телеграм-канал Андрея «Мурза» Морозова, «Нам пишут из Янины» - <https://t.me/wehearfromyanina>.

отличился, и его отправили учиться на офицера в ВМА. Я с ним побеседовал, поскольку жадно собираю боевой опыт везде, услышал много интересного. «Нам командир говорит: если раненый лежит на поле боя, то он сам дурак, что вылез туда, нечего за ним лазить, ездить». Да, да. А ещё, что ничего мудрёного в эвакуации раненого нет. «Просто подъехать прямо на машине и его забрать». Я говорю, бляха-муха, сколько мы работали, я ни разу не помню, чтобы это можно было сделать даже в теории безнаказанно. Но я так понимаю, что они подбирали только тех раненых, которые лежали настолько глубоко в своём тылу, что туда вообще ничего не прилетало. Была отработка третьего дня нашего цикла – та самая. Когда женщины гражданские, иногда даже старушки, вместе со всеми в снегу ползают и раненого учатся из-под огня вытаскивать. Так этот человек при отработке этого упражнения повёл себя целиком ожидаемо. Он, короче, всех бросил, встал, ушёл, не захотел ползать. И оружие своё бросил. Вот такие бывают люди «с боевым опытом».

Всё это я к чему говорю, товарищи курсанты. Если кто-то вам начнёт говорить, что у него большой боевой опыт, дорогие мои, смело делите это на 10, абсолютно смело. И пускай это «наличие боевого опыта» не становится абсолютным критерием оценки вами этого человека. Вывод. Вы как инструктор должны быть к этому готовы. И вы должны уметь с такими людьми работать.

Способы работы.

В принципе, у меня вроде бы написано, но я сейчас кратенько повторяюсь. Первое. Если человек действительно грамотный, действительно он по существу что-то подсказывает – такие, к счастью, тоже бывают, и нередко, – то этому человеку нужно давать возможность высказываться, только так, чтобы это не нарушало порядок ведения курса и подачи материала. Дополнение обогащает курс, но такое бывает редко. Не только потому, что редко встречается человек с ценным опытом. Ещё и потому, что получить опыт и его пережить, интерпретировать и транслировать – это три разных дарования. Не у каждого совпадает. *«Знающий не говорит, говорящий не знает»* – древняя китайская мудрость как раз об этом.

Второй момент. Очень часто бывает, что кто-то начинает слишком сильно мешать вести занятия своими умными замечаниями. Есть неплохой способ – подходишь к нему и говоришь: «Брат, но ты-то всё умеешь, я же вижу, какой ты молодец. А вот они-то ничего не умеют. Если что случится, они же погибнут. Давай ты мне будешь помогать, контролировать качество выполнения упражнений у ребят». Иногда это работает, если человек не слишком зазнаётся, он видит, что его оценили, и начинает вам активно помогать, а не мешать. Но это работает, когда группа не очень большая и у

вас мозг не клинит. Если группа очень большая, задачи бывают 200 человек подготовить за два часа, то разбиваете личный состав на четвёрки и сразу назначаете старших. Сразу обозначаете, что если что-то пойдёт не так, на ваше усмотрение, либо старший четвёрки отжимается, либо все четверо отжимаются, либо вся группа отжимается. Это не тяжело, но унинительно. Несколько раз отожмутся, проведут сами воспитательную работу, народ перестанет вам мешать, и занятие пойдёт чётко.

Если обучаемых слишком много, а помощников у вас совсем мало, можно поступить кардинально. Всех предупредить, что занятия будут серьёзные, что требования будут крайне жёсткие, и кто не хочет учиться – пусть уходят с занятий и лежат в казарме. Пусть у вас останется меньше людей, но они качественно научатся, чем будет галдящее стадо интуитивно одарённых, которые не дадут научить толковых людей.

Для того чтобы вас слушались (это я постоянно пишу и во всех книгах подчёркиваю), надо, чтобы люди испытывали ощущение, чувствовали исходящее от вас уважение к ним, заботу о них, любовь и желание их сберечь. Тогда агрессии, как правило, не бывает, они у вас учатся. Ни в коем случае нельзя демонстрировать высокомерие, презрение и прочие негативные чувства к личному составу, потому что тогда у них включается защитная реакция, защитная агрессия, или просто замыкаются и перестают воспринимать информацию от вас. Разумеется, чем ты более крутой, чем больше ты развил у себя различные знания и волю, тем тебе легче вести занятия.

Недавно тренировались мы в одном месте, я своих инструкторов привёз для повышения их квалификации. Наши инструкторы говорят: один ведущий занятия улыбается, говорит вежливо, ни одного слова грубого не сказал, а нам страшно до дрожи. Вот это хороший уровень. Тогда у вас будет всё ровно. И запомните следующий момент: 20% людей делают 80% работы. Что это значит? На базовый курс коммерческий (то есть люди заплатили за знания), тем более на инструкторский, собрались уникамы, у вас, может быть, и до 100% личного состава на занятиях с полной самоотдачей работают. В любом же обычном коллективе, в том числе армейском подразделении, 20% людей стараются чему-то научиться, понять, сделать, остальные 80% пришли, потому что сюда их пригнали, и в лучшем случае не мешают вам, но и ничего не воспринимают. Это данность, с нею сделать что-то очень тяжело, но, в принципе, можно. Самое лучшее, что можно сделать, если вы не справляетесь всех за волосы вытащить к знаниям, – это качественно научить эти 20% и молиться, чтобы они потом на пинковой тяге как-то научили всех остальных. Само собой, оставить им методички по обучению, подсказать, где

смотреть в Интернете, то есть создать им предпосылки, чтобы у них пинковая тяга была максимально эффективной.

1.6. Наложение жгута с ППИ при ранениях паха и ягодицы.

На базовом курсе обычно не демонстрируется. На инструкторском можно показать. Принцип в том, что при ранениях в область таза просто наложить жгут выше места ранения невозможно. Временным вариантом остановки кровотечения является завести жгут себе на поясницу, туго натянуть, перехватить концы его крест-накрест, а потом завязать вокруг бедра в верхней его части со стороны ранения. Получится очень тугая восьмёркообразная повязка, перемычка которой находится примерно в области ранения. Под неё и подкладывается ППИ (фото 43).



2. Самопомощь. Наложение турникетных жгутов.

2.1. Жгут-Турникет CAT (Combat Application Tourniquet).

Это жгут разработки армии США (рис. 3). За исключением седьмого поколения предназначен для наложения исключительно на верхнюю конечность. Ввиду того, что стропа, непосредственно осуществляющая пережатие сосудов, находится внутри широкой тканевой ленты с велкро, усилие с неё распределяется на слишком большой площади. В результате он не может передавить мышцы ноги и обеспечить уверенную остановку кровотечения. Наш опыт наложения данных жгутов раненым на нижнюю



Рисунок 3 - Жгут-Турникет CAT (Combat Application Tourniquet)

конечность подтверждает то, что было написано в их старых методичках: при сильном повреждении кровеносных сосудов нижних конечностей и массивном кровотечении часто не удаётся его остановить. В методичках пишут, что жгуты CAT 7-го поколения (CAT Genius 7) позволяют уверенно

остановить кровотечение из нижних конечностей, однако мы пока не располагаем личным опытом наложения данных жгутов на поле боя.

Как и всякая сложная техника, данный жгут в применении имеет множество тонкостей. Прежде всего – после применения его нужно правильно сложить. Расправить, вытянуть, чтобы выбрать холостой ход тесьмы. После этого продеваем его хвост сквозь щель и складываем, чтобы получилась очень большая петля. Такая, чтобы сквозь неё можно было провести руку, даже если она в толстой зимней одежде. Складываем его через верх, липучкой к телу либо в карман, либо резинкой к петличке. Закладываем его либо в специальный карман, либо привязываем резинкой к снаряжению. После этого при применении снимаем, резким движением руки расправляем, удерживая за пластиковую пряжку, на которой находится вороток, фиксаторными рогами от себя.

Ошибки при наложении.

1. Перепутать направление и взяться рогами к себе.
2. Пряжка с воротком оказалась не на плече, перед глазами, а в любом другом месте (тогда проворачивать вороток будет неудобно).
3. Турникет не затянут до предела, перед тем как начать крутить вороток. Если не затянуть, кровотечение остановлено не будет.
4. Ещё одна распространённая ошибка – при затягивании жгута в спешке делаешь перехват, и тогда жгут ляжет нелипкой стороной на липкую и, конечно же, не зафиксируется при этом.
5. Жгут не приготовлен к применению после проведённых с ним тренировок. То есть если перекручен после применения, надо сначала раскрутить и сильно растянуть его за концы, чтобы выбрать холостой ход тесьмы, иначе он не сработает. Тут ничего не поделаешь – сложная техника требует качественной подготовки.

Начинать упражнение по показу турникета, если вы раньше этого не делали, обязательно нужно с того, что разрываете дистанцию между аудиторией и собой. Их к себе ближе подтягивайте и сами становитесь ближе.

Во-первых, на турникете множество разных деталей и тонкостей, людям издали не будет видно, что вы пытаетесь до них донести.

Во-вторых, подсознательно человек так устроен: чем больше он доверяет докладчику, тем ближе к нему находится. Люди будут лучше воспринимать исходящую от вас информацию. Поэтому перемещайтесь к ним и фланги строя загибайте подковой, чтобы всем было хорошо видно.

Несколько слов о грамотной подаче материала и культуре речи инструктора. Многословие и речь «не по существу» – иногда не меньший, а то и больший враг инструктора, нежели косноязычие и неумение связать воедино несколько слов. Хорошей иллюстрацией этого тезиса является пример одного специалиста, который учит людей штурму зданий. Динамический штурм – там всё делается очень быстро. Вы идёте группой, всё постоянно простреливаете, везде бросаете гранаты, всё взрываете. И в норме делается так. Группа идёт, командир, который идёт вторым, третьему подаёт команду: «Готовь свою!» Тот достал гранату, вытащил кольцо, показал командиру, что она готова. Командир подаёт команду: «Клади в проход направо» (например). Этот сразу бросает. А тут отрабатывают штурм высококультурные интеллигенты. Командир говорит группе: «Предлагаю бросить туда гранату». Вся группа стоит, посоветовались, говорят: «Мы не возражаем». Как видим, по содержанию всё было сказано правильно, но формат подачи категорически неверен.

«Кто-нибудь сделайте что-нибудь» – это не работает. Чем больше конкретики в команде, тем лучше она будет исполнена.

Стиль изложения материала у многоречивого инструктора должен перейти от совещательного к руководящему. Разумеется, это большой труд над собой, однако другого способа не существует.

Подчеркнём на примере. Я говорю человеку: «Что будем делать?» И человек впал в задумчивость. А представь, если у тебя рота? Вот если ты скажешь всем: «Легли и исполнили», – в задумчивость не впадёт никто.

Всё вышесказанное не означает, что инструктор должен превращаться в тупого солдафона, который только орёт команды. Если вы командиры в бою, то у вас может быть вообще один стиль работы – директивный. Если же ты инструктор, то тебе нужно донести до людей очень много различной информации, и используется не директивный, а информационный стиль подачи.

«Для того, чтобы сейчас выполнять упражнение, надо будет распределить имущество среди старших четвёрок». Это вообще неправильно, потому что получение имущества должно идти через команду. То есть в речи инструктора есть часть информационная (то есть передача информации), и есть часть директивная (передача распоряжения). «Товарищи курсанты, сейчас мы с вами отрабатываем наложение на руку жгутов, турникетов», – информационная часть. «Старшие четвёрок, подошли, получили имущество», – директивная.

«Товарищи курсанты, вы держите в руках турникеты, они состоят из того-то, применяются так-то», – информационная часть. «Товарищи

курсанты, по два раза на правую и левую руку жгут наложить, по два раза», – директивная.

Нельзя их смешивать, потому что получится вот так: «Товарищи бойцы, мы выполняем задачу по штурму здания. Противник ведёт по нам огонь из-за правого угла. Предлагаю провести голосование, будем ли мы бросать гранату». Надеюсь, все поняли, почему так нельзя. По форме человек не сказал ничего глупого, но в этих обстоятельствах вообще нельзя так подавать команду.

2.2. Жгуты-турникеты типа SOFTT: «Красногорский» и «Невский».

Изначально жгут SOFTT был разработки военно-морских сил США. Технически он проще, чем САТ. Стальной прочный вороток, который практически невозможно сломать, широкая тесьма, достаточно прочная для наложения на ногу, и простая металлическая фурнитура: скобка и крючок (рис. 4). При наложении на конечность скобкой фиксируем за крючок, туго затягиваем его, одной рукой при этом придерживая пряжку, на которой находится вороток, и затягиваем тесьму круговыми движениями металлического воротка. А потом его конец продеваем в пластиковый треугольник.



Рисунок 4 – турникетный жгут Sof Tactical Tourniquet

Как видим, конструкция данного жгута гораздо проще, нежели САТ, возможных ошибок при его наложении намного меньше. Существенным достоинством является то, что в неудобных условиях – внутри бронетехники, в положении лёжа, когда солдат одет в средства индивидуальной бронезащиты – данный жгут накладывать гораздо удобнее, чем Эсмарха.

Фактически у него есть только один, зато значимый недостаток. Его практически невозможно наложить себе на руку одной рукой. Когда его начинаешь затягивать, то он проскальзывает на руке и не затягивается, а придерживать его за пряжку не получается, у нас нет второй действующей руки, так как она ранена. Но даже если удалось его затянуть и успешно повернуть нужное количество раз вороток, то потом возникает вторая проблема: очень проблематично одной рукой кончик воротка просунуть в фиксаторный пластиковый треугольник. Впрочем, примерно у одного человека из двадцати всё-таки получается наложить себе жгут. Однако, как понимаем, это скорее

исключение, чем правило. А как правило, в итоге мы получаем два жгута: САТ для наложения на руку и SOFTT для наложения на ногу. И в критической ситуации важно не только не совершить ни одну из вышеперечисленных ошибок, но ещё и не перепутать жгут для руки и жгут для ноги. Так что большинство предпочитают универсальные жгуты.

Необходимо отметить, что сейчас начали выпускать SOF Tourniquet, лента которого изготавливается из весьма гладкой ткани, отдалённо похожей на шёлк. Его вполне возможно затянуть одной рукой, и он подходит для наложения на руку и на ногу.

Важное правило: солдата нельзя жалеть, его надо беречь. Сразу приучаем личный состав накладывать любой жгут максимально туго, невзирая на болевые ощущения. Напомним, что сейчас, на тренировке, все курсанты отдохнувшие, полные сил, спокойные, нет крови и грязи, в которых жгут скользит, пальцы не замёрзшие и так далее. То есть фактически условия для наложения жгута идеальные. В условиях боевых действий и ранения боевого товарища, либо самого военнослужащего, оказывающего самопомощь, всё будет наоборот. Будут присутствовать все негативные факторы, сильно влияющие на качество наложения жгута. И если люди сейчас приучатся затягивать его слабо, то на поле боя они просто не остановят кровотечение, и в итоге раненый погибнет.

Обычно при выполнении упражнения «наложение турникета на ногу» мы раздаём обучающимся два наиболее распространённых в нашей стране вида турникетов: «Невский» и «Красногорский», примерно поровну. На каждую четвёрку приходится по два тех и других, и это позволяет отработать в одном упражнении два основных типа. В целом же напоминаем, что при выполнении упражнений категорически нельзя включать показ и отработку двух и более упражнений в одно. У людей возникает хаос, непредсказуемый винегрет вместо отработки упражнений. Поэтому каждое упражнение должно быть отдельно друг от друга. В данном случае это является исключением допустимым, потому что «Невский» и «Красногорский» весьма функционально схожи, и мы можем показать применение тех и других людям,



Рисунок 5 – жгут-турникет «Красногорский»

а они уже их применяют. «Красногорский» – SOFTT классического типа, у него нет велкро в составе, а есть мощный стальной вороток, к которому крепится широкая тесьма и простая металлическая фурнитура (рис. 5). Защёлкиваешь фурнитуру вокруг конечности, туго затягиваешь тесьму, очень туго закручиваешь вороток – и готово. При наложении себе на ногу двумя руками либо при наложении другому бойцу работает идеально, гораздо надёжнее останавливает кровотечение, чем турникет, и просто удобен. Достоинств много. Недостаток один: очень плохо накладывать себе самому на руку. Примерно только у одного человека из 20 обучаемых получается себе на руку наложить и затянуть.

Об этом мы уже говорили, как и о том, что сейчас у американцев появился новый софт, там более продуманная структура пряжки и более тонкая тесьма. Он одной рукой нормально затягивается, в том числе себе на руку. Молодцы, не стоят на месте. Что касается нашего ответа Чемберлену, то это турникет типа «Невский» (рис. 6). Дело в том, что он не совсем классический софт. На нём есть велкро, но у него не широкая лента велкро, в которой проходит тесьма, а велкро непосредственно прикреплено к тесьме, и она узкая. То есть когда ты его складываешь на руку, он удобно накладывается. Аналогично САТ – надел кольцо на руку, взял за хвостик потянул липкое к липкому, приклеил, прикрутил. А когда накладываешь на ногу, он работает аналогично SOFTT. Вот такая оригинальная конструкция. Многим он очень нравится. Всё просто, надёжно, удобно.



Рисунок 6 – жгут-турникет «Невский»

После этого мы показываем, как закрепить у себя на руке турникет: сначала «Красногорский», а потом «Невский» на руку, на ногу, и после этого даём время людям, чтобы они отработали по паре раз на руку, на ногу наложение тех и других турникетов.

2.3. Жгут-турникет «Белгородец».

Жгут турникетного типа (турникет) «Белгородец» (рис. 7) разработан в Белгороде для нужд наших бойцов на СВО.

Данный турникет имеет ряд преимуществ:



Рисунок 7 – жгут-турникет «Белгородец»

- простота и удобство применения;
- высокая прочность;
- надежная конструкция;
- металлический вороток;
- эффективен для остановки кровотечения и на руке, и на ноге.

Конструктивно представляет собой стропу, находящуюся во внешнем тканевом корпусе с нашитой по всей длине корпуса липучкой, щелевой соединительной пряжки, позволяющей замкнуть турникет в кольцо, для натяжения стропы используется вороток, для фиксации воротка используется стальной треугольник.

Его особенность – система из двух колец в качестве замка. Они дают дополнительную возможность фиксации, если «липучка» по какой-либо причине не справится. Основу турникета составляет обычная текстильная стропа, которую используют для лямок сумок и ремней. Она способна выдерживать большие нагрузки.

2.4. Жгут-турникет «Медплант».

Это отечественный турникетный жгут с учётом опыта американских разработок и органично соединяет их достоинства (рис. 8). Прежде всего, у него двойная тесьма, то есть он подходит и для наложения на руку, и для наложения на ногу. Далее, у него велкро с обеих сторон – то есть его чисто технически

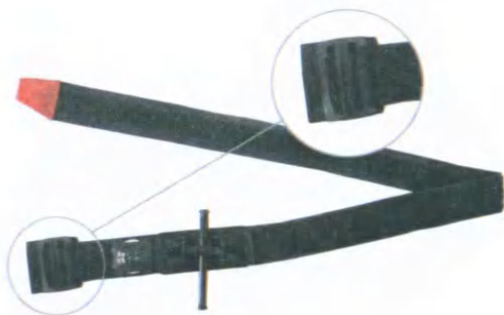


Рисунок 8 - жгут-турникет «Медплант»

невозможно наложить на конечность неправильно, «нелипким к липкому». Процедура фиксации жгута САТ очень сложная. Он клеится на велкро на некоторую часть длины, потом мы перекручиваем его вороток, потом мы оставшийся свободным хвост продеваем сквозь фиксаторные «рога», а потом ещё и крепим его специальной лентой – «липучкой». То есть при применении этого американского жгута можно сделать в ходе наложения большое количество различных ошибок. У жгута «Медплант» такого нет: мы его раз обернули вокруг конечности – и всё, он зафиксирован сам на себе. Остаётся только крутить вороток. При этом вороток у него короткий, «швеллерного» типа – на нём много рёбер жесткости, и сломать его практически невозможно.

Также нужно отметить, что если на САТ он вращается в горизонтальной плоскости, сразу на 180 градусов, то в «Медпланте» он движется перпендикулярно поверхности руки. При движении его не надо фиксировать ни за какие части жгута – он не может потерять натяжение, потому что просто упирается в поверхность руки.

Дополнительным свойством жгута является наличие у некоторых его моделей циферблата: на нём выставляется время наложения жгута. Это очень удобно, так как маркеров для выставления времени наложения жгута, как правило, ни у кого нет, а если есть – они теряются, на жаре высыхают, в мороз замерзают и много чего ещё. Кроме цифр, на циферблате есть буква «Н». Она означает, что время наложения жгута неизвестно.

Такая конструкция воротка подразумевает более мягкую регулировку: нужно сделать гораздо больше оборотов, поскольку каждый из них приводит к значительно меньшему натяжению тесьмы, чем у САТ. Данное свойство является как достоинством, так и недостатком. С одной стороны, при самопомощи время дорого, и иногда можно банально не успеть. С другой – более плавная регулировка позволяет постепенно ослаблять натяжение жгута, а это очень ценно при тампонаде ран.

Несколько слов о работе с курсантами. Вы обязаны быть на голову выше их в своей сфере, все всякого сомнения. Только так. Но в идеале – и в физической, тактической огневой подготовке, владении различными видами вооружения тоже. Дело в том, что только 30% информации передаётся вербально, словами. Остальное передают мимика, жесты, поза и множество всего, чаще всего совершенно неосознаваемого. А вы учите людей, которые уже ходят или вот-вот пойдут на смерть. Человек интуитивно считывает ваше состояние. Если вы начинаете разглагольствовать о чем-то, чего вы не знаете, люди чувствуют, что вы этого не знаете, и сразу пропадает доверие к вам. Когда пропало доверие, занятие вести практически бесполезно. Вас слушают, но не слышат. Поэтому вы обязаны быть образцом. На занятиях курсант должен хотеть быть таким же, как вы, тогда будет максимальный эффект. Чтобы быть образцом, крайне важно не иметь гордыни, быть скромным. Как говорят святые отцы, «поучать людей надлежит кротко и с любовью». Почему именно так? Потому что человек чувствует ваше искреннее отношение к нему. Если его унижать, оскорблять, то он это воспринимает как проявление агрессии: замыкается в себе и становится закрытым для принятия информации. Напротив, если он чувствует любящее отношение преподавателя, то у него появляется ответное положительное отношение и к преподавателю, и к предмету. А любовь с гордыней не сочетается.

Есть классное определение для оптимального обучения, пришедшее к нам от древних греков: «Ученик – это не сосуд, который нужно наполнить, а факел, который нужно зажечь». Что это значит? Наш мозг работает сознательно только на 5%, остальное – бессознательная деятельность.

Из этого следуют два вывода.

Первое. Крайне важно при обучении быть не просто искренним, но истинным. Недаром на поле боя в минуты смертельной опасности люди, как высшую похвалу, говорят друг другу: «Ты – настоящий!» То есть если ты рассказываешь что-то – ты должен максимально точно знать, что чувствует человек в этой ситуации. Если что-то показываешь – важно, чтобы каждое твоё движение было максимально близко к идеалу.

Второе. Любая осознаваемая мотивация, типа «я должен это сделать, потому что мне за это платят, потому что тогда я получу военную ипотеку...» – это всё пустяк, это работает плохо. В любой ситуации это работает весьма посредственно, а в критической – так и того хуже. Потому что сознательная наша деятельность – это только 5%. А вот если человек чем-то занимается, потому что: «я это люблю, я без этого жить не могу!» – это подсознательная, неосознанная деятельность. А это уже 95%. Ясное дело, что 95 неизмеримо больше, чем 5.

Это и поясняет, что значит «курсанта надо зажечь». Значит, вам нужно, чтобы курсанты заинтересовались тем, что вы им рассказываете, загорелись этим. Тогда они не просто лучше будут воспринимать и запоминать информацию, но и будут активно искать её в Интернете, повышать уровень своей грамотности, всё время изучать что-то новое – словом, развиваться. Это главная цель подготовки.

Главные цели обучения, помимо непосредственной передачи информации:

1. Заинтересовать человека изучаемым предметом, в идеале – вызвать любовь к нему.
2. Внушить веру в собственные силы.
3. Дать человеку устойчивый импульс к дальнейшему саморазвитию, в том числе по другим предметам.

Вы должны быть близки к идеалу, так как каждое ваше слово и движение человек видит.

2.5. Редкие модели жгутов.

По поводу редких и экзотических моделей жгутов можем сказать кратко: когда у тебя имеется большое количество разнообразного снаряжения, ты

этим не только лучше обучаешь людей и передаёшь им больший объём знаний. Ты демонстрируешь свой уровень компетентности, потому что нельзя просто зайти в магазин и купить 2 кг редкого снаряжения. Такое снаряжение можно только собрать с годами из разных источников, приложив много сил и средств. Люди видят: вот, инструкторы подготовлены. Их впечатления о вашем курсе будут хорошими. Что такое хорошие впечатления обучаемых? Когда курсант проникся, что его здесь учат толково, он гораздо лучше впитывает информацию, лучше транслирует, чем если он пришёл к выводу, что зря он сюда пришёл. В том числе поэтому у нас большая коллекция. Но в крайнем случае, если у вас такой богатой коллекции пока нет, можно обойтись показом нескольких простейших жгутов и турникетов. И этого достаточно, чтобы показывать экзотику.

Условно редкие жгуты можно разделить на несколько категорий. Первая категория: плохие или неудачные. Их мы разбираем и показываем только с одной целью: чтобы люди знали, какими жгутами пользоваться не стоит, даже если они попались им в руки. А уж тем более не стоит такими жгутами стремиться обзавестись.

2.5.1. Неудачные модели жгутов.

1. Жгут Эсмарха старого образца с фиксаторной цепочкой 1940-1950 гг. (рис. 10). Никуда не годен, во-первых, потому, что этой цепочкой его фиксировать неудобно. А во-вторых, потому, что, если имеется эта цепочка, значит, жгут очень старый. Резина его потеряла эластичность, она как ремень – почти не тянется. Такой жгут негоден, если вам его выдали – надо его заменить на нормальный, который тянется.



Рисунок 10

2. Так называемый «жгут для остановки кровотечения из автомобильной аптечки» – как видим, заведомо слишком хлипкий для остановки артериального кровотечения (рис. 11). Он слишком тонкий и короткий, значит, годится как венозный – для наложения капельницы, но для остановки кровотечения из конечности, конечно же, не сработает.



Рисунок 11

3. Этот жгут «Альфа» нам привезли из



Рисунок 12 – жгут «Альфа»

Нагорного Карабаха (рис. 12). Как видим, ахиллесова пята данного типа жгутов – фиксаторная петля-резинка. Она повела себя как обычно – то есть она оторвана. Кроме того, он короче и уже, чем стандартный жгут «Альфа». Неудивительно, что при таком отношении к снабжению своей армии армяне все крайние войны позорно проиграли.

4. Прорезиненная тесьма круглого сечения – иногда её применяют вместо жгута, её достоинства – она прочная и недорогая (рис. 13). Недостатки: неудобная, глубоко врежется в тело и может травмировать нервные стволы. Полагаю, не стоит принимать в качестве жгута, дешёвая, но нерабочая.



Рисунок 13

5. Иногда, пытаясь сэкономить, покупают короткий САТ китайского производства. Его недостаток в том, что его длины не хватает на руку.

6. Это жгут SOFTT первой модели (рис. 14). Как видим, с хитрой системой фиксации. Открутить болт, нацепить пряжку, продеть, затянуть, закрутить, перекрутить... Вы уже сами поняли, почему его сняли с вооружения.



Рисунок 14 – жгут SOFTT

7. Вот это – старая советская модель, редкая. Нацепили, прижали, крутим. Недостатки: громоздкая, хрупкая, накладывать долго, а петля при наложении может сама распуститься. Не подходит для самопомощи.



Рисунок 15 – жгут с дозированной компрессией НИИСИ РККА

8. Вот этот жгут – дедушка современных турникетов (рис. 15). Ещё 40-х годов прошлого века. Предвоенной разработки. Вряд ли вам такой попадётся, просто показываем, как выглядел предок тех турникетов, которые мы здесь с вами разбираем.

9. Венозный жгут, предназначен для пережатия вен при постановке капельниц, внутривенных инъекциях (рис. 16). Для остановки артериального кровотечения не подходит, даже не стоит надеяться.



Рисунок 16 – венозный жгут

10. Жгут разработки МЧС, надеваешь на руку и пытаешься утянуть. Не работает, в спешке пластиковые пряжки ломаются.

11. Этот – от «корпуса выживания» (рис. 17). Его



Рисунок 17 – жгут-турникет производства компании «Корпус выживания»

проблемы при наложении аналогичны таковым у жгута SOFTT. При самопомощи в случае ранения в руку одной рукой не получается заправить вороток в предназначенный для его фиксации треугольник.

12. «Бракованный», контрафактный RAT, его тоненькая резинка годится в качестве бельевой и ни для чего более. Такой не берите.

13. Плетёный с карабинчиками жгут не чисто медицинского назначения, а скорее универсальный. Он выдаётся личному составу для закрепления группового вооружения, имущества и так далее. Как видим, на его кончиках имеются карабины, что позволяет при необходимости соединить несколько жгутов в одну длинную ленту. Но при необходимости его можно применить и как жгут для остановки кровотечения – аналог Эсмарха. Компактный и мягкий, не сильно травмирует ткани при наложении. Недостаток – низкая механическая прочность, часто рвётся.

2.5.2. Эластические жгуты с петлёй на одном конце.

1. Жгут «Альфа» (Бубнова) – РФ и армянский.

Обычно оранжевого цвета (рис. 18). Он отличается от жгута Эсмарха тем, что он более короткий, более толстый и широкий, у него рубчатая поверхность (это обеспечивает более сильное его растяжение при наложении). Ещё его отличие в том, что у него на конце есть резиновая петля, которая и предназначена для фиксации, концы жгута связывать не нужно.



Рисунок 18 – жгут «Альфа» (Бубнова)

Его недостатком является то, что петля из тонкой резины, при наложении очень легко рвётся, и тогда начинаются проблемы. Жгут короткий, широкий и толстый, завязать его концы сложно. Тем более проблемно его наложить на ногу, потому что объём ноги гораздо больше, чем руки, а жгут короткий.

Основная ниша применения этого жгута – это дополнительный жгут, который размещается в форме, а не в снаряжении. Потому что он компактный и мягкий, не мешает двигаться и не трёт тело при движении. Если он будет громоздким, то будет мешать, его будут постоянно из формы вытаскивать, и в конце концов в случае ранения останутся без него.

Однако отметим, что сейчас появилось много других модификаций компактных жгутов, которые также применимы в качестве дополнительного жгута.

У некоторых может возникнуть вопрос: почему кладём жгут в форму, если есть снаряжение и в нём аптечка? Ответ будет очень простой. При нахождении на театре военных действий невозможно всё время ходить в снаряжении, тем более в бронежилете. Постоянно имеется соблазн его снять. И тогда в случае обстрела и ранения окажешься вообще без средств первой помощи. Складываем его так же, как и Эсмарха – галсером, общим размером меньше кулака. И потом перевязываем его же петелькой.

При наложении жгута себе на руку зажимаем в зубах тот его конец, на котором нет петельки, натягиваем, накладываем на руку, потом проводим петельку вокруг руки и цепляем за тот же конец, к которому она прикреплена.

Жгут имеет ребристую поверхность и может снабжаться дополнительно фиксатором «Руднева» который можно использовать вместе тонкой резинки петельки для фиксации жгута.

2. Жгут «Аполло».

Жгут фирмы «Аполло» аналогичен «Альфе», но имеет ряд отличий (рис. 19). Он изготовлен из силикона, то есть более устойчив к механическому воздействию и перепаду температур. Он гораздо длиннее, чем «Альфа», и его точно хватает для наложения на ногу даже крупного человека. При этом его петля гораздо толще, чем у «Альфы», и обычно её прочности хватает для того, чтобы она не порвалась при наложении. Однако в некоторых сериях данного жгута это правило не всегда работает – петля бывает тонкая и рвётся.



Рисунок 19 – жгут «Аполло»

При этом в силу крупного размера на роль дополнительного жгута он не подходит: это аналог Эсмарха, размещается в аптечке в снаряжении и используется как основной жгут.

Значимым недостатком жгута «Аполло» является то, что, невзирая на заявленную механическую прочность, он довольно часто рвётся, гораздо чаще, чем любые другие жгуты. Причём это касается жгутов разных серий. Также недостатками его является высокая стоимость и выпуск ограниченными партиями, строго под заказ. Возможно, в дальнейшем эти недостатки будут устранены производителем. Пока же можно резюмировать: для условий военного времени рекомендовать данный жгут к применению мы не можем.

3. «Серёгин» жгут.

Очень прочный, серого цвета (рис. 20). Достоинства этой модели весьма многочисленны: она очень прочная, петля на ней также прочная и с двумя точками фиксации, жгут достаточно длинный, чтобы его можно было просто завязать, аналогично Эсмарху, при необходимости.

Если при выполнении упражнений курсантов заведомо больше, чем какой-то модели жгутов, выход из ситуации очень простой: вы показываете, как нужно обращаться с несколькими разными моделями, а потом раздаёте эти модели по несколько разных на каждую четвёрку. В ходе отработки курсанты меняются ими между собой, и никто не теряет время, не стоит, все работают.



Рисунок 20 – жгут кровоостанавливающий «Жгут Серёгин» (Чёверс)

2.5.3. Жгуты эластические, типа Эсмарха.

2.5.3.1. Жгуты силиконовые.

1. «Ратник тактикал».
2. «Гепоглос» (рис.21).
3. «Мармеладный» (Surv24).
4. Ленинградец-2.



Рисунок 21 – жгут кровоостанавливающий Гепоглос

Это дальнейшее развитие жгута Эсмарха, который мы ранее рассматривали. Технически работа с ними та же самая, только они изготовлены из силикона и потому более прочные. Их практически невозможно порвать. Они нечувствительны к перепаду температур от минус сорока до плюс пятидесяти.

Часто курсанты нас мучают расспросами, какой жгут лучше. Ответ будет тривиальным: надо попробовать все и выбрать наиболее подходящие под ваше снаряжение, анатомические и психологические особенности. Но в целом есть закономерность: если ситуация по-настоящему серьёзная, как говорит Евгенийевич, «всё, что сложно, – не работает». Хороший пример этого: подразделение подготовленное, мотивированное, у всех жгуты-турникеты, отрабатываем наложение жгута на руку. Я им говорю: «Норматив на отлично 18 сек., но вы же спецназ, поэтому я его для вас

немного усложню. Вы по команде начинаете выполнять упражнение, сидя в машине, я засекаю время и через 15 сек. я к вам в машину забрасываю гранату. Кольцо остаётся у меня. У вас остаётся 3 секунды, чтобы покинуть машину». Как только они это услышали, все молча турникеты положили, а взяли жгуты Эсмарха. Потому что мало-мальски опытный человек понимает: в критической ситуации все эти сложные движения ты сделать не успеешь, да и не сможешь сделать их правильно. Единственный недостаток жгута Эсмарха – он часто рвётся. Поэтому берите более прочный жгут: «Ленинградец», «Ратник тактикал» или «Гепоглос», я ещё не видел человека, который смог бы их порвать. Оптимальное сочетание – «Гепоглос» в индивидуальной аптечке, турникет Sam на лямке плитника и компактный мягкий жгут в кармане формы. Одного жгута мало, каждый рядовой должен иметь хотя бы два. Один может порваться или потеряться, кто-то будет ранен и жгут понадобится ему, и так далее.

2.5.3.2. Жгуты в виде ленты.

1. SWAT.

Весьма известный и широко применяемый жгут SWAT (сокращение от слов – растяни, оберни, подверни, то есть краткое описание его принципа действия) (рис. 22). Его достоинством является то, что его можно накладывать не только выше места ранения, но и прямо на повязку. В этом случае он усиливает давление повязки на ткани и обеспечивает более качественную остановку кровотечения. Недостатком его является то, что при самопомощи его практически невозможно наложить одной рукой. Второй его недостаток – достаточно высокая цена, около двух тысяч рублей за штуку.



Рисунок 22 – жгут SWAT -Т (Stretch Wrap and Tuck Tourniquet)



Рисунок 23 – гибкий жгут SWAT от проекта «Surv24»

2. SWAT от Surv24.

Отечественная модель, бывает как цветная, так и прозрачная, как с нанесённым рисунком орла, так и без него (рис. 23). Главное отличие от американской – более адекватная цена.

2. Бинт-резина из «Спортмастера».

Для тех, кто хочет обзавестись аналогичным жгутом, но желал бы сэкономить, – вот вариант: резина из «Декатлона» или «Спортмастера». По функционалу и по прочности – то же самое. Только гораздо дешевле и цвет легкомысленный, не тактический.

2.5.3.3. Жгуты текстильно-прорезиненные.

1. «Ленинградец».

Жгут выполнен на тканевой основе (рис. 24). Длина жгута 150 см, ширина 4 см.

1. Очень прочный жгут, белого цвета.
2. Устойчив к перепадам температуры.
3. Удобно подписывать маркером.
4. Легкий по весу.
5. Компактен.



Рисунок 24 – жгут кровоостанавливающий текстильный «Ленинградец – 1»

2. Текстильный с крючками, США.

Жгут в текстильной оплётке, с двумя крючками. Первоначально я отнёсся к нему скептически. Однако когда увидел, что натовцы комплектуют им свои аптечки, присмотрелся внимательнее. У них, как правило, подход к снаряжению ответственный, просто так ничего не делают. Фишка этого жгута в том, что на снаряжении, в котором мы выполняем задачи, множество петель и лямок. При ранении один крючок цепляем за любую из них или за ворот одежды, мотаем вокруг повреждённой конечности, и потом цепляем вторым крючком тоже за петлю снаряги или непосредственно за крючок. Как видим, наложение жгута не требует удержания его зубами, интуитивно понятно, дополнительно жгут выполняет функцию иммобилизации конечности, поскольку приматывает её к туловищу. При этом он отличается высокой механической прочностью и не чувствителен к перепаду температур. Недостаток: модель редкая, тяжело её найти и приобрести. Второй недостаток: при наложении цепляется свободным крючком за элементы снаряжения.

3. RATS.

RAT (в дословном переводе «крыса», но на самом деле это сокращение – «жгут быстрого наложения») – прочный, нечувствителен к перепаду температур и солнцу, компактный (рис. 25). Применение интуитивно простое и понятное. Надел, туго намотал и заправил в металлическую пряжку. Не надо держать зубами, не надо вязать сложных узлов. Недостатки: глубоко врежется, и надо суметь одной рукой сложить петлю для наложения на руку.



Рисунок 25 – эластичный давящий жгут R.A.T.S. в форме шнура с металлическим замком-пряжкой

В карман формы (лучше брюк) ещё один жгут нужно класть потому, что, находясь на театре боевых действий, невозможно непрерывно носить снаряжение. И как только его снимешь, то сразу, по закону подлости, может последовать прилёт и ранение кого-либо, а в худшем случае и вас самого. В этом случае бежать за аптечкой, которая осталась на снаряжении, крайне неудобно, а иногда и невозможно. На этот случай самый минимальный комплект первой помощи – жгут, шприц-тюбик с обезболивающим и компактный перевязочный пакет (например, израильский 4”) – должен находиться в карманах формы.

2.5.3.4. Турникетные жгуты.

1. SAM XT Sam Medical

Одна из наиболее совершенных и продвинутых на современном этапе моделей. В его конструкции в ленте помимо текстиля имеется пластик, что обеспечивает гораздо большую механическую прочность, стальной вороток практически невозможно сломать, а тесьмы, свободно ходящей внутри ленты, нет – значит, отсутствует опасность, что у неё после тренировок останется холостой ход, который помешает качественно наложить турникет. Самое же оригинальное в его конструкции – два ряда перфорированных отверстий и пластиковая пряжка, из которой при натяжении выходят два пластиковых фиксатора, чтобы войти в данные отверстия (рис. 26). Принцип простой: когда вы накладываете турникет и тянете его, они выходят в момент



Рисунок 26 – тактический жгут-турникет SAM XT Sam Medical

наибольшего натяжения и фиксируют турникет. Это исключает ошибки в его наложении, типа недостаточно плотного затягивания. Дальнейшее наложение аналогично жгуту САТ. Подходит он и для верхней, и для нижней конечности, ошибки при наложении практически исключены. Недостаток ровно один: высокая цена.

2. С застёжкой типа лыжного крепления.



Рисунок 27 – турникет с застёжкой типа лыжного крепления RapidStop Tourniquet

Весьма редкая модель (рис. 27). Подходит для верхней и нижней конечности, при наложении весьма удобен. Оплетается вокруг руки, затягивается, а потом рычажком застёжка затягивается.

3. «Донской»

Один из лучших отечественных турникетов (рис. 28). Аналог SOFTT, но за счёт прикреплённого к пряжке текстильного ярлычка затягивается двумя руками при наложении на бедро гораздо лучше и быстрее. Также можно одной рукой наложить его себе на руку, если зубами ухватить за этот текстильный ярлычок.



Рисунок 28 – турникет кровоостанавливающий «Донской»

При этом не забываем, что «техника в руках дикаря – груда металла». Однажды на занятии видел у одного курсанта турникет, полностью идентичный «Донскому», но без ярлычка.

- Что за турникет?
- «Донской!»
- А где ярлычок?
- А я его отрезал. Нафига он нужен!

4. Турникет типа «Удав»



Рисунок 29 – турникет кровоостанавливающий типа «Удав»

Турникет затягивается не стандартным воротком, а кружком с пластиковой ручкой по его диаметру (рис. 29). С-образный фиксатор оснащен патчем для указания времени наложения.

2.5.3.5. Самодельные жгуты из серии «очумелые ручки».

Для тех, кто хочет сэкономить, или вынужденно оказался в ситуации, когда приходится находить нестандартные решения.

1. Самодельный жгут, сплетённый из двух резиновых трубок. Дёшево и сердито, правда, весьма громоздко.

2. Разрезанная вдоль велосипедная камера, применяется как жгут Эсмарха. Довольно прочная и компактная.

3. Резиновая лента для крепления различных предметов к багажнику велосипеда. Как видим, она является аналогом вышеупомянутого натовского жгута с крючками – и мало того, что ими удобно цеплять за одежду и снаряжение, она состоит сразу из двух лент в текстильной оплётке, то есть исключительно механически прочна. Купить легко, продаётся в магазинах велотоваров и стоит несколько сот рублей.

4. Два варианта жгутов из магазинов спортивных товаров типа «Декатлон» или «Спортмастер». Это эспандерные ленты для силовых упражнений в виде кольца. Покупаете, разрезаете в двух местах и получаете из каждой по два жгута типа Эсмарха, но неизмеримо более прочных, которые практически невозможно порвать и которые нечувствительны к воздействию солнца и перепаду температур. Отличие между ними только в размерах: более широкий и толстый лучше использовать как основной жгут в аптечке, а более тонкий и узкий – в качестве дополнительного, его кладём в карман формы. Он мягкий и маленький и не будет создавать проблем при

движении. По цене получается стоимость каждого из них всего лишь несколько сот рублей.

2.6. Отечественные редкие турникеты типа САТ.



Рисунок 30 - отечественный аналог жгута-турникета CAT Gen7

С началом Священной Войны Очищения множество различных хороших людей в нашей стране начали мастерить турникеты самых различных моделей. Они сильно отличаются конструкцией, не все из них удачны, однако показать хотя бы несколько, чтобы наши курсанты понимали, с чем они могут столкнуться, весьма желательно.

Когда меня спрашивают, какой жгут я применяю, я отвечаю, что жгутов у меня всегда несколько. И применяю тот, который в данной ситуации даст наилучший эффект.

Вы знаете, SAS как воюет? Они выполняют задачу группами по четыре человека. Каждый – специалист по основному своему ВУСу, но достаточно хорошо владеет ещё несколькими ВУСами. И вооружения всякого с собой у них изрядно. Там и пулемёт, и снайперские винтовки, и ПТРК, и лёгкий миномёт, и приборы управления огнём артиллерии, и мины.

И в зависимости от того, какого противника они встретили, они могут небольшую группу расстрелять из снайперских винтовок, пару машин подорвать минами и расстрелять из ПТРК. Если нужно атаковать стационарно находящуюся цель, например, роту, то они ставят миномёты и кидают мины. Либо наводят артиллерию. Их не видно, им не могут огневое поражение нанести. Они сколько-то человек ранили, сколько-то убили, подразделение уже занимается не боевой задачей, а помощью раненым. То есть четыре универсально подготовленных специалиста, у которых есть

вооружение, в каждой отдельной ситуации могут если не полностью уничтожить, то нанести достаточно существенные потери, чтобы противник отказался от выполнения своей боевой задачи. И при этом безнаказанно. Поняли? То есть нужно владеть всем и нужно много всего иметь, тогда можно в каждой отдельной ситуации применить наиболее эффективную схему работы.

Аналогично этому – с любым снаряжением. Нужно уметь пользоваться всем, иметь разные образцы и применять в каждой отдельной ситуации то, что более всего подходит.

Кстати, почему широко применяют турникеты? Когда на тебе эта новомодная броня – то есть броник, пояс, напашник, набедренник, – то если жгут накладываешь, набедренник нужно отстёгивать либо срезать с себя. А турникет вполне реально продеть под набедренником и закрутить. Аналогично под наплечником. Если учесть, что сейчас тенденция идёт к развитию, например, наплечников. Почему? Довольно много повреждений идёт в эту область, например, пулевых, когда штурмовой бой. В траншее стреляешь, либо из-за угла высываешься. Израильяне уже стали делать. У них наплечники – как на кирасах у старых рыцарей, такие круглые с противоположным бронированием. Наплечник более-менее закреплён, его быстро отстегнуть проблема. Поэтому применяют турникетные жгуты. И кстати, на следующем этапе, когда мы неизбежно придём к тому, что бронирование будет тяжёлым, как у пехоты средних веков, то есть будут и набедренники, и всё это будет противоположное, тогда встроенные турникеты станут вполне целесообразными. Но это будет позже, на следующем этапе. Пока у нас это не так актуально.

Вообще в плане техники Михаил Тимофеевич Калашников сказал: все нужное – просто, все сложное – не нужно. Вот этим правилом всегда и руководствуйтесь в своей работе.

При выполнении упражнений обязательно нужно своевременно давать курсантам перерывы. Если этого не делать, как бы сильно люди мотивированы не были, они довольно быстро будут утрачивать способность воспринимать информацию. Однако по-настоящему опытный инструктор при назначении перерывов всегда подходит к каждой группе индивидуально. Если он видит, что выполнено запланированное количество упражнений, а люди ещё не устали, весьма целесообразно продолжить упражнения. Особенно это касается отработки упражнений само- и взаимопомощи – они сочетают очень умеренную физическую и умственную активность, и при разумном темпе занятий обучающиеся долго сохраняют высокую активность.

Здесь мы подошли к очень важному параметру грамотно организованного учебного процесса – «разумный темп занятий». Это важно при любом учебном процессе. Однако в случае тактической медицины важность данного параметра возрастает многократно. Как мы уже упоминали, во-первых, на изучение тактической медицины почти никогда курсанты не могут выделить столько времени, сколько следовало бы (напомню, что у американцев на тактическую медицину ежегодно тратится 400 часов). Во-вторых, тактическая медицина сочетает в себе очень большой объём непривычных знаний и довольно стрессовую ситуацию, связанную с повышенной ответственностью курсантов.

Следовательно, чтобы, невзирая на все вышеперечисленные трудности, с успехом успеть обучить людей за короткое время, оптимальным является поддержание неспешного, но непрерывного ритма занятия. Например, курсанты почти никогда не успевают одновременно закончить выполнение упражнения – обязательно кто-то задержится. Если в этот момент его просто ждать, то остальные курсанты, стоя без дела, расхолаживаются, теряют темп. Напротив, заставляя его прекратить доделывать упражнение тоже неверно – тогда темп теряет уже он. Самым логичным представляется иметь в запасе много полезного информационного материала, структурированного в формат коротких историй, которые в этот момент можно рассказать курсантам, уже закончившим упражнения. Они и немного переведут дух, передохнут, и в то же время их мозг не остановится, а будет усваивать полезную информацию. Это более всего похоже на эксплуатацию двигателя автомобиля на оптимальных оборотах при езде на значительные расстояния.

Мы сейчас в обязательном порядке пользуемся таймингом. План стандартного базового курса у каждого из вас должен быть, и ориентировочное время на выполнение каждого упражнения там проставлено. Если у вас есть какие-то свои оригинальные упражнения, заведите себе обязательно бумажечку и по минутам распишите длительность выполнения каждого упражнения и периодически в неё заглядывайте. То есть вы, например, смотрите: должно быть 12, а у вас уже 12:30. Значит, нужно побыстрее делать. Либо наоборот, сразу у людей спросить: джентльмены, если мы закончим сегодня занятие попозже, есть ли возражения? Если возражений принципиальных нет, тогда продолжаем. Иногда бывают группы настолько мотивированные, что целесообразно из шкуры вылезти и этим людям уделить время, посидеть на 2 часа больше, но они научатся.

Второй момент. Когда ты видишь, что идёшь по графику, ты успокаиваешься и не волнуешься – сбиваешься с графика или нет. Если

идёшь по графику, то понимаешь, ускориться или замедлиться. Это сильно облегчает твой мыслительный процесс. Потому что, когда ты подходишь к концу занятия, а у тебя ещё множество тем и времени уже полчаса, ты начинаешь психовать и устаёшь дополнительно. Когда ты каждый день готовишь людей, это начинает сказываться не самым лучшим образом. Я вот накануне выспался, сегодня спустился вниз, прошёл к фонтану, смотрю: рыбки! Прикольно. И вспомнил, как я неделю назад дополз туда в недосыпе, на фонтан сел: рыбы, я хочу в фонтан. То есть на самом деле, когда ты сильно устаёшь, у тебя продуктивность падает, а ты даже этого не замечаешь. Находите время, чтобы выспаться. При переутомлении от желания сделать побольше вы можете совершить такие ошибки, что потом потеряете гораздо больше времени на ликвидацию их и их последствий.

И всё, что я вам говорю, нацелено на то, чтобы максимально повысить эффективность ведения занятий и уменьшить ненужные умственные энергозатраты. Чем меньше устаёшь в ходе занятий, тем ярче, больше ты даёшь материала курсантам, и тем больше курсантов ты можешь обучить без утраты существенной эффективности.

О причинах сложностей привлечения людей к патриотической деятельности и боевой подготовке

Лучший способ сказать – это сделать.

Эрнесто Че Гевара

Психика человеческая устроена так, что пугающая информация воспринимается и запоминается намного ярче и быстрее, чем информация позитивная. Это связано с приспособительными реакциями человека к выживанию в природе, так как информация, что к тебе подбирается саблезубый тигр, явно актуальней, чем изысканное облачко на небе, хотя второе сплошь позитивно. С учетом этого обстоятельства наши оппоненты действуют следующим образом:

1. Чтобы не видели истинно пугающую информацию, создаются ложные пугала, массово, масштабно. Вся эта дичь: потепление, права женщин и «нетрадиционных», озоновые дыры – можно перечислять бесконечно – создана исключительно с целью создания ложного пугала, которое будет отвлекать всё внимание жертвы и не позволит ей сосредоточиться на

настоящих опасностях. На создание этого тратится огромное количество ресурсов.

2. Максимально забалтывается реальная опасность. Наиболее яркие эпизоды, когда война идёт уже два года, в Интернете огромная толпа народа пишет: «Какая война, о чём вы говорите, нас это не касается... вот яйца подорожали – это катастрофа!» Тут довольно трудно отличить, кто пишет такое за зарплату, за предательские 30 сребреников от ЦИПСО, а кто пишет потому, что у него мозги так отформатированы уже, что он является добровольным бесплатным рупором вражеской пропаганды. И ещё не известно, от кого из них вреда больше.

3. Противник стремится «перевести количество в качество». Когда количество пугающей информации превышает критический порог, она перестаёт работать вообще, то есть имеется, несомненно, угрожающая ситуация, человек отчётливо видит опасность, но его психика, истощённая и дезориентированная прежними «ложными тревогами», отказывается действовать вообще. Вместо того чтобы мобилизоваться на борьбу с опасностью, человек впадает в ступор, в разные стадии стресса, короче говоря, вообще перестаёт что-то предпринимать. Ему говорят: «Мы идём тебя убивать!» – а он отвечает: «Меня это не касается», – и отправляется пить пиво.

4. С учётом этих обстоятельств враги чередуют два вида пугал: искусственно придуманные и пугала естественные, вроде неудачных этапов боевых действий, либо что у власти какие-то враги, с педалированием этой второй темы до полной комы у слушателей и утраты способности к активным действиям.

5. Ещё важным моментом является «выученное бессилие». Если у тебя пулемёт и много патронов, то тебя пугать – так себе идея, ты просто начнёшь стрелять, и чем тебя больше пугают, тем ты больше отстреливаешься. А вот если у тебя пулемёта нет, то тогда любимая практика наших врагов – тебя пугать и всё время объяснять, что у тебя пулемёта нет и не будет, и ты ничего не сделаешь. Когда все эти твари, квазимарксисты выступают, у них формулировка: вот если бы у власти был Сталин и все читали Маркса, вот тогда бы я показал. А поскольку кругом капитализм, а капитализм равно фашизм, то я буду лежать на диване и ничего не делать, пусть убьют всех, детей моих, жену, меня и страну. Это один из вариантов выработки «выученного бессилия».

С проблемой, как увеличить понимание народа, что надо готовиться, я сталкивался не раз. Однажды едем с курса, обсуждаем одну рекламную компанию. Я говорю: обалдеть, как деградировал современный человек,

хомячок знает, что детёнышей надо защищать, а современные люди деградировали настолько, что нам приходится сейчас думать, тратить деньги, время, силы, чтобы убедить человека защищать свою жизнь. Это результат десятков лет работы по программам, которые показали свою высокую эффективность. Нас пугали ядерной войной, а потом под видом разоружения мы сдали всю страну. Эта психологическая методика показала свою эффективность.

Наши проблемы:

1. Те люди, которые уже пришли в тактическую медицину, уже о нас знают, у многих из них реально мало денег, они могут обучать других, они могут воевать, но денег мало, деньги являются одним из самых лимитирующих нашу деятельность ресурсов;

2. Многие из них уже прошли подготовку, но нужно привлекать новые аудитории. У новых аудиторий проблема: они включили себе в мозгах защитную реакцию, которая свидетельствует, что они не собираются обращать внимание на действительность, пока им не отрежут головы. У каждого свои мотивы: кто перепугался слишком сильно, чаще всего это самая распространённая реакция, его запугали до такой степени, что человек утратил всякую надежду что-то делать и впал в ступор. Всё остальное – только объяснение этой реакции, слова, что он не верит в угрозу, что он не верит в наше правительство, объяснения могут быть любые, но реакция одна – человек не собирается ничего делать ради своих же жизни и здоровья. Это достигло фантастических масштабов, вплоть до того, что люди, которые находятся на фронте, отобрали из них самых толковых, отправили готовить на офицеров, они находятся на всем готовом обеспечении, они будут офицерами, они опять пойдут в окопы, то есть они уже видели этот кошмар и видели, что быть неподготовленным на современной войне – это не просто «смерти подобно», это и есть смерть. И при этом по результатам их обучения мы видим, что только 20% из них стремятся научиться. Даже инстинкт самосохранения не работает в людях, я уже не говорю о более высоких уровнях. настолько вражеская психология забила мозги аудитории. Кирилл мне говорит: «Юрич, вы преувеличиваете могущество вражеской пропаганды, самая могущественная партия в человечестве – долбодятлы, у них свои люди везде». То есть он считает, что просто все вокруг идиоты. Я говорю: «Понимаешь, Кирилл, если у нас имеется в обществе 90% идиотов (долбодятлов, мягче говоря) и 10% вражеских шпионов, то этих 90% идиотов точно нагнут в нужном врагу направлении. Поэтому я акцентируюсь на вражеских шпионах и их деятельности, как вы увидели выше, потому что это наиболее активная и опасная прослойка в обществе долбодятлов».

Нам нужно понять, как увеличить приток курсантов, а также меценатов. Увеличение потока медийщиков, пропагандирующих нас, как опосредованная цель – тоже неплохо. Привлечение каких-нибудь ментальных специалистов, которые помогут нам перестроить мозги людей, влияющих на общество (медийщиков, творческих личностей, меценатов). Объяснить им, что в самую первую очередь они все – граждане нашей великой страны и защитники нашей святой Веры. И если мы все вместе Отечество не защитим, то сатанисты гейропейские и всех других мастей отрежут головы всем им. Именно им. Чтобы они это поняли и понесли эту мысль к своей аудитории, к людям, которые к ним прислушиваются.

Можно к цели идти разными путями, цель – увеличение числа людей для обучения тактической медицине.

Важно понимать, что «не все йогурты одинаково полезны». Это я о блогах и вообще о направлениях медийной деятельности. Антигосударственные каналы, качающие ненависть к стране, государству, правительству, вроде бы «за народ, но против президента». Однако потом получается, как в случае с известным диссидентом Зиновьевым. Приехал в разгромленную «перестройкой» страну, посмотрел и раскаялся в своей предыдущей деятельности. Сказал: «Мы целились в коммунизм, а попали в Россию». А стране, всем миллионам людей легче от вещаний на всяких «радио свобода»? Поясню примером.

Качать «страсти тёмной стороны» – ненависть, презрение, злобу, да ещё и к родной стране и народу, – это легко. Это как падать. Подняться – вот это тяжело. На этом многие несомненно творческие, но без Бога в душе люди сгорели. Ярчайший эпизод – известный блогер, медийный Эль Мюрид. Одно время мы с ним немного общались. Хотя уже тогда его заносило в нехорошую сторону. Я попросил его запиарить интенсив по тактической медицине в Питере. Он сам питерский, запиарил. У него подписчиков «офигиард». Народ почитал, кучу вопросов задали, на занятия ни один не пришёл. То есть такие «разоблачатели» – они не патриотов готовят и воспитывают. Они воспитывают крикунов в Интернете, у которых все силы уходят на «постучать по клавиатуре». В трудный момент на таких надеяться не приходится.

Вообще это проблема текущего исторического момента. Многие люди сейчас предпочитают жить в виртуальном мире. Тратят терабайты информации и мегаватты энергии, строча какие-то сообщения в Интернете, но при этом не способны в подтверждение своих идеалов, в продолжение того, что написали, сделать что-то конкретное, не способны просто поднять жопу на несколько часов, не говоря о нескольких днях. Вот это ещё один

важный момент. Было у нас сотрудничество с одним проектом – «Сталинград», пока их не забанили на ютубе, там миллион подписчиков. Как начнут писать – революция, Родина... а на занятия приходили единицы из них, даже не доли процента. Имеется такой феномен: многим людям кажется, что что-то написать – это то же самое, что сделать. В современном мозгу людей произошло замещение, враги этим всю пользуются. Написал «я поддерживаю Новороссию» – это всё равно что съездил туда и повоевал. В мозгу у человека: я уже поддержал, зачем мне что-то делать.

Такого не должно быть.

Ищите и в первую очередь работайте с людьми действия, молчаливыми, но способными на поступки. Как говорил Чингисхан, «с людьми длинной воли».

И всегда помните народную пословицу: «один выстрел стоит тысячи слов». Народная пословица.

И в довершение. Почему так происходит, что многие боятся каких-то глупостей – «озоновой дыры», «глобального потепления», но не боятся десятков миллионов озверелых сатанистов в гейропе, которые вооружаются, чтобы убивать нас, которые сказали, что собираются всех нас убить, и убивают русских где только могут? Ответ очень прост. В Святом Писании сказано «люди будут издыхать от страха и ожидания бедствий, грядущих на вселенную»⁸ и «по причине умножения беззакония, во многих охладеет любовь»⁹. Именно, в последние дни в людях оскудеет Вера в Бога и Любовь, и они будут терзаться множеством страхов.

Мы – русские. Наша сила – в Боге и Божьей Правде. Всегда помним о том, что без Бога нам победы не видать. Будем сами крепки в Вере и будем везде не бояться нести нашу Веру, защищать и прославлять её. Помогите нам Бог!

Часть 3. Наложение жгутов, взаимопомощь

При всей важности самопомощи, люди – существа социальные, воюем коллективом, поэтому обязательно нужно уметь оказать помощь раненому боевому товарищу. Для обучения будем использовать жгут «Ленинградец» (белый эластичный, типа Эсмарха-Лангедока).

⁸ Евангелие от Луки, глава 21, стих 26

⁹ Евангелие от Матфея, глава 24, стих 12

1. Наложение жгута на руку в положении «стоя».

Чаще всего взаимопомощь стоя выполняется, если вы гарантированно защищены от поражения вражеским огнём. Впрочем, альтернативным вариантом является случай, когда особенности тактической обстановки вынуждают очень быстро оказать помощь, чтобы раненый мог покинуть опасное место своим ходом. «На адреналине» он может убежать довольно далеко. Если же мы его уложим, то после этого подняться сам он чаще всего не сможет, и тогда нам придётся выносить его группой, под огнём, что может иметь самые неблагоприятные последствия.

К раненому подходим сбоку, со стороны его повреждённой конечности. Ноги – во фронтальной стойке, в коленях согнуты настолько, чтобы раненому было комфортно. Если он «висит» на повреждённой руке, это будет причинять ему сильную боль. Закидываем конечность себе на одноимённое плечо, чтобы локоть его был за вашей ключицей. Жгут накладываем аналогично тому, как накладывали его себе на ногу: короткий хвост в одной руке, основная длина жгута в скатке – в кулаке второй руки. Накладываем жгут снизу вверх, так как именно по нижней стороне плеча проходит сосудисто-нервный пучок (рис. 44). Во-первых, так мы его сразу сильно



прижимаем, во-вторых, если имеется огнестрельный перелом руки, в этом случае отломки жгутом поднимаются вверх и отводятся от сосудисто-нервного пучка, что предотвращает его травматизацию. В-третьих, мышцы-сгибатели рук, как правило, сильнее мышц-разгибателей, следовательно, мы можем более сильно затянуть жгут, что и является основным требованием. Напоминаем, что ни в коем случае нельзя жалеть жгут, нужно накладывать изю всей силы. Есть очень хорошая фраза: солдата нельзя жалеть, его нужно

беречь. Ты типа пожалел товарища, мягко наложил ему жгут, так он погибнет при сильном кровотечении.

При этом руки идут «крестом» – кулак с коротким хвостом жгута прижимаем к ключице раненого, а вторым кулаком прижимаем этот короткий хвост (фото 45). После этого накладываем три-четыре тура, передавая длинный хвост себе из кулака в кулак, и туго связываем хвосты (фото 46).

Основные ошибки.

1. Оказывающий помощь становится не сбоку от раненого, а лицом к лицу с ним.

2. Положение ног – не фронтальная, а боковая стойка, и/или ноги не согнуты в коленях.

3. Жгут накладывают на руку раненого движением не снизу, а сверху.

При обучении инструктор должен чётко понимать, что есть правила – наиболее распространённые случаи и закономерности. И есть исключения. Человеческая психика устроена так, что большинство людей обращают внимание на исключения, потому что они кажутся более яркими. Они начинают транслировать это остальным, а остальные (не зная, что чаще бывает) начинают думать, что исключения и есть правила. Наверное, все слышали про «ошибку выжившего».

Она заключается в том, что люди часто делают заключения по какой-то ситуации по выводам тех, кто выжил, но они не принимают во внимание опыт тех, кто в этой ситуации погиб. При этом как раз ошибки погибших имеют большее значение, потому что они приводят к смерти.

Это правило хорошо иллюстрирует следующий пример. В годы Второй мировой войны американцы изучили вернувшиеся с вылетов бомбардировщики и установили, что большинство пробоин находится в крыльях и корпусе, и начали бронировать их. Только один учёный догадался, что нужно бронировать двигатели и кабину, потому что те самолёты, которым прилетело туда, просто не вернулись. В данном случае о чём речь?

Я говорю о том, что есть некоторые заблуждения, которые, как сорняки, прорастают в работе даже очень хороших инструкторов. Одно из них – раненый при отработке самопомощи опирается спиной на что-то, типа «вот, опёрся спиной о дерево или о стену». В подавляющем большинстве случаев раненый ни на что не опирается, даже если дерево рядом. Он или намотал себе, как есть, или не намотал и никуда не дополз. Поэтому при отработке упражнений создавать облегчение народу – «вот, облокотились о стенку» – не надо. Как правило, такого не будет.

Ещё более это актуально в отношении такого распространённого тезиса, как «если раненый боец потерял сознание...» Откуда взялось это

заблуждение, и почему оно носит принципиальный характер? Дело в том, что, во-первых, львиная доля методичек по первой помощи на поле боя создаётся людьми из гражданской медицины. В гражданской медицине пострадавший, которому плохо, без сознания часто. Почему? Потому что случаи несчастья в гражданской жизни – это инфаркт, инсульт, кома и т.д. – то, что у воюющих редко бывает. Во-вторых, в гражданской жизни, если травма и вызвали скорую, то это чаще всего тяжёлая тупая травма. Упал с высоты или переехали автомобилем и т.д. Поэтому во всех методичках по первой помощи в условиях поля боя очень подробно муссируются нюансы первой помощи при бессознательном состоянии потерпевшего. На самом деле на поле боя в первое время после ранения раненый чаще всего в сознании, потому что у него полно адреналина, он бы рад отключиться, но не может. Поэтому он может и должен оказывать себе самопомощь, и при оказании вами помощи ему вам, с одной стороны, легче работать: вы его спрашиваете, куда прилетело, и он чётко может обозначить. С другой стороны, в чём-то сложнее, потому что он орёт, отбивается, мешает работе. Если контуженый – он агрессивный, привлекает к себе внимание и огонь противника. Затампонировать раны тяжело, а отечественные обезболивающие не работают. Вот такая история. Это обстоятельство обязательно нужно учитывать. И то, что вам показали сейчас, как падать, если потеряете сознание, полезно. Но если вы будете показывать на базовом курсе всё это, обязательно поясняйте, что это – не правило, а то все будут думать, что обязательно все без сознания. И вы должны в идеале не просто всё помнить, но структурировать информацию по принципу пирамиды: то, что обязательно нужно сказать людям; то, что можно говорить, а можно не говорить; и то, что говорите в исключительных случаях: когда народу мало, а времени много, все умные и все помнят. Потому что если вы будете говорить людям слишком много, они запомнят какую-то второстепенную деталь, но не запомнят ключевое.

2. Наложение жгута на ногу стоя на колене.

Аналогично предыдущему упражнению – так делать можно, если мы находимся в относительной безопасности от поражения вражеским огнём. Становимся сбоку от раненого со стороны его повреждённой ноги, и подсовываем ему ботинок своей одноимённой ноги под его повреждённую ногу, чем ближе к месту ранения – тем лучше. Точно так же, как при наложении жгута на ногу себе, проводим его под ногой раненого и передаём из руки в руку, важно прихватить первый тур и спокойно мотать дальше. Под

жгутом должна оказаться только нога без инородных предметов (телефон, пачка сигарет и т.д.) и других органов. Эту тему любят гипертрофировать, что при наложении жгута нужно быть очень осторожным, чтобы под жгут попала только нога и ничего, кроме ноги. На тренировке, может быть, это и актуально, хотя обычно трудностей не возникает. В условиях же реального боя стресс, кровопотеря и все прочие факторы приводят к тому, что всё прячется очень глубоко внутрь, сжимается, и риск что-то прижать минимальный. Отдельно нужно отметить, что если у бойца имеется набедренная кобура, какая-то платформа набедренная, набедренники, защищающие от осколков, то обязательно нужно всё это уметь быстро отстегнуть и отбросить. Наложённый поверх всего этого жгут работать эффективно не будет.

Жгут накладываем с максимальным усилием, лучше тянуть его обеими руками, трёх оборотов обычно достаточно, концы связываем. Чем выше (ближе к паху) наложен жгут – тем лучше.

Обязательно напоминаем курсантам, что в боевых условиях основным положением для оказания помощи должно быть «лёжа», ввиду исключительного развития самых разнообразных современных средств поражения и особенностей тактики противника (охота за бойцами, оказывающими первую помощь раненым). Чем ниже ваш силуэт – тем дольше вы живы.

Основные ошибки.

1. Подставляют под раненую ногу не ботинок, а колено. В этом случае нога раненого будет с него соскальзывать.
2. Подставляют не одноимённую с раненой, а другую ногу. В этом случае собственное колено сильно мешает наложить жгут.
3. Накладывают жгут низко, близко к коленному суставу раненого.

3. Наложение жгута на руку в положении лёжа.

Выполняется в двух модификациях, в зависимости от того, лежит раненый к противнику ногами или головой.

3.1. Лёжа на руку, голова к голове пострадавшего.

Если раненый лежит к нам головой, ложимся вдоль оси его тела, подсовываем ближнюю к нему руку ему под лопатку (так, чтобы пальцы были свободны и вылезли из подмышки раненого) (фото 47). Чтобы успешно осуществить эту манипуляцию, второй рукой лучше приподнять плечевой сустав раненого в момент, когда будем просовывать руку. Жгут пропускается

под рукой раненого, удерживаем его короткий хвостик большим и указательным пальцами той руки, которую просунули под раненого (фото 48). Второй рукой натягиваем жгут, оборачиваем вокруг конечности и захватываем длинный хвост тремя свободными пальцами той руки, которую мы под раненого просунули (фото 49). Утягиваем и завязываем (фото 50 – 55). Чем выше, тем лучше остановка кровотечения. При этом накладываем жгут, будучи плотно прижатыми к земле, максимально укрываясь за раненым от вражеского огня. Ноги расправлены, стопы прижаты к земле, как по команде «упор для стрельбы лёжа принять». Мы тренируемся без оружия, но в боевых условиях в момент, когда вы подползли к раненому бойцу, его оружие ставим на предохранитель.



Фото 47



Фото 48



Фото 49



Фото 50



Фото 51



Фото 52



Ошибки при выполнении.

1. Размещение оказывающего помощь не вдоль раненого, а под углом к нему, вплоть до перпендикулярного. В случае ведения противником стрелкового огня это сильно увеличивает вероятность ранения оказывающего помощь, а также ограничивает для него зрительный контроль обстановки со стороны противника.

2. Попытка просунуть под раненого не ближнюю к нему руку, а дальнюю.

3. Попытка просунуть руку не под лопатку, а под плечо, просунуть её слишком далеко, «по локоть». В этих двух случаях жгут в итоге будет наложен не на верхнюю треть конечности, а ближе к локтю, что является ошибкой.

Всегда нужно помнить, что недостаток численности, снабжения, экипировки можно компенсировать грамотной тактикой. Поясняю: недостаток своей скорости и точности выполнения упражнений:

а) навёрстывается тренировками в свободное время;

б) компенсируется грамотной организацией процесса с учётом своих особенностей.

Грубо говоря, если вы знаете, что вы собираетесь с утра очень долго, сложите себе рюкзаки с вечера. Поэтому при выполнении упражнений, если вы заранее всё многократно отработали, отрепетировали, грамотно разложили имущество, как мы выше написали, – вам будет легче, будете ошибаться меньше.

3.2. Лёжа на руку, голова к ногам пострадавшего.

Если раненый лежит к нам ногами, то мы лежим вдоль его туловища, максимально сильно прижимаясь к нему (фото 56), а в остальном технология аналогична предыдущей (фото 57–60). Только, естественно, пальцы руки, которую мы просовываем под раненого, теперь будут не под мышкой у него, а над ключицей.



Фото 56



Фото 57



Фото 58



Фото 59



Фото 60

4. Наложение жгута на ногу лёжа.

4.1. Лёжа на ногу, голова к голове пострадавшего

Если раненый лежит к нам головой, а ногами к противнику, то в этом случае наложение жгута производится аналогично наложению жгута на руку: дальней от раненого рукой приподнимаем его таз (фото 61-62), просовываем под него ближнюю к нему руку (фото 63). Указательным и большим пальцами зажимаем короткий хвост жгута, а второй рукой протягиваем жгут под ногой раненого (фото 63-64), потом круговым движением накладываем его на бедро раненого (фото 65), и тремя свободными пальцами (средним, безымянным и мизинцем) той руки, которая лежит под бедром раненого, прихватываем длинный хвост жгута (фото 66-68). Повторяем так три или более раз, а потом связываем хвосты жгута. Стремимся, чтобы жгут при этом был наложен в верхней трети бедра.

Основные ошибки аналогичны таковым при наложении жгута на руку, однако чаще встречаются и более наглядны, так как нога заметно толще и тяжелее руки.



Фото 61



Фото 62



Фото 63



Фото 64



Фото 65



Фото 66



4.2. Лёжа на ногу, голова к ногам пострадавшего.

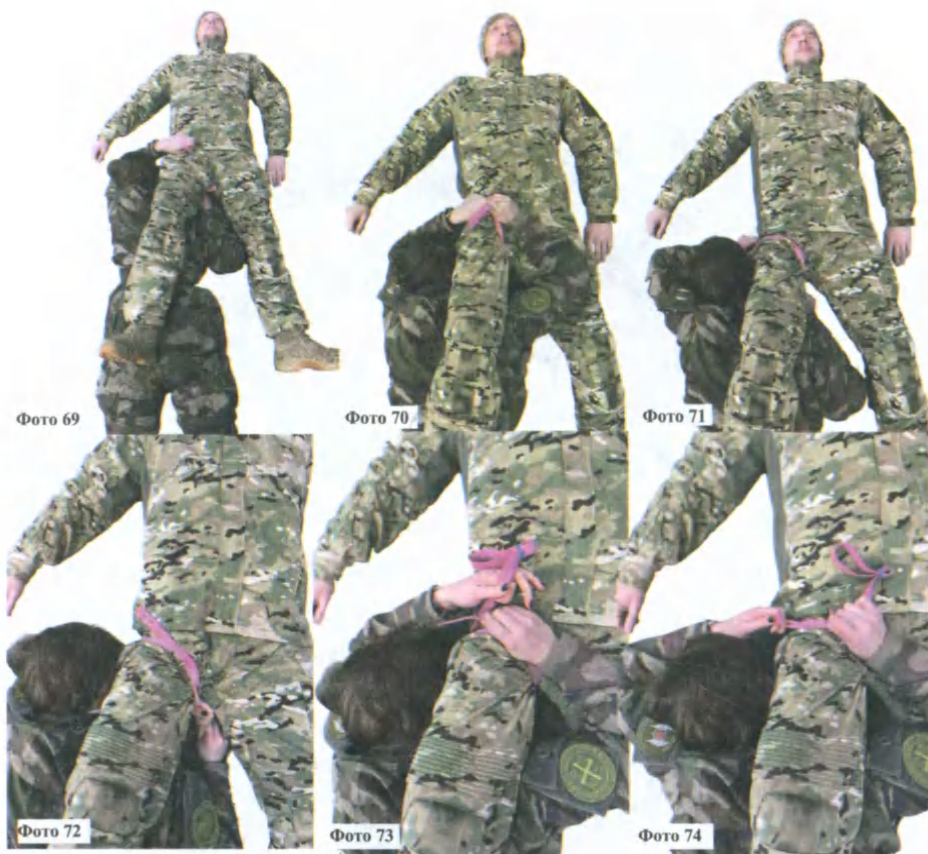
Если раненый лежит к нам ногами и головой к противнику, то необходимо лечь рядом с ним со стороны повреждённой ноги, голова примерно на уровне его бедра. Согласованным движением обеих рук закидываем ногу раненого себе на спину – так, чтобы его подколенная впадина находилась у нас на ближней к раненому ключице, а ботинок раненого лежал у нас на крестце (фото 69). Техника наложения жгута аналогична наложению в расположении «голова к голове пострадавшего» (фото 70 – 74). Принципиально важно при этом, чтобы положение ног оказывающего помощь было «упор для стрельбы лёжа» – колени выпрямлены, ступни прижаты к грунту, а ботинок раненого не висит в воздухе, а лежит на пояснице. Несоблюдение этого правила причиняет большую боль раненому и сильно затрудняет процедуру наложения жгута.

Основные ошибки.

1. На ключице оказывающего помощь лежит не коленная впадина раненого, а либо его голень, либо бедро. В обоих случаях нога торчит вверх, привлекая огонь противника и причиняя боль раненому, а также плохо держится и соскальзывает.

2. Положение оказывающего помощь – не на животе, «упор для стрельбы лёжа», а на боку, с изгибом ног и так далее. Вызванные этим недостатки аналогичны пункту 1.

Если раненый лежит на животе, то ногу закидывать не нужно. Чуть отводим её в сторону, просовываем под неё руку и далее накладываем жгут точно так, как накладывали его на руку в положении лёжа.



В довершение о важности физической подготовки.

Одна курсантка сказала на инструкторском курсе, что ей удобнее подползать вдоль раненой ноги под неё, потому что ногу крупную она закинуть себе на спину не может. Я сказал: правильное использование рычага – опирать руки на локоть и двумя руками ногу можно закинуть.

Слабым девушкам (и юношам) кратко напомним. Если вы такая слабая, что не можете ногу раненого себе на спину закинуть, вы умрёте. Вам нужно срочно прокачивать физическую форму. Много всего: бронежилет, шлем, БК, рюкзак, снега по колено, и ты идёшь в неведомую даль. Это будущее каждого из вас. Так что работаем над физической формой.

Часть 4. Эвакуация пострадавшего.

«В спасении жизни раненого только 15% – медицинская помощь ему. 85% – эвакуация». Фраза принадлежит какому-то пендосскому тактическому медику, и я должен полностью с ней согласиться. Приёмы эвакуации никто не

любит из-за того, что они физически тяжёлые, при этом их отработке должно уделяться самое пристальное внимание.

Эвакуация пострадавшего лёжа

Эвакуация является одним из самых сложных во всём цикле приёмов первой помощи на поле боя. Требуется хорошей физической формы, координации, навыков работы в партере, что современным людям вообще практически не присуще. Некоторым приёмы казались смешными, однако в условиях современного развития средств огнестрельного поражения оказалось, что основным способом оказания помощи раненому – лёжа.

Чтобы заставить личный состав преодолевать естественную человеческую лень и работать с максимальной самоотдачей, сразу нужно людей сориентировать, что эвакуация является одним из важнейших моментов медицинского обеспечения на поле боя. Как мы уже цитировали: «В спасении жизни раненого только 15% медицинской помощи ему, 85% – эвакуация». Должен полностью согласиться с этим тезисом потому, что в случае ранения при необходимости человека перебинтовать, зажгутовать, затампонировать раны можно даже его одеждой. Как-то можно справиться. А как его вынести? Вот это действительно огромный вопрос. Особенно актуальной проблема эвакуации стала именно сейчас, когда очень сильно развились средства разведки и огнестрельного поражения. Если даже раньше пострадавшего приходилось выносить довольно долго, вывозить, теперь вообще очень часто проблема. Стало невозможно вынести засветло человека с поля боя. Проблема доходит до того, по многочисленным сообщениям ребят, которые сейчас активно участвуют, что даже на 50 метров до ближайшего укрытия не удаётся вынести человека. Настолько быстро противник с БПЛА, другими средствами обнаруживает группу. Даёт целеуказание и накрывает её минометным огнём.

Это вступление очень важно, люди должны понимать, что эвакуация, которую мы отрабатываем на занятиях, – это не какой-то мучительный момент, совсем не нужный – зачем-то кого-то ворочать, – а важнейший элемент того, с чем они столкнутся в реальной работе. И ещё. К огромному сожалению, очень тяжело, почти невозможно на практических занятиях симитировать отработку эвакуации так, как оно есть в условиях реальных боевых действий. Потому что на занятиях, как ни старайся, нести раненого бойца приходится максимум сотню метров. Бойцы у нас без брони, без касок, без БК. Нет вражеского огня. То есть очень лайт-версия эвакуации. В реале же все наоборот. Следовательно, если люди на занятиях могут кое-как

позволить себе хватать раненого, тащить (и всё равно несколько метров), как-то худо-бедно справиться, то в реальных условиях, если будут как попало браться и таскать, они никуда человека не утащат совсем. Вот такое краткое вступление по эвакуации.

После этого переходим к отработке основных приёмов. В первую очередь отрабатываем самую сложную эвакуацию. Лёжа. Приёмы разворота, переворота раненого, чтобы привести его в нужное для дальнейшей помощи либо эвакуации положение. И приёмы эвакуации лёжа – одни из самых сложных в этом комплексе. Потому что большинство людей в партере лёжа работать не умеют, и когда оказываются перед необходимостью друг друга так таскать, у них возникают существенные сложности. А ведь важны действия и на дальнейших этапах эвакуации.

Даже если вы сопровождающих очень тщательно проинструктируете по всем их дальнейшим действиям, вот увидите – они будут на вас смотреть вот такими глазами. И ты на него смотришь, понимаешь, что зря ты говоришь – он тебя вообще не понимает. Поэтому, если у вас нет возможности кого-то качественно подготовленного отправить на сопровождение, понимаете, что все ваши слова: «ослабить жгут через 10 минут», «через 5 минут усилить» – останутся пустым сотрясением воздуха. Я говорю, и знаете, меня от нахлынувших воспоминаний на истерический смех пробирает. Как сказал один мой друг, участник четырёх войн: как показывает жизненный опыт, самый искренний смех – это истерический. Так вот, дорогие мои, меня реально пробирает на смех потому, что я помню, насколько там люди тупят, косячат, тормозят. Поэтому ваши инструктажи – ни о чём, никто ваши рекомендации не выполнит на этапах эвакуации, даже простейшие. Поэтому вы, прежде чем что-то делать на поле боя, быстренько сообразите, какая у вас ситуация, что вы будете делать здесь, а что будут делать другие на дальнейших этапах эвакуации. Если же вы сопровождаете раненого, тогда всё гораздо проще: по пути всегда можно остановиться (медик раненого не несёт, несут остальные, а медик идёт с умным видом и радуется, что ему не надо тащить). Отставить. Медик, конечно же, думает, что нужно ещё сделать для пользы эвакуируемого. Вот это важный момент. Не то что радостно: ура, мы смылись из-под огня! Всё! Аж до самой базы ни о чём не думаешь.

Дополнительно обращаю ваше внимание, что в условиях боевых действий эвакуационные места, более-менее очевидные противнику, хорошо известны. То есть место, куда приходит транспорт для эвакуации, место, где, находится госпиталь, командный пункт и т.д. – локализация известна, и по

ним регулярно долбят. Поэтому нецелесообразно вылазить именно туда, там оказывать помощь раненому, рискуя. Лучше это сделать на предшествующем этапе. Если эвакуационный транспорт будет действовать грамотно и ждать не на той площадке, которая пристреляна, а чуть в сторонке, целее будет.

Распространённая тема, на которую раньше задавали вопросы: вот если мы глубоко в тылу противника, и у нас раненый, что делать? Так вот. У нас разведка сейчас так не работает. Таких рейдов, как в Отечественную, совершенно делать не можем. Все наработки, когда Россия лидировала по партизанской войне, по диверсионной, сейчас утрачены. Поэтому это очень редкий случай, чтоб куда-то там в тыл вы далеко пошли. И естественно, редчайший случай, чтобы у вас раненый был в таких обстоятельствах.

Второе. С собой приходится нести невообразимое количество снаряжения. У нас разведгруппы большие. Это по опыту взялось откуда? Это взялось по опыту Чечни, чтобы при встрече с вражеской разведгруппой наша группа могла уверенно огрызнуться. Поэтому у нас разведгруппы – 16 человек. Боевой порядок – трилистник. В центре – ядро группы, командир управления, а три группы по сторонам, чтоб иметь круговой обзор и круговое ведение огня, случись чего. Значит, что получается? Большая группа, 16 человек, это, во-первых, большой шум на маршруте. Во-вторых, из 16 человек кто-то травмируется, заболеет: вероятность гораздо больше, чем если вас там четыре человека.

Третье. На эту группу нести медикаментов надо офигиард потому, что постоянно кто-то простудился, у кого-то язва обострилась, у кого-то сердчишко прихватило. Ещё противника не видели, а уже проблем куча. Значит, у тебя в рюкзаке всё это должно быть.

Следующий момент. У каждого разведчика должна быть полноценная аптечка по простой причине: раз боевые порядки рассредоточены, медик всё утащить не может, нужно, чтобы побольше перевязочных средств, жгутов, гемостатиков тащил каждый для себя. Аптечка Т-34 подойдёт, только ты же ещё один¹⁰. Один жгут – сюда, один – в карман – нормально, подойдёт. В Т-34 влезают два ППИ, один гемостатик, один жгут, даже в базовом варианте. Если ярлычок вверх, то ещё плюс два перевязочника. А если с боков, так ещё два. То есть нет препятствий, поместится много всего.

Есть мнение, что мы эвакуацией заниматься не будем, мы ждём технику. В данном случае так учат в военных училищах молодых ребят, будущих офицеров. И, которые, естественно, при такой подготовке погибнут целиком,

¹⁰ «AlsiGem» совместно с Юрием Евичем разработали аптечку Т-34. Купить: https://t.me/alsigem_main.

вместе со своими подчинёнными. Так учат в военных училищах те, кто сам никогда не воевал, и кого судьба обучаемых не волнует. Сами воевать не собираются, современный опыт изучать не собираются. Взяли опыт Чеченской войны и собираются его применять, аж пока не полетим в космос! Какая бронетехника за вами приедет глубоко в тыл врага?! При нынешних возможностях противотанковой обороны никакая техника в тыл врага не доедет, это конец будет всей группе при такой тактике. Слепое копирование опыта двадцатилетней давности войны с другим противником – это вообще никуда не годится. В Чечне это нормальная практика: сидим, ждём бронетехнику. Группы многочисленные, боевики слабые, радиосвязь хорошая – тысяча факторов. Но сейчас никакой бронетехники не будет.

«Спасение утопающих – дело рук самих утопающих». А у «зелёных берегов» есть пословица: «Прежде чем сунуть куда-то голову, подумай, как будешь её вытаскивать». То есть заранее сами думайте, как вы будете эвакуировать раненого, когда он появится.

1. Приёмы эвакуации лёжа

1.1. Переворот с живота на спину рывком к себе.

При необходимости перевернуть раненого с живота на спину. Оказывающий помощь ложится рядом с раненым, выпрямляет его руку, через которую будет осуществляться переворот (фото 75), одной рукой захватывает его за пояс с противоположной от себя стороны, чем дальше – тем лучше. Ладонью



Фото 75



Фото 76



Фото 77

второй руки упираемся в плечевой сустав раненого (фото 76). Одновременно рукой, захватившей за пояс, тащим раненого на себя, ладонью второй руки упираемся ему в плечо, а сами перекатываемся с живота на спину. В этом случае рука, которой упирались в плечевой сустав раненого, оказывается у него под затылком и страхует его голову на случай повреждений шейного отдела позвоночника (фото 77). После этого второй рукой поддерживаем голову раненого и аккуратно вытаскиваем из-под неё свою руку.

Основные ошибки.

1. Ладонью не жёстко упираются в плечевой сустав, а просто берутся за него.
2. Второй рукой захватывают раненого за пояс не с противоположной от себя стороны, а поближе к себе.
3. Не перекатываются. В этом случае раненый наваливается на оказывающего помощь и прижимает его к земле.
4. Голова не на уровне головы раненого, а сильно ниже. Тогда раненый при перекате наваливается на руку эвакуирующего, и вытащить её становится затруднительно.

1.2. Переворот с живота на спину толчком ноги от себя.

Обычно мы говорим, что в отличие от предыдущего, «гуманного» способа переворота, этот мы применяем, если раненый вёл себя плохо и огорчал медицинскую службу подразделения в нашем лице. Разумеется, это шутка. Этот приём применяется в двух случаях: когда с той стороны имеется воронка, бетонный блок, траншея или иное укрытие, за которое мы хотим убрать раненого. Либо если с другой стороны от нас находится препятствие (например, стена) – и мы чисто технически не можем перевернуть раненого на себя.

Занимаем позицию рядом с раненым, лёжа на боку. Ближнюю к себе руку раненого поднимаем вверх, кладём рядом с его головой (фото 78). Захватываем его рукой за кисть дальней от себя руки, просовываем ему под лицо его же руку и подтягиваем к себе как можно ближе (фото 79-80). Ступнёй своей верхней ноги упираемся раненому в область таза (фото 81). Одновременным движением тянем раненого за руку на себя, а ступнёй ноги, распрямляя ногу, толкаем его в таз, переворачиваем раненого на спину (фото 82). Лежать к раненому нужно перпендикулярно и как можно ближе. Только в этом случае наша нога заходит достаточно далеко, чтобы обеспечить необходимую силу толчка.



Основные ошибки.

1. Захватывают не за дальнюю, а за ближнюю от себя руку раненого.
2. Упирают ступню не в таз раненого, а в подреберье (селезёнка, печень).
3. Лежат параллельно раненому. В этом случае практически невозможно просунуть ногу между собой и раненым и вывести её на толчок.
4. Лежат слишком далеко от раненого.

1.3. Разворот вокруг оси.

В случае если раненый лежит головой к противнику, а нам нужно его эвакуировать, сначала необходимо развернуть его головой в нашу сторону. Для этого ложимся рядом с раненым на бок. Сначала толчком верхней своей ноги в берцовую косточку сдвигаем его ступни друг к другу вплотную.

Захватываем его за лямку разгрузочной системы или бронежилета на уровне плеча верхней рукой, мыском ботинка верхней ноги упираемся ему в берцовую косточку (фото 83). Нижняя нога и рука играют опорную функцию, рука согнута в локте, опирается локтевым суставом и предплечьем на землю, ладонь обращена к пояснице раненого. Голова примерно на уровне поясницы раненого. В этом случае получаются два равнодействующих вектора, а точка равновесия – пупок: рука, которой дѐргаем его за плитник, движется от плеча вниз; а нога, движение которой аналогично движению при ударе ногой по футбольному мячу, идёт вверх. И в этом случае раненого разворачиваем вокруг его центра тяжести, находящегося в области пупка, примерно на 90 градусов (фото 84). Теперь мы оказались лежащими к противнику перпендикулярно. Долго задерживаться в этом положении ни в коем случае нельзя. Перемещаемся, занимаем исходное положение сбоку от раненого аналогично вышеописанному и повторяем весь порядок действий (фото 85).



Основные ошибки.

1. Голова не на уровне поясницы раненого, а на уровне его головы. В этом случае, сколько ни дѐргай, человек не развернѐтся, потому что получается, что его дѐргаешь не вниз, к его поясу, и одновременно толкаешь ногу вверх, разворачивая его вокруг оси, а просто тащишь в сторону.

2. Упираются толчковой ногой не в берцовую косточку, а в голень или таз раненого.

3. Не упираются локтем опорной рукой в землю, а лежат на ней. В этом случае ползти вообще не получится.

Опорная рука обращена кистью не к поясу раненого, а куда-то в направлении его лица. В этом случае, если наша опорная рука развёрнута кистью к раненому, то раненый в неё упирается и дальше не двигается.

4. Не одновременно толкают. Нужен одновременный рывок рукой за одежду либо за разгрузочную систему и толчок ноги. Только тогда человек развернётся так, как нам нужно.

5. Захватывают раненого не свободной верхней рукой, а опорной.

6. Толкают не свободной верхней ногой, а нижней.

Словом, существует множество ошибок, которые могут совершить при выполнении данного упражнения. Нужно внимательно смотреть за выполнением и их искоренять.

1.4. Перетаскивание на себе, лёжа на боку.

Разумеется, бывают приёмы эвакуации с использованием подручных приспособлений. Но если без них, то основных приёмов эвакуации два. Оба включают взваливание раненого на себя и отползание с ним на себе.

В первом случае взваливаем раненого себе на бедро. Исходно пострадавший лежит на спине головой уже в ту сторону, куда нужно его эвакуировать (вы его развернули). Вы с ним ложитесь рядом на бок, головой в ту же сторону. Его ближнюю к себе руку поднимаете и вытягиваете вдоль туловища вверх рядом с его головой (фото 86). И локтем своей руки опираетесь на грунт рядом с его локтем. Причём нужно, чтобы ваш локоть был выше, дальше от его локтя в сторону от его головы сантиметров где-то на 20. Если это правило не соблюсти, то, когда раненого будете взваливать, он на вас навалится лицом к лицу, и тащить его будет очень проблематично. Ложитесь рядом с раненым, опираясь локтем на грунт, кисть ваша обращена в сторону вашей поясницы, после этого ухватываете раненого за боевой либо брючный пояс, опираясь на колено дальней от раненого ноги, встаёте над ним на этом колене, а ступнёй второй ноги, ближней к раненому, захватываете его за таз: пяткой цепляете (фото 87). И после этого вы падаете на бок и при этом тянете раненого рукой за ремень, а каблуком – за таз. Раненый, естественно, перекачивается вслед за вами и оказывается лежащим тазом у вас на бедре, а головой и подмышкой – на предплечье вашей руки, ближней к нему (фото 88-89). Важно, чтобы в этом случае колено ваше и ботинок ноги, на которой

лежит раненый, из-под него торчали кнаружи. Потому что если он прижмёт к земле ваше колено и голень, вы вообще никуда сдвинуться не сможете и раненого перетащить, естественно, не сможете. Вот теперь, когда он лежит у вас на бедре, вы рукой, на которой он лежит, ближней к нему, прихватываете кистью его за форму, прижимаете к себе.



Фото 86



Фото 87



Фото 88



Фото 89

При этом нужно, чтобы раненый лежал не на животе и не на боку, а нечто среднее: 45 градусов по отношению к грунту. И нужно, чтобы он был прижат к вам как можно теснее. Тогда тащить его будет удобнее.

Второй рукой ухватываете свой автомат за pistolетную рукоятку, кладёте его на раненого стволом в сторону, не на ступню его обращаете, а чуть в сторону, чтобы не отстрелить себе и ему ноги. И отталкиваясь

свободной ногой и перебирая локтем руки, на которой лежит раненый, ползёте к ближайшему укрытию.

Достоинствами этого способа является то, что вы находитесь достаточно высоко относительно раненого, голова обращена вверх, и вы видите местность, можете посмотреть по сторонам, видите, куда ползёте. Ползти вам достаточно удобно в этом случае: опираясь на локоть и на свободную ногу.

Поскольку эти перемещения для большинства людей непривычны и связаны с трудностями, обычно отрабатываем это упражнение в два приёма.

Сначала мы отрабатываем переползание без раненого, показываем людям: вот вы легли, опираясь на локоть и отталкиваясь ногой, переползаете. Так делаем в случае, если вторую ногу вам прострелили. Это действительно актуальный способ, если вас подстрелили в ближнем бою и одна нога не работает. Можно этим способом отползти, сохраняя огневой и зрительный контроль задней полусферы.

После того как курсанты отработали переползание этим способом хотя бы на пару метров без раненого, можно отрабатывать с раненым.

Основные ошибки.

1. Люди не опираются на локоть руки, а ползут, рукой пытаются загребать, как черепаха плавником. Так не получится ползти, нужно именно опираться на локоть руки.

2. Когда взваливают раненого себе на руку, либо раненый лежит недостаточно низко, то есть лицом к лицу с тем, кто тащит, либо достаточно далеко от тащащего. В обоих случаях тащить очень неудобно, и далеко не получится перетащить человека.

3. Раненый лежит на коленном суставе и ступне эвакуирующего. Тогда он прижимает к земле его ногу, и ползти не получается.

Сразу нужно подчеркнуть, что приём этот довольно сложный: чтобы передвигаться таким способом, нужно иметь серьёзный навык и неплохую физическую подготовку.

И второе. Даже при хорошем навыке этот приём (как и большинство любых других) имеет свою нишу применения и свои ограничения. Как однажды мне сказали: «Юрьич, способ – фигня, сто метров через овраг раненого перетащить не получилось». Так он для этого и не предназначен! Он предназначен для ситуации, когда вы находитесь на более-менее открытом месте, и чтобы вас не подстрелили, вы пытаетесь в какое-то укрытие убраться вместе с раненым именно ползком. При этом далеко не отползёте: очень быстро устанете. Этот способ имеет очень ограниченную нишу применения.

Но если дошло до того уже, что приходится раненого вытаскивать ползком, то альтернативы этому способу всё равно никакой нет.

1.5. Перетаскивание на себе, лёжа на спине.

В этом случае раненый лежит не на бедре эвакуирующего, а на животе. Данный приём похож на предыдущий. Начинается аналогично: ложимся рядом с пострадавшим головой в ту же сторону, куда лежит он и куда планируем его эвакуировать. Руку его поднимаем вдоль его туловища вверх, опираемся локтем так же – то есть всё аналогично предыдущему упражнению (фото 90). Опираемся локтем в землю на уровне сантиметров на двадцать дальше, чем его локоть стоит, и резким рывком руки за пояс, а пяткой за таз, перекатываем его на себя (фото 91-92). Причём в этом случае надо его дёрнуть посильнее, чтобы у него голова оказалась у вас на груди, а грудь – примерно на вашем пузе.

Он лежит между ваших ног, вы просовываете ему две руки подмышки, поднимаете предплечьями за грудную клетку к себе, а в руках держите автомат и ползёте, отталкиваясь двумя ногами попеременно (фото 93).

Особенностью этого приёма является то, что если у вас нет бронежилета, то вы ползёте, перебирая лопатками, аналогично плаванию на спине. И ползти получается достаточно бодро. Но если на вас бронежилет, то тогда вас ждут неприятные сюрпризы: он спину сковывает, перебирать лопатками не получается, и при переползании получаешься как боевой шкафчик: то есть отталкиваешься двумя ногами, а плечи не идут и ползти неудобно. Кроме того, при этом способе переползания не видно, куда ползёшь: вы прижаты к земле, а на вас лежит человек. Поэтому этот способ переползания менее эффективен.

Отрабатывать его также нужно в два этапа.

Сначала отработать переползание на спине: отталкиваясь двумя ногами и перебирая лопатками без раненого. При этом показываем, что мы держим автомат в руках, ствол направлен в сторону ног наших. Если появился противник со стороны ног – сразу ноги прижал, отработал его. Если появился справа либо слева – повернул ствол в правую либо левую сторону. Попасть тяжело будет из такого положения, но прижать противника огнём, чтобы он вас не пристрелил безнаказанно, вполне возможно.

И поясняем, что таким способом мы отползаем, если в городском бою либо в траншее пуля в грудь вам прилетела, и вы, оказавшись на спине, всё-таки сумели задачу выполнить, отползти в укрытие.



Фото 90



Фото 91



Фото 92



Фото 93

После этого командуем людям отрабатывать это упражнение. Ну и поясняем, что в реальных условиях вы будете тащить человека так, как вам будет удобнее. Поэтому отрабатываем оба упражнения: и перетаскивание раненого на бедре, и перетаскивание раненого на животе.

1.6. Оттаскивание за лямки плитника.

Наиболее распространённым приёмом эвакуации раненого лёжа под огнём, который я видел, является оттаскивание раненого за лямки плитника либо разгрузки (фото 94-95). В этом случае оттаскивающий лежит головой к противнику и к раненому, которого вытаскивает. Раненый лежит головой к нам, ногами – к противнику.



Фото 94



Фото 95

Получается, что тот человек, который раненого оттаскивает, максимально низко находится от уровня земли, прикрыт телом эвакуируемого и поэтому в максимальной безопасности. Ничего удивительного, что под огнём стрелкового оружия именно этот приём все предпочитают: никто почему-то не хочет становиться над раненым на четвереньки, ползти с ним на колене и как-то иначе подставляться.

При выполнении этого приёма, если вы берётесь двумя руками за лямки плитника, то насколько вы раненого подтаскиваете к себе, настолько же примерно скользите и к нему. Поэтому выполняется этот приём иначе.

Одной рукой, ведущей – например, правой – надлежит ухватить эвакуируемого за лямку плитника. Вторую руку – например, левую в данном случае – согнуть в локте и кисть обратить к себе (фото 96-97). То есть используем руку как опорную, как делали во многих приёмах разворота, переворота раненого. В этом случае, когда вы тянете раненого, локоть упирается, и вы не проскальзываете сами.

И таким образом, подтягивая раненого, можно оттащить его до десяти метров без больших усилий. Как правило, когда бой идёт в лесу либо в городе, примерно через эти десять метров и будет какое-то укрытие: хотя бы

ямка в грунте, воронка, что-нибудь ещё, где, оказавшись, мы становимся более или менее защищены от огня стрелкового оружия противника.



Этот приём обязательно нужно людям показывать, потому что на самом деле он один из наиболее широко применяемых приёмов эвакуации раненого в положении лёжа.

1.7. Перетаскивание на стропе.

Это весьма выгодный способ с точки зрения сбережения сил при необходимости оттащить раненого на значительную дистанцию. Для его осуществления понадобится примерно четыре метра стропы, концы которой связаны или закреплены карабинами, так что стропа образует замкнутое кольцо. Можно применить верёвку, но она сильно врезается под мышками, и раненому будет весьма дискомфортно. Здесь длина достаточно чётко определена, потому что, когда мы раненого ею оплётём, если стропа будет длиннее, у вас будет слишком длинный рычаг, тащить раненого будет неудобно. Если стропа будет короче, вы будете в раненого упираться ботинками в голову, и это тоже создаст известные неудобства.

Итак, раненый лежит на спине. Мы завязываем концы стропы между собой либо крепим их карабином, так, чтобы стропа образовала кольцо (фото 98). Одну сторону этого кольца кладём на живот раненого, продеваем её под его руки, лежащие на груди, и далее за голову раненого вытягиваем (фото 99-102). А другой конец стропы мы продеваем в эту петлю (фото 103).

Когда в этом случае начинаем затягивать стропу, то образуются две самозатягивающиеся петли, которые ложатся на плечи раненого и подмышки его, и образуется длинный, замкнутый в кольцо хвост петли, который лежит в головах раненого (фото 104-106). И здесь заползаем в этот хвост петли, берём его поперёк своего плеча и, опираясь в землю ногой и локтем, аналогично тому, как тащили раненого на себе, ползём, тащим раненого за собой

волоком. В этом случае тащить раненого заметно удобнее, чем взвалив его на себя, и протаскать его можно на большее расстояние.



В обществе бытует мнение, что женщинам не место на войне. Я считаю, что женщинам не место на войне, когда в народе есть мужчины и их достаточно. Не просто нормальные, а именно настоящие мужчины. С мужчинами сейчас беда. У нас очень много существ в штанах, которые

мужчинами считаться не могут и от которых на фронте нет никакого толку, а есть одни проблемы. Но это ещё не худший даже вариант, когда они бесполезные – но на фронте. А ведь много таких, кого туда и палкой не загонишь. И хватает таких, которые врагу сочувствуют. Вот когда такая беда в народе, тогда приходится и женщинам идти воевать. Поэтому приходится женщин задействовать, и чем дальше, тем больше.

Когда ведёшь занятие, по глазам видно, кто что думает. Сейчас я всё больше работаю с женским инструкторским составом, потому что, как Алексей Потапов сказал в книге «Искусство снайпера»: «Женщины обладают более обостренными системами восприятия... невероятно наблюдательны... Женщины-военнослужащие очень четко относятся к выполнению служебных инструкций, не отступая от них ни на шаг... К процессу снайперской стрельбы женщины относятся очень аккуратно и тщательно». Ты говоришь женщине, и она воспринимает информацию от тебя. А мужчина стоит в строю и думает: что бы мне такого сказать, чтобы показать себя умнее докладчика? Это естественно – мужчинам свойственно всё время соревноваться. Но когда тебе нужно очень много информации передать, идеальным является именно умение женщины принять. Она включила внимание и жадно впитывает. А мужчина думает о чём-то своём, и львиная доля того, что ты даёшь, радостно со свистом пролетает мимо его сознания.

С женским составом, в частности инструкторским, вам обязательно придётся учиться работать, и работать грамотно. Во-первых, потому, что это отнюдь не безнадёжная категория. Во-вторых, потому, что мужчин банально не хватает и у них имеются свои недостатки, особенности, которые могут быть фатальны в подготовке на инструктора.

Важным моментом, который нужно иметь в виду женщинам, занимающимся тактической медициной, является тот факт, что женщина в подразделении наверняка окажется на медицинской должности. Физически женщины, естественно, в среднем слабее мужчин, и вынести мужчину им тяжело. Именно на этот случай они должны обучить всех бойцов, чтобы те были способны вынести друг друга. А чтобы обучить других, нужно уметь делать самому. Всех можно научить, если вы умеете делать сами и можете показать.

Если какие-то упражнения вы сами показать не сможете, тогда вынуждены будете попросить кого-то продемонстрировать правильное выполнение упражнения обучаемым. Чтобы рассказать людям, как что делается, нужно владеть грамотной речью, иметь пространственное мышление и хорошее понимание упражнения.

2. Эвакуация пострадавшего стоя.

2.1. Эвакуирует один человек.

С одной стороны, «война – командный спорт», и чаще приходится выносить раненого группой. Но группа – это всегда более заманчивая цель для противника, и обучаемым всегда нужно быть готовыми к тому, что придётся нести раненого без чьей-либо помощи.

2.1.1. Основные приёмы.

Так называются потому, что позволяют унести раненого на более-менее значительное расстояние, и потому применяются чаще.

2.1.1.1. Приём Раутека

Отрабатываем эвакуацию раненых в положении стоя, при этом объясняем, что эвакуация стоя – это всё-таки основной из приёмов эвакуации, потому что человека можно вынести таким образом на гораздо большую дальность и с меньшими усилиями, чем если тащить человека лёжа. Кроме того, лёжа вдвоём, втроём тащить человека очень проблематично, а стоя – сколько угодно.

При показе приёмов эвакуации стоя людям объясняем, что и риск для выносящих в этом случае гораздо больше, особенно он велик, если у вас собирается несколько человек. Чем больше людей выносят раненого, тем больше групповая цель, тем больше соблазн противника её поразить, поэтому нужно уметь вынести раненого, в том числе в положении стоя, одному.

Отрабатываем последовательно первый приём выноса раненого – приём Раутека модифицированный. Одну ногу раненого кладём на вторую, садимся в головы раненого (фото 107), приподнимаем его за плечи чуть-чуть и просовываем под него одно колено (фото 108), потом ещё приподнимаем чуть-чуть, просовываем второе и так, перебирая коленями (приём «ножницы») (фото 109), приводим его в сидячее положение (фото 110).

После этого сгибаем перед грудью раненого одну его руку, здоровую желательно, просовываем в свои руки ему подмышку и эту руку за предплечье прижимаем к корпусу раненого (фото 111). При этом большие пальцы рук оба должны быть в «обезьяньем хвате», то есть с одной стороны и со всеми остальными пальцами, потому что если взяться в противохват, как обычно думают братья удобнее, легко можно вывихнуть себе большие пальцы рук.

После этого садимся на корточки (фото 112), плотно прижимаем спину раненого к своей груди (фото 113) и на ровной спине распрямляем ноги (фото 114), отрываем раненого от земли, поднимаем его (фото 115). Нужно отметить, что в этом случае важно раненого поднять как можно выше, если он у нас висит низко, упирается спиной, тазом в колено нам, где-то в бёдра, то идти будет очень тяжело, поэтому нам нужно поднять его выше.



Фото 107



Фото 108



Фото 109



Фото 110



Фото 111



Фото 112



Фото 113



Фото 114



Фото 115

Поэтому, когда подняли его, можно и нужно поставить одну ногу несколько вперёд, вторую назад, принять боковую стойку и втащить его по своей ноге, стоящей впереди опорной, чуть выше, перевести дыхание, втащить ещё чуть выше. И так его втаскивать до тех пор, пока таз его не окажется на уровне вашего таза, а уже потом можно тащить его. В этом случае мы идём спиной вперёд, раненого тащим перед собой.

Главным недостатком этого способа является то, что мы не видим дорогу и поэтому можем споткнуться и упасть. В целом же таким способом можно протащить человека, будучи одному, до 50 метров. А ещё мы контролируем ситуацию перед собой, так как идём спиной вперёд.

Если человек будет в броне, и вы в броне, точно ничего не получится, потому что без брони более-менее хватает рук, чтобы просунуть в подмышки и захватить руку. Теперь добавьте объём своей брони плюс его, плюс свои магазины, его магазины, всё это сложится – он будет над тобой вот так торчать, возвышаться, как гора, потому что всё это упрётся. Поэтому реально этот приём работать не будет.

При эвакуации одним человеком приёмом Раутека, когда раненый висит и спиной упирается в бёдра эвакуирующего, очень тяжело сделать нормальный шаг, потому что он сковывает ваши ноги. Поэтому рабочим промежуточным вариантом является следующий: вы подставили одну ногу, аккуратно по чуть-чуть втянули на эту ногу, и теперь он у вас высоко и при транспортировке вам его тащить удобнее. Я на базовых курсах не всегда успеваю так показать. То есть если вам тащить метров 50, то разница будет существенная. Чем выше туловище, тем легче человека тащить. Поэтому при отработке упражнений отработайте, пожалуйста, этот нюанс.

В принципе, приём Раутека – весьма распространённый приём, и обязательно нужно, чтобы все обучаемые его отработали, так как он является компонентом целого ряда других приёмов эвакуации.

Если какой-либо приём физически тяжёлый для выполнения инструктором. Запоминайте все, особенно девушки хрупкого телосложения. Когда тыходишь и видишь, какие богатыри стоят в строю, ты понимаешь, что у тебя ещё пять курсов, и погибнуть сейчас от чрезмерной натуги в твой план не входит. Тогда ты говоришь: «Назначаю себе помощников. Я буду показывать, а поднимать будешь ты». Ты выходишь, объясняешь им, как надо выполнять, а они остальным показывают.

У вас должны быть для боевой работы хорошие берцы. Хорошие берцы – те, что жёстко фиксируют голеностоп. Что бы ты не нёс тяжёлое, самая

большая нагрузка идёт на голеностоп, потому что весь вес приходится туда. Чем больше на тебе веса, тем критичнее. Малейшее движение ступни, попавшей на кочку, которое в гражданской жизни – ничего, в боевых условиях может привести к вывиху либо перелому малой берцовой кости. И тебя самого надо будет выносить. А если никто выносить не возьмётся? Поэтому, когда будете покупать себе ботинки, одно из критических требований – чтобы высокий, именно жесткий был берц. Мягкий или матерчатый верх – это вообще не вариант. Нужно, чтобы, когда вы застегнули берц, ногу, как кандалами, сжало, тогда какой бы тяжёлый на вас вес не был, голеностоп вывихнуть не сможете. Вот это важный фактор при подборе обуви для штурмовой, для боевой работы.

Когда работа по разведке, там ещё нюансы добавляются. Но я скажу, что у нас стиль организации боевых действий в стране такой... Знаете, что такое разведывательно-штурмовое подразделение? Это подразделение, предназначенное для штурма тех позиций, которые раньше оно не сумело разведать. Боевая работа у нас строится из двух алгоритмов: идите вперёд в разведку, там никого нет – бах, бах, бах – а, там опорник противника, ну ладно, штурманите, раз уж пришли. Вот кто служил, те не улыбаются, остальные нервно посмеиваются. Ребята, при таком подходе, какой бы ты специальности не был, рано или поздно вас на штурм пошлют всё равно. Поэтому я вас ориентирую, на что в обуви внимание обратить. И когда во время штурмовых действий работаешь, на тебе много всего тяжёлого, быстро бегать нужно, прыгать с некоторых высот, пусть небольших, но всё-таки, резко припадать на ногу – голеностоп в большой опасности.

2.1.1.2. На спине «рюкзачком» без подручных приспособлений.

Если мы посмотрим документальную хронику времён Великой Отечественной, то там наиболее часто распространённый приём – это когда раненого несут именно на спине, именно рюкзаком, потому что этот приём позволяет одному человеку другого нести на очень значительное расстояние без больших трудностей. Поэтому этим приёмом владеть необходимо обязательно.

Легче всего его сделать, если пострадавший может хотя бы на короткое время встать на ноги. Тогда ваши действия достаточно простые. Вы поворачиваетесь к раненому спиной, кладёте его руки себе на плечи (фото 116), правую на правое плечо, левую на левое, руки кладёте в крестообразное положение (фото 117), захватываете его за одежду на уровне его плеч

примерно, а сами приседаете немножечко спиной, аналогично тому, как выполняется бросок через бедро. То есть вы приседаете и наклоняетесь, ваш таз упирается раненому в уровень бёдер, а лучше ещё ниже, в уровень коленей, а за руки вы его подтаскиваете, берёте себе на спину. После этого распрямляете ноги, раненый окажется у вас на плечах (фото 118). Чем выше вы его поднимете себе на плечи, тем легче его будет нести.



Фото 116



Фото 117



Фото 118

Наоборот, распространённая ошибка: на ровных ногах упёрлись в раненого, попытались его ухватить. Как только распрямитесь, он повиснет сильно сзади у нас, всё равновесие нарушится, и далеко вынести человека таким приёмом не получится. Поэтому очень важно выполнить правильно приседание и вытягивание раненого себе на плечи.

Разумеется, если человек встать сам не может, его придётся поднимать из лежачего положения. Мы это будем дальше отрабатывать в приёме эвакуации раненого втроем-вчетвером.

2.1.1.3. Поперёк плеч, приём «мельница».

Для того чтобы его выполнить, раненый должен быть в вертикальном положении. Это главная трудность, дальше всё довольно просто. Становимся боком к нему, наклоняемся, одной рукой ухватываем его за ногу в области примерно бедра, второй рукой берём его за руку, ближнюю к нам, и упираемся в него обоими плечами (фото 119-121). Потом расправляем туловище, и раненый окажется лежащим у нас на плечах (фото 122-123).

Но для выполнения этого приёма нужно иметь очень хорошо тренированные мышцы спины, и желательно, чтобы раненый весил немного. Если эти условия не соблюдены, то большой риск потянуть какие-либо из мышц и связок опорно-двигательного аппарата, и выносить придётся уже двух человек.



Фото 119



Фото 120



Фото 121



Фото 122



Фото 123

Кроме того, у раненого в таком положении сжимается голова, грудь, дышать ему довольно тяжело. В лесу выносить таким способом крайне неудобно, раненый за всё цепляется. Словом, на тренировках и красивых показательных выступлениях видел этот приём многократно, в условиях реального боевого применения – ни разу. Однако люди всё равно должны им владеть, поэтому показать его неплохо, хотя бы для общего ознакомления.

2.1.2. Дополнительные приёмы эвакуации стоя.

2.1.2.1. Волоком за эвакуационную петлю или лямку бронежилета.



Фото 124



Фото 125

Применяется этот приём в том случае, если нам нужно быстро и недалеко оттащить раненого, при этом сохраняя огневой и зрительный контроль задней полусферы. Закидываем ногу раненого на вторую ногу (если одна из ног повреждена – то её закидываем на здоровую), ухватываем раненого за эвакуационную петлю бронежилета или за его лямку и, пятясь, оттаскиваем его (фото 124-125). При этом удерживаем в свободной руке личное оружие направленным в сторону наиболее вероятного появления противника. Чисто технически этот способ эвакуации представляется самым простым. Однако с физической точки зрения оказывается, что даже по относительно ровной поверхности протащить человека в СИБЗ весьма утомительно, и далеко не у всех получится. Если же грунт неровный (воронки, холмики, арматура и бетон) либо раненый слишком крупный, и вовсе невозможно.

Применяют его чаще всего при ранении во время боя в здании. Узкие коридоры, дверные проёмы, близость противника и вызванный этим дефицит времени зачастую не оставляют иных вариантов.

2.1.2.2. На спине на стропе.

Одним из вариантов выноса раненых является на спине на стропе.

То есть берём стропу, длина её ориентировочно составляет три метра, связываем её в кольцо (фото 126), кладем поперёк спины раненого (фото 127), два образовавшихся уха стропы выводим под мышками раненого (фото 128), становимся к нему спиной, прижимаемся, продеваем обе руки в эти петли стропы, потом их укорачиваем, подтягиваем так, чтобы они как можно теснее прилегали к нам (фото 129–131). Далее аналогично переносу раненого на спине, держа за руку, подсесть под него, подтянуть стропы, взять его на спину, понести (фото 132–133).





Фото 129



Фото 130



Фото 131



Фото 132



Фото 133

Нести несколько удобнее, чем за руки, но стропа, как показывает опыт, в нужный момент далеко не всегда оказывается под рукой. Словом, способ из разряда дополнительных, которыми люди должны владеть, имеет свои достоинства и недостатки.

2.1.2.3. На плащ-палатке волоком.

Заключительным способом выноса раненых в одно лицо является выволакивание раненого на плащ-палатке.

Технически это делается следующим образом. Раненый лежит на спине. Плащ-палатку кладём ромбиком и просовываем под него (134-137). Один угол к голове раненого, один к ногам, два угла – по бокам. Подворачиваем ближний к раненому угол. Раненого перекатываем на дальний бок, подсовываем под него плащ-палатку (фото 134-135). Перекатываем его на ближний к нам бок, из-под него высовываем дальний угол плащ-палатки, расправляем её (фото 137). После этого два угла плащ-палатки, находящиеся

с боков от раненого, и один, находящийся между ног, связываем аналогично тому, как связывается детский подгузник (фото 140-142). Можно дополнительно закрепить карабином. Но карабин не сам по себе крепится, а только после завязывания узлом, в противном случае он быстро вырвет люверсы плащ-палатки. Верхний угол плащ-палатки, как минимум, нужно завязать узлом, чтобы держаться за него, когда будем волочить раненого (фото 143-145). Очень хорошо, если есть отрезок стропы, метра три плюс-минус, его надо привязать к этому узлу. Тогда вы сможете при движении идти лицом вперёд, перебросив стропу через плечо, и развить большую скорость, чем, если придётся волочить раненого, идя спиной вперёд. Очень хорошо этот способ работает, когда скользкий грунт, снег, мокрая трава. Особенно плохо он работает, если грунт каменистый, неровный. В принципе, в некоторых случаях это неплохой способ, можно довольно далеко одному утащить очень тяжёлого человека.





Фото 140



Фото 141



Фото 142



Фото 143



Фото 144



Фото 145

Мы обязательно должны подчеркнуть, что легче нести вдвоём, втроём и больше, но запросто могут быть такие случаи, что тащить придётся одному. Поэтому люди должны владеть этими способами, тем более что чем дальше развивается военное дело, тем предпочтительнее выносить небольшим количеством людей, чтобы уменьшить риск поражения сразу большого количества огнём противника при выносе раненого.

2.2. Эвакуируют двое.

2.2.1. За бронезилет (разгрузочную систему).



Есть два варианта эвакуации за разгрузку вдвоём: либо с сохранением огневого контроля опасных зон, когда противник может появиться достаточно близко – тогда складывают ноги больную на здоровую, хватают побыстрее одной рукой, в другой удерживают оружие (фото 146-148). Естественно, тогда далеко утащить чаще всего не получается. Либо, если непосредственной опасности нет, берутся двумя руками, а оружие закидывают на ремне за спину.

2.2.1.1. За разгрузку волоком, одной рукой, оба смотрят назад.

Применяется, если необходимо осуществлять огневой контроль только задней полусферы. Оба бойца, осуществляющих эвакуацию, одной рукой захватывают раненого за лямку плитника, а второй, свободной, удерживают оружие, направив его стволом назад. Отходят пятясь. Если кто-либо из них заметил противника, он подаёт команду: «Контакт», оба бросают раненого на землю, становятся на колено либо залегают и огнём подавляют/уничтожают противника.

2.2.1.2. За разгрузку волоком, одной рукой, один смотрит назад, второй – вперёд.

Применяется, если при эвакуации необходим огневой контроль на 180 градусов, например, в лесу или здании, где противник может появиться откуда угодно. В этом случае каждый захватывает раненого за лямку левой рукой (соответственно, один стоит лицом по ходу движения, второй – назад), в правой удерживает личное оружие. При встрече с противником – действия аналогично вышеописанному.

2.2.1.3. За разгрузку одной рукой, второй – за пояс.

Этот способ применяется, когда огневой контроль ближайшей зоны не является необходимым, а нести нужно на довольно значительное расстояние. В этом случае оружие переводится в положение «на спине», бойцы занимают места по бокам от раненого, одной рукой захватывают раненого за пояс, а второй – за лямку плитника, разворачиваются по ходу движения и осуществляют эвакуацию раненого (фото 149–151).



Основные ошибки.

1. Захватывать раненого необходимо именно за боевой пояс или брючный ремень. Если взяться только за бронежилет (снизу и за лямку), то он сползает на шею раненого и начинает его душить, а тащить становится крайне неудобно.

2. Попытка идти боком, а не лицом по ходу движения. Люди не крабы, в этом случае идут медленно, недалеко и довольно быстро падают.

2.2.2. Без разгрузки (бронежилета).

Некоторым может показаться удивительным: откуда проблема выноса раненого без бронежилета и разгрузочно-подвесной системы, если сейчас практически все поголовно оснащены СИБЗами? Ответ на это дал один опытный тактический медик – участник боевых действий: «Вопрос не стоит в том, снимете ли вы с раненого бронежилет для удобства его эвакуации. Там настолько тяжело, что вопрос звучит следующим образом: когда вы снимете свой бронежилет и шлем?» Иначе говоря, нужно людям пояснить, что даже если у вас бойцы все упакованные, в бронежилетах, разгрузках, то при

эвакуации обычно все оценивают тяжесть, дальность выноса раненого. И всё это с раненого снимают, выбрасывают. Либо выносит кто-то отдельно, потому что у них своя броня, каски, оружие, БК к нему. Со всем этим ещё и человека быстро и далеко тащить, как правило, проблематично. Поэтому нужно понимать, что чаще всего придётся нести раненого без разгрузки и без бронежилета.

Тащить человека, тем более в бессознательном состоянии, ухватив за одежду, – обычно работает очень плохо, одежда выскальзывает из пальцев и расплзается на раненом. Поэтому важно уметь грамотно ухватить раненого для его последующей эвакуации. У нас есть два различных варианта выноса раненого. Быстрый, когда нам нужно очень быстро его схватить и с ним убежать, хотя бы на 50-100 метров. И дальний, когда есть время взяться за раненого и взвалить его на себя поудобнее, потому что нести нужно очень далеко.

2.2.2.1. Приёмом Раутека.

Мы помним приём Раутека, когда один человек эвакуирует раненого, поднимая его, сидя в его головах. В данном случае второй человек помогает ему – поднимает ноги раненого, сложенные боком на здоровую (фото 152–153). То есть один присел у ног раненого. Лицами все, раненый и двое эвакуирующих, повернуты в одну сторону – в сторону ног раненого. Второй поднимает раненого приёмом Раутека. Когда он готов, спрашивает сидящего в ногах: «Готов?» – тот отвечает: «Готов». Поднимающий туловище подаёт сидящему в ногах команду «три, четыре!», после чего поднимает туловище, сидящий в ногах поднимает ноги (фото 154–156). Для подъёма ног лучше всего продеть пальцы в штанину нижней ноги и поднять. Потому что если вы пытаетесь взять ногу в обхват, нога круглая и тяжёлая. Нередко ботинки в грязи бывают. В пальцах начинают скользить. А за штанину захват вполне уверенный. Обращу внимание, что для того, чтобы развить нормальную скорость переноса таким способом, во-первых, нужно не спиной идти, а лицом по ходу движения. То есть разворачиваемся так, чтобы все видели дорогу. Во-вторых, тому, кто поднимает туловище, нужно поднять раненого повыше. Распространённая проблема, о которой не раз говорили ранее: если раненый висит низко, упирается спиной в бедра, то нормальную скорость передвижения развить будет проблематично.

Достоинством этого способа является прежде всего то, что в ряд у нас только одна ростовая фигура видна. Это минимизирует поражение огнём стрелкового оружия и облегчает движение по узким проходам, тропкам,

которые, как правило, широкими не бывают. Любая тропинка в лесу, на болоте, в горах, в высоком кустарнике очень узенькая, и если в ряд идут два и более человека, идти становится очень сложно. Цепляемся за все помехи по краям тропы.



Фото 152



Фото 153



Фото 154



Фото 155



Фото 156

2.2.2.2. Под мышки, раненый спиной вперёд, несущие – лицом по ходу движения.

Это быстрый способ. Для его осуществления два бойца становятся по бокам от раненого. Больную ногу складывают на здоровую (фото 157). Схватив каждый со своей стороны его за плечо, они приводят его в сидячее положение (фото 158–159). Ближнюю к нему руку просовывают под мышку раненого – так, чтобы раненый повис не на локтевом сгибе, а кистью руки захватывают себя за снаряжение на уровне груди. Второй рукой захватывают раненого за боевой или брючный пояс на спине (фото 160). После этого они распрямляются и убегают в укрытие, глядя по ходу движения и неся раненого между собой спиной вперёд (фото 161). Если они при этом не забудут закинуть одну ногу раненого на другую, тащить будет ещё легче.

Этот приём лучше применять, когда унести раненого нужно очень быстро, но противник не видит эвакуирующих непосредственно и не может поразить их стрелковым огнём. В противном случае результат может

оказаться весьма печальным, так как три ростовые фигуры в ряд – мишень, по которой трудно промахнуться.



Фото 157



Фото 158



Фото 159



Фото 160



Фото 161

2.2.2.3. За пояс, застёгнутый на груди.

Эффективным способом эвакуации раненого, находящегося в полностью бессознательном состоянии, либо погибшего является использование подручных приспособлений. Либо отрезка стропы, либо боевого пояса, может даже принадлежащего ему. Принцип состоит в том, что в таком состоянии человек как бы разваливается. У него нет мышечного контроля, и как его ни ухватишь за тело, за одежду, он из твоих рук буквально вываливается. Вот чтобы раненого в этом случае тащить, нужно взять его боевой пояс, сильно его ослабить и застегнуть под мышками раненого поперёк груди (фото 162-164). В этом случае, схватив за пояс вдвоём, стоя с боков от него, можно достаточно нормальную скорость развить при эвакуации (фото 165-166). Второй способ состоит в том, что завязываем на

его груди обрезок стропы и точно так же, схватившись за стропу, тащим его. Если у нас имеется достаточно длинная стропы, то можно её концы взять на плечи, а внутреннюю середину обернуть, завязать вокруг груди раненого. Тогда будет тащить ещё легче. Нагрузка на руки будет меньше.

Этот способ эвакуации не очень щадящий, потому что большей частью раненый волочится по земле. Так чаще выносят убитых.



Если вам задают вопрос, как эвакуировать человека с переломом позвоночника, то, что я могу сказать – не повезло ему. Несколько ковриков кладёте один на один, коврики кладёте на носилки, а раненого на них кладёте животиком. И выносите в этом случае, взявшись вдвоём с боков от раненого. Он лежит на животе, и когда человек лежит так, то позвоночник гораздо

меньше прогибается. Три коврика, сложенные друг на друга, – уже нормальное, жёсткое основание.

Что лучше: четыре коврика или на двери выносить? Дверь? Не могу не процитировать бессмертный анекдот, он не пошлый, поэтому можно.

«Соревнования разных конструкторских школ. Японцы показывают – боец идет в бой, на спине у него такой большущий паук металлический. Если ранили, боец упал, паук хватает его и убегает с ним в госпиталь. Американцы – идёт боец, на спине какая-то фигня футуристическая. Бойца ранили, эта фигня включает реактивный двигатель и уносит раненого в госпиталь. Идёт наш боец, у него на спине бронированная дверь, а на груди огромная красная кнопка. А это что? А это наша эвакуационная система. Если боец почувствовал себя хреново, он нажимает кнопку, дверь с него падает, и он налегке очень быстро убегает».

Во-первых, подходящей двери я не видел ни разу. Все наружные двери в зданиях бронированные, вы её сначала попробуйте снять, а потом попробуйте куда-нибудь утащить даже без раненого. А чтобы снять внутреннюю дверь в здании, нужно снять наружную. То есть даже в городе подходящая дверь – редкость. Тем более что в городах все раздолбано основательно. А во всех остальных случаях двери в полях не валяются. Ну и на двери таскать неудобно – пробовали. Поэтому дверь не вариант.

На чем удобно таскать, так это две длинные слегы, поперечные перекладки, чтобы было жёсткое основание, как носилки. На всё это разными способами укладывается много всего. Раненого взял, и на этой штуке нести очень удобно. Но их собирать достаточно долго, минимум полчаса. Самое главное что? Толстое дерево нести на плечах – тяжело, тонкие часто трухлявые, гнилые, ломаются. То есть нужно обязательно подобрать слегы подходящей длины, толщины, качества, обтесать. Словом, это только теоретически просто.

Случай. Ко мне однажды приехали курсанты на инструкторские сборы. Один – участник на Донбассе. Он рассказывал, что были бои в городе, он бегал, и на спине у него был пластиковый щит. Он сам маленький. Забежал на второй этаж, говорит: «Чувствую, сильный ветер, и меня, как с парусом, понесло вперёд спиной. Я пролетаю мимо наших парней и кричу им: «П...сы, держите меня!» А они мне: «Кто тут п...с?!» Пока переругивались – я вылетел в окно. Хорошо, что упал плашмя на этот щит, позвоночник не сломал, но больно было. Встаю – щит отстегнул, выбросил». Вот такая история с пластиковым щитом.

2.3. Эвакуируют втроём.

2.3.1. На руках.

Эвакуация втроём позволяет достаточно далеко унести человека, и наиболее распространённые приёмы эвакуации втроём без дополнительных приспособлений типа носилок и стропы – это приёмы Раутека высокий и рюкзачком из положения лёжа. Начнём с Раутека.

2.3.1.1. Высокий приём Раутека (на плече, как бревно, ногами вперёд).



В данном случае действие аналогично приёму выноса «Раутек вдвоём» (фото 167), но нужно раненого поднять существенно выше. То есть тот, кто поднимает туловище, должен так раненого поднять, чтобы его плечи лежали у него на верхней части груди, а голова – на плече. Тот, кто несёт ноги, должен обе ноги раненого, причём в районе его бёдер, закинуть себе на плечо, а третий помогает им в этом, потому что так высоко поднять человека сложно. То есть когда они раненого вскидывают наверх, он встанёт сбоку, в области поясицы раненого, со стороны, противоположной той, с которой стоит поднимающий ноги, чтобы не мешать друг другу, подставляет плечо под поясицу раненого и поддерживает его на большой высоте, чтобы несущие ноги и туловище товарищи могли лучше уложить раненого, удобнее устроить (фото 168–169). Важным моментом является то, что если тот, кто несёт ноги, поленился и поднял на плечи не бёдра раненого, а его колени либо, ещё хуже, пятки, то основной вес раненого повисает между ними двумя, и нести им будет неудобно. Далеко раненого они так не вынесут. Аналогичным будет результат, если поленился несущий туловище раненого и поднимет его недостаточно высоко.

Задача: нести раненого, как «Ленин, несущий бревно на субботнике». Чтобы основной вес раненого давил на них строго сверху, а не находился спереди или сзади от них. Тогда нести гораздо легче. Обычно несут раненого вдвоём. Третий несёт оружие и снаряжение. Ему нежелательно помогать нести, идя рядом, потому что в подавляющем большинстве тропинки узкие. Если где угодно – и в горах, и в лесу, и на болоте – кто-то идёт сбоку от идущих по основной тропинке, то он цепляется за все кочки, растения, камни и сильно тормозит движение двух несущих туловище. Поэтому желательно нести раненого вдвоём, но если грунт и местность позволяют, третий тоже может подставить плечо под поясницу и сильно облегчить усилие двух несущих раненого. Периодически носильщиков можно и нужно сменять. Если они начинают терять ритм движения, раненый начинает провисать между ними, тогда нужно остановиться, помочь поддержать раненого, чтобы его поправили и взялись достаточно высоко.

Основные ошибки.

1. Низко подняли туловище раненого. В идеале его голова должна быть на плече несущего его бойца.

2. Ноги раненого закинули на плечо несущего не бёдрами, а коленными впадинами или даже пятками. В этом случае раненый повисает между несущими, ему крайне неудобно, и тяжело тем, кто его несёт.

3. Третий номер (помогающий) недостаточно высоко поднял поясницу раненого, и тогда возникли проблемы из пунктов 1 и/или 2 – остальные не смогли взяться так, как им удобно.

2.3.1.2. Рюкзачком, из положения лёжа.

«Рюкзачок втрём» применяется, если раненый лежит и самостоятельно встать не может. В этом случае, собственно, всё равно несёт раненого только один человек, а двое лишь помогают взвалить его ему на спину. Чаще всего делается так. Лежит раненый на земле, пошевелиться не может. Тот, кто будет нести его на спине, ложится на бок спиной к нему, одну его руку закидывается себе на плечо, вторую – на второе плечо (фото 170–172). Двое помогающих становятся с боков от эвакуирующего, берутся за лежащего на земле, и когда эвакуирующий перекапывается на живот, подхватывают подмышки, взваливают раненого ему на спину (фото 173), стоя с двух сторон, а потом, придерживая, помогают встать эвакуирующему (фото 174). Причём возможны варианты: либо они поднимают раненого, которого переносит эвакуирующий, а сам эвакуирующий встаёт самостоятельно. Либо помогают встать самому эвакуирующему, поддерживая его за пояс и подмышки. Как будет удобней всем сторонам. Далее один несёт раненого, а другие могут нести снаряжение, экипировку раненого и так далее (фото 175–176).



Фото 170



Фото 171



Фото 172



Фото 173



Фото 174



Фото 175



Фото 176

2.3.2. С подручными приспособлениями.

Вынос раненого втроём на носилках либо на плащ-палатке осуществляется аналогично выносу вдвоём, но в этом случае третий несёт ноги раненого. Также он может тащить его оружие, рюкзак, броник, каску,

много чего. Поскольку на него нагрузка меньше, чем на двух других. Обращаю внимание, что во всех случаях несём головой вперёд, а не ногами. Исключения составляют те случаи, когда нам нужно нести раненого по крутому обрыву либо по лестнице. Тогда несём раненого вперёд ногами.

2.3.2.1. Стропой за разгрузку волоком.



Наиболее подробно этот приём отрабатываем на третий день, причём многократно. Однако хотя бы показать его курсантам в первый день целесообразно, тогда они будут более успешно выполнять его на третий день. Технически этот приём заключается в том, что эвакуирующий подползает к раненому, зацепляет его за эвакуационную петлю плитника, либо за лямки плитника, либо, если плитника или разгрузки нет, – продевает стропу под одну подмышку раненого (фото 177), потом поперёк груди его (фото 178),

потом под вторую подмышку (фото 179) и застёгивает карабин на конце стропы на эту же стропу (фото 180-182). При этом надо чуть стропу подтянуть и выровнять, чтобы нагрузка была распределена равномерно на обе подмышки. В этом случае, когда человека тащим, ему, естественно, менее комфортно: стропа сжимает грудь. Но в любом случае это лучше, чем оставить его под огнём.

После этого находящиеся в укрытии волоком вытаскивают на стропе раненого, а подползавший к нему боец отползает.

Рекомендуется учесть, что если мы проденем карабин в эвакуационную петлю плитника, то часто она отрывается, поэтому целесообразно, если человек в плитнике либо разгрузке, продеть карабин сквозь обе петли разгрузки, тогда распределяется нагрузка на гораздо большую площадь. Обычно разгрузка, а тем более бронежилет, это выдерживает.

В реальных условиях этот приём применяют не так часто, так как для его осуществления нужны и длинная стропа, и ровный грунт, причём скользкий. Иначе раненого утащить просто не получится. Но плюсом этого приёма является то, что эвакуацию раненого отрабатывает (или осуществляет) вся группа, а не только её медик. Это способствует и выработке слаженности действий группы, и её готовности успешно осуществлять эвакуацию в различных ситуациях.

2.3.2.2. На плащ-палатке.

Даже сейчас, когда плащ-палатки исключены из штатного оснащения личного состава, они являются весьма распространённым подручным средством. Раненый лежит на спине, рядом с ним расстилаем плащ-палатку квадратиком вдоль раненого. Перекапываем его на дальний от нас бок, просовываем под него плащ-палатку, перекапываем на противоположный бок, расправляем плащ-палатку (фото 183). Раненый оказывается лежащим вдоль плащ-палатки. Сев с двух концов от него, подворачиваем плащ-палатку под него. Как можно глубже сворачиваем валиком так, чтоб наши руки оказались просунутыми под раненого (фото 185–186). В этом случае, когда мы его поднимаем, у нас оптимальная нагрузка. Вообще каждый раз, когда берёмся за перенос раненого, нужно браться как можно ближе к центру тяжести его, тогда устаём меньше. Плащ-палатку в ногах раненого связываем узлом (фото 186). Причём связываем туто, потому что его ноги будут неизбежно волочиться по земле, чтобы он не выскальзывал из плащ-палатки. Поднимаем, стоя с двух сторон от него, разворачиваемся по ходу движения, аналогично тому, как делали при переносе за разгрузку либо плитник, и несём (фото 187-188). Третий несёт ноги (фото 189).

Если у вас имеется петля стропы, можно ее продеть сквозь плащ-палатку и взять на плечи стоящим с боков, тогда вы уставать будете меньше. Класть лучше на дальнее от раненого плечо.



Фото 183



Фото 184



Фото 185



Фото 186



Фото 187



Фото 188



Фото 189

2.3.2.3. На носилках «Фома-180».

В данном случае наши приёмы аналогичны переносу раненого на плащ-палатке. Отличие состоит в том, что носилки туго застёгиваем, чаще всего карабином, но можно и связать лямки на груди раненого, а не только в ногах. В этом случае он компактно зафиксирован (фото 190–207). Тащить его удобней. И точно так же, как в случае с переносом на плащ-палатке, просовываем обе руки под раненого максимально глубоко, чтобы, когда мы его будем поднимать, он как бы лежал своим весом у нас на кулаках (фото 208–211). В этом случае руки устают меньше, нести человека можно дальше.





Фото 206



Фото 207



Фото 208



Фото 209



Фото 210



Фото 211

2.3.2.4. На пластиковых носилках-волокушах.

Пластиковые носилки-волокуши имеют существенный потенциал эвакуации раненого на длительные расстояния по мало-мальски ровному грунту, особенно скользкому, даже силами одного человека, в том числе при необходимости осуществлять эвакуацию лёжа. Носилки из походного положения (свёрнутые в рулон) разворачиваются рядом с раненым (фото 212), тот перекачивается на носилки, пристёгивается к ним стропами с фастексом (фото 213), эвакуирующий впрягается в длинные эвакуационные лямки и начинает тащить раненого (фото 214).



Главными недостатками этого способа являются следующие:

1. Носилки достаточно громоздкие, объёмные и тяжёлые.

2. Стоимость этих носилок. Чисто для понимания: наши активисты, которые делают эти носилки вручную, изготавливают их по цене 1500 рублей, а некоторые отечественные предприятия, которые я упоминать не хочу, поставляют их по цене в 10 (!) раз выше! Наживаются на крови наших ребят, и никак не нажмутся! Всем народом срочно молимся о вразумлении их. Или о ниспослании руководству нашей страны Божьего вразумления, чтобы наконец всех их вразумили. Раз и навсегда.

3. Механическая прочность отечественных носилок, в отличие от импортных, очень низкая. Они протираются о грунт буквально до огромных дыр. К сожалению.

Исходя из пунктов 1 и 2, таких носилок на фронте очень мало.

2.3.2.5. Отработка эвакуации «рюкзачком» при помощи строп.

Чисто ознакомительно. Можно обвязать раненого различным образом стропами и нести на спине, как рюкзак. Простейший способ: связанную в кольцо петлю, общей длиной около трёх метров, проводим поперёк спины раненого, «уши» этой петли выводим раненому подмышки, и надеваем их себе на плечи, как лямки рюкзака, а раненого берём на спину. Однако весь наш опыт показывает, что такой способ эвакуации очень энергозатратен.

Сейчас людей мало, жизнь человека стоит дорого, потому гораздо целесообразнее выносить раненого на хорошей металлической раме от рюкзака.

2.3.2.6. Эвакуация раненого на спине при помощи рамы от рюкзака.

Одним из самых удобных способов выноса раненых на значительные расстояния является перенос раненого на металлической раме от хорошего рюкзака. Раненого сажают на неё лицом по ходу движения, лучше всего, если раму придерживают с двух сторон помогающие бойцы и она установлена на пне или дереве. Боец, который будет нести раненого, надевает лямки на плечи, затягивает пояс рамы с помощью двух других бойцов, встаёт на ноги – и несёт человека на спине.

Бойцы эвакуационных групп, обязательно приобретайте рамы от рюкзаков хорошего качества, бойцам линейных подразделений тоже не помешает иметь минимум один такой рюкзак по отделению. При необходимости рюкзак можно отстегнуть от рамы и на ней унести раненого.

Стоимость такой рамы, даже от очень хорошей фирмы «Татонка», даже без всяких скидок – 30 тысяч рублей. Для кого это дороже, чем жизнь товарища или собственная, на фронт пусть лучше не ходит, там ему лучше не бывать.

В довершение ещё раз всем напоминаем: на носилках раненого несём ногами вперёд, только если вы спускаетесь по лестнице или по крутому склону, иди двигаетесь в здании, где узкие коридоры и двери.

Существует миф, что нужно нести ногами вперёд для того, чтобы вот один человек следил за лицом того, кого несут, а второй не бил его прикладом автомата по лицу. У нас методички зачастую пишут люди, которые сами никогда не воплощают в жизнь свои советы. Отсюда все трудности. Поясняю. Вероятность удара автоматом, если он у тебя на коротком ремне на спине, исчезающе мала. Если он у тебя на длинном – а почему ты его не подтянул? Когда ты несёшь туловище, это более тяжёлая часть человека. Тянуть всегда получается эффективнее, чем толкать. Вот ты его взял, ты идёшь, у тебя уверенная поступь, ты его тащишь за собой, самую тяжёлую часть туловища ты не толкаешь перед собой, а тащишь за собой. Несущему ноги полегче, чем остальным, и он может идти и контролировать положение лица. Кстати, если использовать в плюс к носилкам стропу, то есть закрепить и закинуть на плечи, либо лямки накинуть на плечи, тогда раненый фактически как рюкзак висит на плече, а ты идёшь, несёшь за собой. И наоборот, если ты несёшь

ногами вперёд, накинул ты лямку на плечо, его туловище висит перед тобой, и ты каждый раз коленом его пинаешь в плечо, и весь его вес перед тобой. Как развить нормальную скорость? Вывод прост: ни в коем случае никогда нельзя никому и никого учить тому, чего делать он не умеет. Когда ты начинаешь сам всё это осуществлять, сам по себе понимаешь. Но пока ты сам не делал, тебе неочевидно абсолютно всё. В частности, вот по выносу. Кстати, широкую лямку, которая не будет резать плечо, для того чтобы можно было вес вообще себе на плечо повесить, очень нелишним будет иметь. Тогда продел лямку сквозь носилки, сквозь эти сетки, раненый лежит, ты его поднял, лямку себе на плечо повесил, одной рукой придерживаешь, идёшь, вторая рука свободна. Нагрузка идёт на плечевой пояс, а не на кисть. То есть можешь нести ещё дальше и будет гораздо удобнее.

Часть 5. Разбор допущенных ошибок. Выводы

Важнейшим моментом в правильном обучении является разбор допущенных обучаемыми ошибок и их устранение. Малейшие тонкости в выполнении того или иного упражнения могут либо сделать его высокоэффективным, либо совершенно невыполнимым. Особенно это актуально в отношении обучения будущих инструкторов, потому что они, в свою очередь, будут учить бойцов и командиров. Если их не научить правильно, то работа в их исполнении превратится в дальнейшее тиражирование ошибок.

Потому в ходе инструкторского курса ведущий занятия инструктор должен тщательно фиксировать все допущенные обучаемыми в ходе выполнения упражнений ошибки, как минимум – на бумаге, и выставляет оценки за каждое упражнение. Оценка оглашается выполняющему упражнение с обоснованием, почему именно так. Ещё лучше, если у него на курсе имеется помощник, который осуществляет видеофиксацию выполнения упражнений на телефон. Тогда в наиболее сложных случаях, когда человек выполняет упражнения максимально коряво, ему можно продемонстрировать видеозапись его действий сразу по окончании выполнения упражнения. Увидев себя со стороны, он лучше поймёт, что делал неправильно.

В конце первого и второго дня занятий обязательно нужно выделить время на разбор упражнений. Напомнить каждому курсанту основные ошибки, допущенные им в ходе текущего дня, обратить внимание на пути их устранения. Желательно раздать видеозапись упражнений с ошибками, чтобы

люди могли дома ещё раз просмотреть их. Нелишним является также похвалить удачные действия курсантов, вселить в них веру в готовность преодолеть имеющиеся затруднения.

При разборе ошибок обучаемых ведущий занятие инструктор должен обращать внимание не только на механические огрехи в выполнении тех или иных физических упражнений: неправильный захват, неумелый поворот и так далее.

Важными проблемами, требующими всемерного устранения, являются:

1. Неумение курсанта грамотно и последовательно объяснять порядок действий, тонкости выполнения упражнений и наиболее распространённые возможные ошибки при их выполнении. Фактически нужно уметь не только правильно выполнить упражнения, но и грамотно прокомментировать свои действия со всеми необходимыми дополнениями. Недопустимы не только неумение говорить, неспособность свои действия объяснить, но и многоречивость, не относящиеся к делу сторонние разглагольствования. Последним, к сожалению, особенно часто грешат люди, имеющие медицинское, тем более врачебное образование.

2. Отсутствие у курсанта «стратегического плана» ведения курса, понимания, почему упражнения подаются в данном, а не каком-то ином произвольном, порядке, и умения этот «стратегический план» и порядок донести до обучаемых. *«Стратегические просчёты невозможно компенсировать тактическими успехами»* (Карл фон Клаузевиц). Если в голове ведущего занятия инструктора нет чёткого понимания, зачем и почему производится отработка каждого упражнения, и как они связаны между собой, не только в ходе тренировочных занятий, но и в реальной работе на поле боя, занятие по тактической медицине превращается в хаотическую последовательность ничем не связанных физических упражнений.

3. Умение владеть собой. *«Никаким оружием нельзя владеть лучше, нежели вы владеете своим телом»*, говорят мастера боевых искусств. Для инструктора, ведущего занятие, его тело, ум и психика – самое главное оружие. Через себя он транслирует обучающимся настрой на битву за жизнь раненого и победу в этой битве. Твёрдая Вера в Бога, уверенность в себе, спокойствие и хладнокровие, взвешенный юмор, любовь к Родине, забота и доброжелательность к обучаемым, умение признать свои ошибки и несовершенство и упорная работа над их устранением – крайне важные качества настоящего инструктора. В ходе занятий нужно всемерно способствовать формированию и развитию их у обучаемых, тем более если речь идёт об инструкторском курсе.

Важно понимать самим и уметь донести до курсантов: не бывает идеальных людей, которые не делают ошибок. Смысл жизни в том, чтобы «встать столько раз, сколько упадёшь»: кропотливо выявлять все свои ошибки и упорно работать над устранением каждой. В этом смысле помощь окружающих, которые могут заметить наши ошибки и обратить на них внимание, – это не агрессия, а неоценимая поддержка. Сильный человек – это тот, кто умеет с юмором и благодарностью принять эту поддержку и использовать для своего дальнейшего роста. Во Славу Божию и для пользы Отечества.

ИНСТРУКТОРСКИЙ КУРС

Второй день

*Не золото, как провозглашает
всеобщее мнение, а хорошие солдаты
суть пружина войны, ибо за золото не
всегда найдёшь добрых солдат, а
хорошие солдаты всегда достанут
золото*

Никколо Макиавелли, Государь

Вводная часть. Разбор ошибок предыдущего дня, выводы, уточнения

Даже если накануне вечером удалось разобрать с обучаемыми допущенные в ходе упражнений ошибки, утро следующего дня лучше начинать с обобщённого разбора наиболее типичных и их исправления. Нет ничего лучше для качественного обучения, чем своевременно выявленная, разобранная и устранённая ошибка. Также необходим разбор вопросов, дополнений и замечаний, которые могли накопиться у курсантов за первый день обучения.

Если есть малейшая возможность, внутримышечные инъекции, прежде всего обезболивающих, на нашем основном базовом курсе в Москве мы стараемся проводить не во второй день курса, а в первый день, пусть даже поздно вечером. Дело в том, что на второй день остаётся очень много медицинских упражнений, группы обычно многочисленные, и есть риск, что не все курсанты успеют отработать качественно все упражнения из-за недостатка времени.

Также на структуру занятий влияет тот факт, что мы приложили все усилия к тому, чтобы изучение курса тактической медицины было максимально приближено, насколько это только возможно, к реальной боевой работе. В каком порядке помощь оказывается на поле боя и в какой зоне это происходит – в таком порядке и стремимся проводить отработку этой процедуры на курсах. В первый день практических навыков красная зона, приемы само- и взаимопомощи со жгутами и эвакуация. Второй день – жёлтая и зелёная зоны. Однако, во-первых, очень часто бывает, что при тяжёлых ранениях целесообразно потратить несколько секунд, произвести обезболивание раненого в красной зоне. Тогда он легче перенесёт все

последующие процедуры. Разумеется, только в тех случаях, если не будет слишком большой опасности подвергать здоровье раненого и жизни эвакуирующих его вследствие чрезмерного длительного нахождения в красной зоне. То есть колоть, обезболить в этом случае нужно очень быстро.

Понятие красной, жёлтой и зелёной зон сейчас очень сильно изменилось. Я об этом постоянно говорю, и не один я. А именно артиллерия, БПЛА, миномёты, другие средства поражения могут доставать весьма далеко. Сейчас даже пять километров – совсем не предел. Поэтому многие мероприятия, которые раньше считалось возможным делать только в зелёной зоне, приходится делать в жёлтой и даже в красной. Такого жёсткого разделения зон, как было ранее, когда в основном была стрелковка, противник был малочисленным, слабовооружённым, уже больше не наблюдается. И наконец, мы сталкиваемся с необходимостью очень большой объём знаний передать обучаемым за очень короткое время. Поэтому приходится учитывать каждую минуту времени. И не только времени, но и трудоспособности обучаемых, возможности их воспринять информацию. Потому что если информации слишком много, они её не запомнят. Исходя из всего вышеперечисленного, мы процедуру обезболивания стараемся успеть дать в первый день обучения, чаще всего ближе к вечеру.

На инструкторском же курсе ситуация иная. В первый день разбирается очень большое количество различных нюансов, связанных с эвакуацией пострадавших, а ещё больше – связанных с работой инструктора в начале занятия. Все детали построения учебного процесса, связанные с завоеванием доверия курсантов, приведения их «к нормальному бою» – выстраиванию единообразного, слаженного поведения обучаемых, подбору ритма и темпа занятия, который обеспечит максимальную эффективность восприятия информации именно этим коллективом. При этом тонкость состоит в том, что **в самих инструкторах в ходе этого курса нужно пробудить, причём в каждом из них, сильного, инициативного, уверенного в себе лидера, при этом лидера дружелюбного, положительно настроенного к курсантам (в идеале – любящего их),** и организовать обмен между собой опытом, своими знаниями, чтобы с курса они уезжали взаимно обогащёнными ими. Но этот обмен ни в коем случае не должен нарушать тренировочный цикл.

Главная ценность любого подразделения – инструкторы. Какие бы потери не понесло подразделение, инструкторы смогут обучить новых бойцов. Нет инструкторов – подразделение долго не проживёт.

Поэтому в ходе инструкторского курса чаще всего приходится переносить отработку внутримышечных инъекций обезболивающего (или других препаратов) на второй день.

Часть 1. Обезболивание (само- и взаимопомощь)

Первым решение проблемы бояр-изменников и воров нашёл Иоанн Васильевич Грозный. Кол-центр – и нет проблем! Именно потому при нём Россия увеличилась в объёме вдвое, построила десятки новых городов, создала первое регулярное войско и сборник законов, по которому потом жила несколько веков!

Один из наших курсантов

Для самого общего понимания, когда и что колоть, полезным может быть следующее простое объяснение. Человек способен испытывать физическую боль. При этом шкала, которая описывает интенсивность возможных вариантов испытываемой человеком боли, насчитывает 10 пунктов от 0 до 10. И каждый из этих пунктов описывает определённое состояние человека. Ну, если 0, это не больно, если 10 – это нестерпимая боль, которую невозможно терпеть. От 0 до 4 – это боль, которую можно терпеть без обезболивания. От 5 до 7 – это боль, которую можно купировать с помощью периферических анальгетиков. То есть это кетанол, кетарол, найс и все такое прочее. И от 8 до 10 – это сильная, нестерпимая боль. Значит, для купирования этих состояний требуются анальгетики центрального действия, которые делятся на три группы, подразумевающие наркотическое обезболивание.

Далеко не всегда у личного состава имеются обезболивающие препараты в шприц-тюбиках. Кроме того, далеко не всегда препараты отвечают нашим ожиданиям. В частности, я хотел бы упомянуть не раз мною отмеченный факт, что промедол, во всяком случае во время нашего выполнения задач в ходе участия в СВО, чаще всего никакого должного эффекта не оказывал. Буквально был как вода. Один шприц-тюбик промедола, второй, а бойцу не легчает.

Сначала я испытывал подозрения, что я что-то делаю не так. Однако первая же конференция онлайн, которую я провёл с коллегами по вопросам обмена боевым опытом на второй месяц пребывания на СВО, подтвердила, что они испытывают аналогичные затруднения. В итоге, как оказалось, это и

была вода. Когда мы привезли шприц-тюбик для экспертизы, было установлено, что там находится дистиллированная вода, а не лекарство. Я не берусь человеческими словами проклясть ту тварь, которая это сделала. Точнее, тех тварей, ведь явно это был не один, а «группа лиц по предварительному сговору». Кто-то украл лекарственный препарат, куда-то продал налево, кто-то обеспечил прохождение этим препаратом контроля и так далее, и кто-то сделал, чтобы это осталось невыявленным при всех следующих этапах контроля. И все вместе виновны в том, что вода вместо лекарства попала к воинам, защищающим Отечество. Я хотел бы сказать, что будем надеяться, что Божьей милостью страшное, ужасное наказание понесут не только все эти твари, но и всё их потомство до седьмого колена. Я думаю, не меньшее наказание должны понести те, кто в результате, когда было выяснено всё, вёл следствие, выносил приговор, и не только не были все виновные казнены, как следовало бы сделать, но даже не понесли серьёзного наказания. Кого-то, по-моему, сняли с работы. Вдумайтесь! За такое вредительство в масштабах страны – только «сняли с работы».

Я хочу сказать, что в этом эпизоде, как маленькая капля, отражается весь масштаб духовного падения сейчас нашего народа. Отступление его от Божьих заповедей и, как следствие, плачевные и позорные результаты боевых действий, которые мы наблюдаем. Потому что, не наказывая виновных, мы обрекаем на смерть невиноватых. Это старое, железное правило. Ни в коем случае нельзя не наказывать негодяев, потому что тогда будут страдать люди невинные. Это древнее известное правило. Не наказывая негодяев, лица начальствующие согрешают перед Богом.

Сейчас появилась ещё одна проблема. По имеющимся у меня данным с фронта, промедол, который сейчас поставляют, обезболивает, но обладает выраженным психотропным действием. То есть после его введения боец мечется, буйствует, он неадекватен, а в руках у него оружие, средства взрыва и т.д. Он демаскирует наши позиции для противника, мешает нам оказывать ему помощь. Так что я даже не знаю, что хуже: отсутствие обезболивания или неадекватность бойца после введения. Самое жестокое наказание изготовитель должен понести и за то, и за другое.

Ещё один распространённый вопрос: как правильно говорить? Болевой шок или травматический шок? Травматический шок будет более корректным термином. Если вы хотите умничать, можно сказать «болевого синдром». Синдром существует, но в целом всем, кто говорит, что болевого шока нет, я бы советовал прострелить колено, потом спросить: ну что, есть болевой шок или нет? Будем колоть обезбол или не надо?

Почему я так агрессивно реагирую на этот раздуваемый блогерами вопрос – есть или нет болевой шок? Потому что подходят ко мне сотрудники, в том числе именитейших спецподразделений, и говорят: «Юрич, я вот посмотрел блогера он сказал, что болевого шока нет. Так что, при ранении обезбол колоть не надо?»

Сейчас такая фигня, что враги народа притворяются идиотами, чтобы статья была мягче, если что. А идиоты косят под фешенебельных врагов народа. Кто из них кто, на самом деле не имеет значения, потому что вреда и от тех, и от других поровну. Это, в частности, про тех блогеров, кто эту тему про болевой шок муссирует. Вы видите, что она муссируется неуклонно, она постоянно поднимается, вроде как других тем нет. Поэтому видно масштабное качественное воздействие со стороны противника, осуществляемое руками недоброкачественной части нашей медиатусовки. С какой целью самые различные блогеры с миллионными аудиториями, которые бесплатно и слова не скажут, вдруг наперегонки кинулись бороться за «чистоту терминов» и за само понятие «болевого шока нет»? Они не имеют никакого медицинского образования, неспособны отличить гипертонию от гипертермии, не вынесли ни одного раненого с поля боя, а часто и вообще ни в одном бою не участвовали. Но вместо этого они качают тему «болевого шока нет», намекая на то, что и обезболивать раненых не надо. И обезболы, значит, вроде как не нужны... Если бы у нас в стране был сейчас Иоанн Васильевич, он бы подвесил каждого на дыбу и спросил: «А кто и сколько тебе, сучонку, отвалил иудинных денег, чтоб ты отвлекал внимание от того факта, что у нас вражеские шпионы армию без обезболов оставили?!» Вот бы мы тогда много интересного узнали про связи ведущих отечественных блогеров с разведками иноземными... Но увы, Ивана Грозного и Иосифа Сталина народ ещё должен себе вымолить у Господа. А без них – увы, вот так, как сейчас.

Отработка обезболивания у нас обычно разделена на два раздела. Обезболивание с помощью специальных шприц-тюбиков и, на тот случай, если шприц-тюбиков нет, – с помощью шприца и ампулы.

1. Штатный шприц-тюбик.

Шприц-тюбики чаще всего содержат в себе специальный препарат из семейства опиатов – промедол. Однако могут быть и шприц-тюбики с нефопамом – ненаркотическим обезболивающим. Отличие между ними видно невооружённым глазом. В шприц-тюбике с промедолом 1 мл объёма, в

шприц-тюбике с нефопамом 2 мл. Состоит шприц-тюбик из пластиковой ампулы с обезболивающим препаратом и наклеенным на неё описанием, что это за препарат и каковы условные сроки его хранения. На кончике капсулы имеется резьба, такая же имеется на канюле шприца. В этой же канюле имеется внутри полая медицинская игла для введения препарата при производстве укола. На иголку шприца надет пластиковый наконечник. Обычно перед производством укола необходимо пальцами одной руки сжать канюлю с иглой, другой рукой сжать ампулку с лекарством и поворотом по резьбе несколько раз обеспечить накручивание ампулки на канюлю. Часть иглы в канюле выступает внутрь просвета канюли. Она пробьёт в этом случае пластиковый торец ампулы, и лекарство начнёт поступать из ампулы в просвет иглы и потом в тело раненого.

Если этих накручивающих движений не произвести, то ампула герметично закрыта и лекарство из неё никуда не пойдёт. Учитывайте, пожалуйста, этот фактор. Потому что, как сказали нам товарищи из одного очередного специального подразделения: «О, а мы не знали. Несколько ампул раздавили, решили, что они не работают». Лучше накрутить несколько раз туда и обратно. То есть накрутил, резко одним движением обратно, потом ещё раз накрутил. Почему? Пластик бывает разным по прочности. Иногда бывает, что с одного накручивания кончик иголки не пробил ампулку, а вот потом, когда вы уже воткнули в тело человека иглу, начали давить, лекарство не пошло. Что делать? Вытаскивать из раненого, потому что прокручивать уже в нём неудобно будет, потом опять колоть? Поэтому лучше заранее несколько раз провернуть, а потом ввести иголку в тело пострадавшего.

Иголку нужно вводить резким движением. Шприц-тюбик при этом держим за канюлю. Брать за ампулу не рекомендуется, можно выдавить лекарство преждевременно, раньше, чем воткнём иголку в тело пострадавшего (фото 215).

Далее. Рекомендованные места для введения обезболивания – либо передняя поверхность бедра, верхняя его треть, либо мышца плеча, так называемая «эполет». По первому взгляду кажется, что вводить обезбол в ногу раненого гораздо удобнее, чем в мышцу плеча. Действительно, там большой массив мышц, мимо него не промахнёшься. Никаких важных сосудов и нервов, о чём мы потом скажем чуть дальше. Практически никакого снаряжения. Всего-навсего брюки, даже зимой. То есть вроде бы колоть туда удобнее. Единственная, напомним, тонкость, что по внутренней поверхности бедра проходит бедренная артерия, одна из самых крупных в человеческом теле. Поэтому, когда производим укол, ориентироваться нужно на мысок ботинка. Ну, или на большой палец стопы. Вдоль ноги от него

мысленно провести линию вверх. Вот по ней и будет видно, где нужно произвести укол.

Если человек находится в бессознательном состоянии, он лежит на спине, ноги его, как правило, раскинуты, ступни наружной стороной прижаты к грунту. В этом случае вверх обращена именно внутренняя поверхность бедра. Поэтому если не быть внимательным и не сместиться умышленно кнаружи, то запросто можно в эту бедренную артерию попасть иглой, что крайне нежелательно.

Так вот, невзирая на все кажущиеся выгоды от укола в бедро почему-то в условиях боя все предпочитают колоть в плечевую мышцу. Я затрудняюсь сказать, с чем это может быть связано. Возможно, с тем, что человек, когда ранен, чаще не лежит, а сидит. Подбегаешь к нему, пока бежишь – готовишь обезбол. Вколол прямо с ходу, не надо ни на колено становиться, ни как-то ещё тормозить. А может быть, это связано с тем, что плечо находится ближе к голове и быстрее действует. Хотя сие наукой не совсем доказано. Словом, я не знаю, почему, но все предпочитают колоть в плечевую мышцу, и я тоже. В этом случае, как, впрочем, в случае укола в бедро, желательно рукой взяться за мышцу, перед тем как произвести в неё укол, сжать и убедиться, что держишь в пальцах именно человеческое тело. Нередко бывает, что в кармане лежит какой-нибудь посторонний предмет, укол в который сломает иглоку шприца, но человека совсем не обезболит.

Добавим также касательно не только плеча, а любого места в одежде, где проходят швы, двойные карманы, какие-либо нашивки и тому подобное. Если произвести укол там, у вас, скорее всего, иглолка зайдёт, а укол не получится. Я понимаю, что когда вы на поле боя, у вас глаза будут по блюдцу, однако старайтесь находить те места, где ничего перечисленного нет. На плече плюс к этому добавляются лямки плитника, могут быть ещё наплечники, то есть там ещё всё хитрее.

Итак, когда колете в плечо, какие тонкости? Здесь достаточно близко находится сустав, кости, и если ошибёшься, то иглолку сломаешь либо зажёшь, либо вколешь в полость сустава. Словом, если колете в плечо, будьте чётко уверены, что вы в мышцу работаете, соответственно пальчика на три ниже самого верха плеча, и не лишним будет взяться рукой, как выше сказано.

Бывают очень прочные виды ткани. Например, старая советская горка. Вот это была нормальная ткань, а не это убожище, которое сейчас продают под её видом. Там сама ткань такая прочная и плотная, что иглолка её не протыкает. Такой случай я помню, ещё и боец в сознании орёт, что не даст резать такую хорошую ткань. Значит, иглолку берёшь у самого кончика и

вращательным движением кончиком аккуратно просверливаешь ткань, а потом уже докалываешь иглу на всю глубину. Разумеется, микробы попали, типа некрасиво, но сколько микробов уже прилетело с осколком или пулей – так что это не критично. У вас такие случаи тоже могут встречаться, потому что сейчас шьют одежду разную, ткани бывают разные, запросто может быть такое, что ткань действительно прочная и плохо протыкается при вкалывании обезбола.

Также необходимо учесть следующее. Многие люди имеют малый навык производства уколов, а в бою на это накладывается стресс. И бывает такое, что умудряются промахнуться даже в крупную мышцу. Вот когда ты двумя пальцами берёшься, ты поневоле увеличиваешь точность прицеливания.

Потому что уколоть иглой себя в палец никто не хочет. Итак, после того как мы накрутили канюлю шприца на ампулу, мы берёмся пальцами за канюлю (фото 215), резким движением втыкаем иголку шприц-тюбика до конца в мышцу, куда производим инъекцию (фото 216), выжимаем содержимое шприц-тюбика тремя пальцами (большим, указательным и безымянным) (фото 217). Выжимать нужно именно тремя, потому что, как правило, если вы выжимаете двумя, часть обезболивающего препарата остаётся внутри ампулки, и, естественно, действие оказывается не таким эффективным, как нам нужно. После этого мы сначала выдёргиваем иголку из тела раненого, которому произвели укол,



а только потом разжимаем пальцы на ампулке с обезболивающим (фото 218). Если разжать раньше, то значительная часть обезбола будет втянута шприц-тюбиком обратно из тела раненого и надлежащего эффекта обезболивания, опять же, не будет.

Вкалываем на всю иглу, не придумывайте глупостей – на половину иглы, на четверть, подкожно. Потому что тогда в реале у вас получится так. Чуть-чуть воткнул иголку, пациент с перепугу начал орать, он с перепугу начинает его этой иголкой ковырять, пациент орёт ещё больше, какой-то сплошной хаос. Чик – и вколол, не усложняйте. Всегда постоянно



подчёркиваю: когда вы будете там, у вас от обычных ваших мозгов с перепугу останется 20%, и это нормально. Вот примерно так. Претерпеваемый там стресс, физические нагрузки, недоедание – всё вместе. Поэтому всё, что вы будете делать, а тем более чем вы будете учить людей, должно быть рассчитано на 20% мозга обычного человека. Не на 100, не на 150 ни в коем случае. Поэтому сами думайте, нужны ли любые осложнения, типа вколоть иголку на треть. Треть – это сколько? Колем на всю длину иглы.

Один из моих учителей, Евгений, говорит: всё, что вы отрабатываете, должно быть настолько просто, что, будучи ночью замёрзший, голодный, обморочный, ты можешь это уверенно сделать. Всё, что не отвечает этому критерию, выбрасывайте, оно никуда не годится.

Часто задают вопросы по дальнейшей судьбе шприц-тюбика. Старые учебники рекомендуют прикалывать шприц-тюбик к воротнику формы, чтобы при дальнейшем оказании помощи раненому было видно, что ему кололи обезбол и чтобы не сделали передозировку, не вкололи его повторно. В этом случае, если вы так сделаете, иголку нужно загнуть, потому что иначе шприц-тюбик выпадет из воротника, держаться там не будет. Но сколько участвую, этого обычно не делают. Вообще гораздо лучше в листике из блокнота написать те процедуры, которые мы сделали раненому. И листик подколоть булавкой на одежду, на нагрудный карман лучше всего. Тогда на следующих этапах оказания медицинской помощи будет видно, какие именно манипуляции и когда были сделаны раненому ранее.

В довершение несколько слов об особенностях эксплуатации и применения шприц-тюбиков. Прежде всего, хотя шприц-тюбик и является механически более прочным, чем стеклянная ампула, однако быть более прочным не означает достаточно прочным. Я хорошо помню многочисленные случаи, когда шприц-тюбик в карманах формы, в снаряжении бойцов просто раздавился и лекарство пропало без всякой пользы. Также необходимо учитывать тот фактор, что, хотя иголка изначально и накручена на шприц-

тубик вместе с канюлей, она чуть накручена, так, чтобы быть вместе, однако при длительном ношении внутри снаряжения, тем более в карманах формы, канюля самопроизвольно скручивается со шприц-тубика, и при применении боец лезет в карман, а находит не весь шприц-тубик, а либо иголку, либо ампулку с лекарством. И вынужден в спешке, в суете, под огнём противника искать вторую часть шприца, потерявшуюся в глубинах кармана (а иногда и совсем потерявшуюся), что часто сказывается самым негативным образом. Отсюда следует вывод, что желательно защитить шприц-тубик от нежелательных механических воздействий.

Способы для этого применяют самые разные. Простейший – это берётся пустой шприц 5-10 мл, в него кладётся 1-2 шприц-тубика (фото 219), горловина шприца заматывается изолентой или иным способом герметизируется (фото 220), и шприц кладётся в карман формы либо снаряжения. В таком виде шприц-тубику мало что грозит.



Второй способ, который применяю лично я. Берётся израильско-китайский пакет перевязочный индивидуальный (бандаж 4"), который всё равно всегда находится в кармане формы, например, или в аптечке. Обычно вследствие вакуумного сжатия он плоский, но на одной из его поверхностей имеется продольная впадина. Вот в неё укладываем шприц-тубик и резинкой для денег приматываем к перевязочному пакету индивидуальному. Польза от этого получается двойная. Во-первых, шприц-тубик защищён от механических повреждений, а во-вторых, нам легче его найти. Потому что маленький шприц-тубик может затеряться в кармане формы, снаряжения, а перевязочный пакет крупный, он не затеряется.



Есть и другие способы защиты шприц-тубиков. Например, сейчас некоторые энтузиасты стали делать из пластика специальные контейнеры на 3D принтерах для вкладывания одного либо нескольких шприц-тубиков. Разных цветов, смысл их один: защитить шприц. Важный момент. Перед тем как будете вставлять свой шприц-тубик с нефопамом в контейнер, снимите

крышечку с иглолочки, чтобы убедиться, что она снимается без проблем. Бывают некоторые бракованные партии, когда крышечка запаена слишком сильно, и когда вы её вставили в нефопамницу, вы прокручиваете, пытаетесь выдернуть, а запаенная крышечка к иглолке не позволяет вам вытащить иглолку. И вы вырываете только один тюбик без иглолочки. Этот косяк есть, к сожалению, его обнаружили волонтеры, когда паковали нефопамницы. Просто проверьте, чтобы хорошо сходила крышечка.

Всевозможные колбы, преформы от бутылочек, колбочки от зубных имплантов. Их выкидывают в стоматологии, вы просто приходите и говорите: «Дайте нам, пожалуйста». Чаще всего шприц-тюбики туда влезают очень хорошо. Баночки от витаминов шипучих. Можно заколхозить всё что угодно, было бы желание. Ваша задача – сохранить ваш препарат в целости.

Вопросы обезболивания раненого почему актуальны? Здесь вопрос не только гуманизма, чтобы раненому было легче. Есть и второй важный момент: если вы раненого не обезболили, он не даёт адекватно обрабатывать раны, орёт, отбивается, то есть мешает вам работать. Вот это вторая дополнительная проблема. Поэтому у нас три составляющие в данной теме.

В ходе этого подробного рассказа и показа мы обычно пускаем по рукам один или несколько шприц-тюбиков, и курсанты имеют возможность руками проделать всё необходимое для понимания процесса вслед за вашим рассказом: накрутить, выдавить лекарство и так далее.

2. Шприц с ампулой.

В случае, если нам придётся прибегнуть к применению препаратов в ампулах, алгоритм действий весьма понятен. Достаём шприц, достаём ампулу с обезболом. Довольно часто, если люди сталкиваются с необходимостью ломать стеклянные ампулы руками, они боятся порезаться о стекло, и либо не могут сломать ампулу, либо от неправильного сокращения мышц пальцев крошат её в пальцах. Так вот. Лучшим способом от этого является снять обёртку от шприца, кончик ампулы обернуть ею и резким движением сломать. Обычно в этом случае ты не опасешься порезать себе пальцы. Они защищены обёрткой шприца, и это даёт возможность нормально набрать обезбол в корпус шприца для последующего производства укола. В боевых перчатках обычно произвести эту процедуру затруднительно, потому что они слишком грубые. А ампула – нежная и мелкая.

Чаще всего вместе с обезболивающим препаратом в шприц набирается больший или меньший объём воздуха. Это распространённая ситуация, тут

ничего особенного нет. Некоторые думают, что всенепременно нужно этот воздух выдавить. Поднять его вверх и красиво выдавить, как в кино. Чаще всего в условиях боевых действий, когда от стресса тонкая моторика пальцев нарушена, это приводит к тому, что вместе с воздухом выдавливается и некоторая доза обезболивающего препарата. Поэтому я хотел бы всем напомнить, что внутримышечное введение пары миллилитров воздуха никакого вреда организму не принесёт. Совершенно не стоит заморачиваться. Если же вы в спешке уже вкололи шприц в тело, начали выдавливать лекарственный препарат, увидели, что вместе с ним есть воздух, то вы просто выдавливаете до тех пор, пока из шприца лекарственный препарат не выйдет и останется один воздух. После этого выдёргиваете шприц из тела – и всё.

Уколы производим в те же части тела, что и для шприц-тюбиков, но дополнительно могу сказать, что если мы находимся где-то в тылу и можем раздеть раненого, можно колоть в верхний наружный квадрат ягодичы аналогично тому, как это делают в больницах. На поле боя обычно царит большая спешка, а снимать с человека штаны означает ещё снимать боевой пояс, а боевой пояс нередко с подтяжками, то есть нужно снимать плитник, разгрузку. Само собой, нужно снимать форму. Словом, настолько всё это проблематично, что колоть сквозь одежду часто намного практичнее.

После рассказа и всех этих пояснений следует отработка упражнений.

Личному составу раздаём ампулы со шприцами. Назначить по одному бойцу не менее чем на одну восьмерку, который будет играть роль раненого, в карман бойца вкладывается распечатанный израильский пакет перевязочный индивидуальный, он лучше всего подходит для уколов. Перевязочный пакет индивидуальный советского старого образца использовать нецелесообразно, потому что он слишком твёрдый и иголка в него входит плохо. Бойцы размещают этот перевязочный пакет у себя в кармане формы на передней поверхности бедра, в верхней трети его, садятся на землю, изображая раненых, а остальные должны подходить и быстренько колоть обезбол. Для ускорения процесса можно даже два перевязочных пакета вложить – в левый и в правый карман. Одна четвёрка с одной стороны подходит, другая с другой. Как это, может быть, ни покажется странным, для некоторых просто вколоть иголку в тело человека – уже серьёзный стресс, с которым они никогда раньше не сталкивались. Вот таким образом происходит отработка обезболивания.

Инструкторам, проводящим обучение, я рекомендую научиться много шутить. Во время смеха у присутствующих выделяются эндорфины (гормоны счастья), а информация, получаемая с позитивными эмоциями, усваивается

лучше и быстрее. Почему умные женщины в присутствии мужчины всё время смеются? Потому что ещё ни одному мужчине, не утратившему потенции, голая и смеющаяся женщина не показалась глупой. Когда человек смеётся, ты от него агрессии не ждёшь и спокойнее воспринимаешь информацию. Ты к этому человеку хорошо настроен. Поэтому устаёте вы меньше, и меньше устаёт аудитория, а следовательно, учатся люди лучше.

Разумеется, не всегда это работает – бывают исключения. Однажды я вёл занятия для одного спецназа. Я диктую, они конспектируют, все очень серьёзные (ни одна мышца на лице не дрогнет). Я пошутил, они, не меняя лица, законспектировали шутку. На меня это произвело такое впечатление, что до конца лекции я больше не шутил. Но, как правило, юмор – это хорошо, важно, чтобы он не переходил в утрату дисциплины, в утрату чувства дистанции. Вы должны оставаться лидером. Юмор не должен мешать самой структуре занятий.

Важным моментом является то, что обучать людей, которые тебя видят первый раз, неизмеримо легче, чем людей, с которыми ты постоянно общаешься. В Святом Писании сказано, что Христос не смог совершить чудес в городе, откуда был родом, потому что все сказали: «Что за премудрость дана Ему, и как такие чудеса совершаются руками Его? Не плотник ли Он, сын Марии»¹¹, – поэтому ничего не удалось. Если вы будете инструктором у себя в подразделении, то работать будет труднее, чем если бы вы пришли к незнакомым людям и провели для них занятия.

Часть 2. Наложение повязок, стоя на колене

1. На конечности.

Целесообразней всего начинать раздел наложения повязок (десмургии) с самого простого: с наложения повязок на конечности. Эффективнее всего для этого назначить одного человека, на котором демонстрируется упражнение. Он ложится, инструктор, который ведёт курс, берёт максимум имеющихся в распоряжении перевязочных средств и сразу показывает и различные перевязочные средства, и способы их наложения на конечность. Так сильно экономится время. Наиболее распространённые, которые обязательно нужно показать, – это перевязочный пакет советский старого образца и перевязочный пакет индивидуальный (бандаж) израильско-китайского типа. То есть разработанный израильянами, а сейчас массово выпускаемый китайцами.

¹¹ Евангелие от Марка, глава 6, стихи 2-3.

1.1. ППИ старого образца.

При наложении старого советского перевязочного пакета объясняем, что у него имеется прорезиненная оболочка, герметичная, которая надрезана с двух концов, чтобы удобнее было его надорвать. После этого берём там, где она надрезана, разрываем оболочку и вскрываем перевязочный пакет, оболочку прячем в снаряжение и поясняем, что никакие предметы, которые образуются при оказании медицинской помощи, разбрасывать на поле боя нельзя. Всё нужно собирать, прятать, потому что они могут демаскировать как нашу группу, так и сигнализировать о том, что у нас есть раненый, что увеличит нездоровую активность противника против нас.

После этого извлекаем перевязочный пакет из прорезиненной оболочки. Он завернут в провощённую бумагу. Её с пакета снимаем, сворачиваем и также прячем в карман одежды либо снаряжения. Разворачиваем перевязочный пакет. Показываем курсантам. Он состоит из двух ватно-марлевых подушечек, пришитых к нему и, собственно, бинта, который их скрепляет. Одна подушка прикреплена неподвижно, вторая прикреплена колечком и может скользить вдоль бинта. Это делается для того, чтобы мы



Фото 221



Фото 222



Фото 223

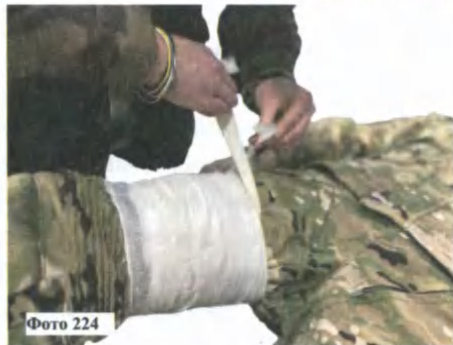


Фото 224

могли передвинуть вторую подушку и поместить её напротив выходного отверстия раны. Собственно, две подушки для того и есть, чтобы одну помещать на входное отверстие при ранении, а вторую – на выходное (фото 221). Объясняем курсантам, что, если рана одна, обе подушки кладём на неё и приматываем бинтом. Если имеется выходное отверстие при сквозном ранении, то одну подушку кладём на входное отверстие ранения, а вторую на выходное и приматываем марлевым бинтиком. При этом обращаем внимание, что примотать нужно туго, чтобы подушки не соскальзывали с места ранения, но без излишнего фанатизма, и нужно так наложить марлевый бинт, чтобы подушки были примотаны по всей своей поверхности, чтоб нигде их углы (марля) не торчали из-под бинта (фото 222–223).

После этого остаток бинта можно уже отрывать, а его кончики, оставшийся хвост бинта, удобнее всего привязать к хвостику, который крепится к подушке с другой стороны (фото 224). То есть, когда мы накладываем подушки на рану, вот этот хвостик откладывается отдельно, вдоль конечности, и он служит для закрепления бинта. Необязательно весь бинт выматывать. В этом нет особой необходимости.

1.2. Израильский 4” (6”) бандаж.

После этого мы обычно показываем наложение перевязочного пакета китайско-израильского образца, так называемого 4” бандажа. Это наиболее распространённое сейчас перевязочное средство. Уже даже по цене приблизился вплотную к перевязочному пакету старого советского образца и обладает тем несомненным достоинством, что его удобно накладывать на неровные части тела, например, округлые: на голову, на плечевой сустав. Также его удобно накладывать на грудь, которая дышит и которую перебинтовать марлевым бинтом целая проблема. Туго затянешь – человек задыхается, слабо затянешь – сползает. Наконец, за счёт эластических свойств он хорошо стягивает ткани в месте ранения и за счёт этого гораздо лучше обеспечивает остановку кровотечения.

Лично я в своей боевой работе в медицинский рюкзак кладу 1/3 перевязочных пакетов советского образца и 2/3 бандажей. Примерно такую пропорцию могу рекомендовать и всем остальным. Далеко не все из них имеют две подушечки, лучше брать с двумя подушечками либо модели с одной подушечкой, которую легко можно разделить на две.

При наложении израильско-китайского бандажа обычно мы накладываем подушечку на входное отверстие ранения (фото 225). Один оборот, с умеренным натяжением его, кладём ниже пластиковых рогов (фото

226), второй выше (фото 227), а вот третий продеваем прямо сквозь рожки (фото 228) и эти рога кладём в проекцию раны (фото 229), на подушечку перевязочного пакета, а потом протянутым сквозь них бинтом, пущенным в противоход, то есть в направлении, обратном первоначальному, притягиваем рожки, фиксируем и следующий тур накладываем поверх них (фото 230). Рога эти оказывают давление именно в проекцию раны и за счёт этого обеспечивают лучшую остановку кровотечения.



На конце бандажа имеется пластиковая скоба с зубцами. Когда бинт заканчивается, этими зубцами фиксируем его за предыдущие витки бинта.

Сразу хотел бы отметить, если курсанты начинают расспросы на тему гемостатиков, давящих повязок и так далее, нужно вежливо и дипломатично, но твёрдо их пресечь. Сказать, что гемостатики и давящие повязки мы разберём отдельно далее, а сейчас начинаем разбирать обычные повязки. Потому что если у людей сложено всё в одну кучу, куча эта будет называться винегрет. Нормального усвоения, выполнения процедур это не даст.

После этого нужно использовать все остальные виды перевязочных пакетов, какие у вас есть. Чем больше разнообразия, тем лучше. Показать их достоинства, недостатки, особенности применения. Но эти два рассмотренных нужно показать обязательно.

Обычно на руку, на ногу показываем, и после этого курсанты отрабатывают наложение повязок. Целесообразнее всего на одного «раненого» назначать не менее трёх оказывающих помощь, как раз в пределах четвёрки. Одного они кладут как раненого, трое становятся вокруг него на колени и отрабатывают наложение повязок на руки / на ноги, при этом чередуют применение старого советского перевязочного пакета у кого-то из них и бандажей у остальных. Это позволяет существенно сэкономить время и быстро отработать наложение разнообразных видов повязок. Обычно экзотических бинтов каких-то может не хватать, поэтому важно, чтобы отработали хотя бы наложение старых советских перевязочных пакетов и бандажей китайско-израильского формата.

1.3. Демонстрация редких перевязочных средств.



Рисунок 31 –сверху вниз - Израильская компрессионная повязка (ИПП) 4" ТЗ, Компрессионный бандаж RHINO Rescue 4", Пакет перевязочный индивидуальный ППИЭ 10-1 от фирмы «Аполло» (в двух вариантах)

Обычно демонстрируется перевязочный пакет «сердюковского» типа (как образец того, что применять не стоит), перевязочные пакеты фирмы «Аполло», различные виды бандажей – для общего развития обучаемых и понимания принципов, как применить эти изделия, если вдруг они попадут им под руку и возникнет такая необходимость.

2. На голову.

Наложение повязки на голову отрабатывается вслед за перевязкой конечностей. Сначала отрабатываем при положении пострадавшего сидя. Пострадавший сидит на земле, оказывающий помощь стоит за ним сзади на коленях, чтобы уменьшить свой силуэт, а пострадавший опирается спиной на грудь оказывающему ему помощь. В этом положении повязку мотать и удобно, и быстро, и не так высок силуэт того, кто оказывает помощь.

2.1. Израильский 4'' (6'') бандаж.

Мы показываем два вида повязок. Если ранение произошло в любой отдел головы, кроме самой верхней части свода черепа, то в этом случае накладываем подушечку перевязочного пакета на место ранения, делаем оборот вокруг головы в горизонтальной плоскости, продеваем бинт сквозь рога, их придавливаем к ране и пускаем бинт в противоположную сторону, умеренно натягивая его, а потом в конце крепим фиксаторной скобкой с зубцами.

Обращаю внимание, что в случае, если пуля либо осколок сильно раздробили голову и отломки костей лежат на мозговом веществе, то накладывать давящую повязку ни в коем случае нельзя (вдавим кости в мозг). Поэтому нужно аккуратно ощупать кости черепа перед наложением повязки, убедиться, что они лежат твердо и не «плывут», после этого можно наложить давящую повязку. В противном случае придётся не продевать повязку сквозь фиксаторные рожки. Однако таких ранений наблюдал достаточно мало. В большинстве случаев кости черепа оказываются целыми.

2.1.1. Наложение повязки при ранениях в боковые части черепа (горизонтальная повязка).

Подушка перевязочного пакета накладывается на место ранения, повязка проводится в горизонтальной плоскости, с первого же тура продевается сквозь рога бандажа и направляется в противоход, в обратную сторону. Каждый тур бинта нужно проводить так, чтобы он ложился под затылочный бугор, и при этом совершать продольный перекрут бинта. Тогда он будет цепко держаться и не будет соскальзывать, что для нас очень важно. Далее бандаж фиксируется пластиковой скобой, как обычно.

2.1.2. Наложение повязки при ранениях в теменную часть черепа

(вертикальная).

При ранениях в теменную (верхнюю) часть свода черепа накладываем на рану подушечку перевязочного пакета, ведём бинт сверху вниз вдоль височной области пострадавшего (фото 231), подводим под подбородок. Когда подходим под подбородок, делаем перекрут бинта и заводим его за углы челюстей так, чтобы перекрут лежал за углами челюстей, но ни в коем случае не на шее пострадавшего. Потом ведём повязку вверх, точно так же с первого раза продеваем бинт сквозь рога, которые кладём на рану (фото 232), прижимаем рога рукой и пускаем бинт в обратную сторону, в противофазу (фото 233). Следующие туры ложатся поверх него. Фиксируем бинт скобкой (фото 234).



Фото 231



Фото 232



Фото 233



Фото 234

2.1.3. Комбинированная повязка на голову

Обычно на базовом курсе мы эту повязку не показываем. Однако, как мы уже не раз говорили, инструктор должен знать больше, чем обычно рассказывает обучаемым. Достоинством этой повязки является то, что она более цепко сидит на голове и обычно не соскальзывает. Недостатком – что технически её сделать сложнее.

Представляет она собой некий гибрид двух вышеописанных повязок. Накладывается при ранениях в боковой части черепа. Начало аналогично горизонтальной повязке, но бинт пропускается не через середину рогов, а через их нижний угол, потом направляется под подбородок, проводится под углами нижней челюсти, потом проводится через макушку, а далее цепляется за второй, верхний угол рогов и накладывается как обычная вертикальная.

2.2. ППИ старого образца (бинт) – «шапочка», «чепец».

Несмотря на то, что повязку на голову наложить с помощью израильского бандажа 4” интуитивно намного проще и быстрее, курсанты обязательно должны уметь накладывать обычные бинты и перевязочные пакеты старого советского образца на голову, потому что далеко не всегда израильский бандаж может оказаться под рукой. При этом надо понимать, что чаще всего в условиях боевого стресса повязка будет наложена не так качественно, как хотелось бы. Сколько видел наложенных на поле боя повязок на голову обычным старым советским ППИ, даже подготовленными санинструкторами, в большинстве случаев это была либо обмотка вокруг головы, которая не держалась и спадала, либо люди вообще ничего не могли сделать.

Начинаем с создания «фундамента» для повязки. Для этого отрываем полоску обычного бинта длиной около метра. Желательно, чтобы раненый находился в сознании и мог помогать. Он присаживается и делает «ушки зайчика», то есть этот кусок бинта мы кладем на макушку раненого, а хвосты мы подаём ему в обе руки, чтобы человек их держал на уровне плеч с обеих сторон от головы справа и слева (фото 235). Причём чтобы они проходили не вплотную к голове, а под углом примерно 25-30 градусов к вертикали, потому что при наложении повязки нужно будет бинт проводить между ними и головой. И если они лежат вплотную к голове, то проведённый под ними бинт будет слабо натянут и вследствие этого будет соскальзывать. В итоге всё получится не так, как нам нужно. После этого кладем подушки ППИ на рану, фиксируем ее бинтом (фото 236–237), затем бинт подводим под одно из «ушей зайчика», делаем оборот вокруг него и подтягиваем его вверх, чтобы



Фото 235



Фото 236



Фото 237



Фото 238



Фото 239



Фото 240



Фото 241



Фото 242

был туго натянут. После этого бинт накладываем на подушечки ППИ и делаем оборот вокруг (фото 238–239) второго «ушка зайчика». Далее начинаем бинтовать черепицей, накладывая каждый следующий тур поверх предыдущего и с обеих сторон фиксируя его оборотом вокруг «ушек

зайчика» (фото 240). Так двигаемся с одной стороны до затылка. Когда зайдём уже под затылочный бугор в подзатылочную впадину, тогда целесообразно пройти сквозь впадину и зафиксироваться сквозь оба эти «ушка». А потом точно так же делаем вторую половину «черепицы» на переднюю часть головы, то есть первую часть делаем с верхней части головы до затылка, а вторую часть делаем от передней части головы до лба. После этого привязываем остаток бинта к одному из «ушек зайчика» (фото 241), а ушки завязываем под подбородком раненого (фото 242).

Звучит просто и интуитивно понятно, но таковым на самом деле и не является. Дополнительно бывают разные модификации этой повязки – когда бинт обводят вокруг головы, обматывают. Но я бы вам их не рекомендовал показывать на базовом курсе ввиду ещё большей сложности.

Отдельно есть способ бинтования, когда человек лежит. Тогда придётся «ушки зайчика» подвести в подзатылочную впадину, а хвосты в зубах держать, либо на карабин прикрутить к своему броннику и, лежа над ним, чуть приподняв голову, бинтуешь голову. Но это очень сомнительное удовольствие, когда бинтуем голову лежа, гораздо удобнее воспользоваться перевязочным бандажом израильского образца.

3. На культы конечностей

3.1. Израильский 4” (6”) бандаж

Начинаем с отработки израильским бандажом 4”. Пострадавший в положении сидя, роль его оторванной конечности играет сжатая в кулак его рука. Так делаем потому, что мы не можем оторвать пострадавшему ногу для правдоподобности, а ступню бинтовать совсем не то, что бинтовать культю конечности. Поэтому сжатая в кулак рука пострадавшего имитирует его оторванную ногу. Передняя поверхность кулака имитирует разможжённую поверхность конечности. В реальности раненый сидеть не будет, если ему оторвало ногу или даже руку, он будет лежать. Следовательно, его повреждённую конечность мы положим себе на колено. Сейчас, когда человек сидит и подаёт нам руку, сжатую в кулак, это больше всего похоже на положение его ноги, когда она будет оторвана.

Оказывающий помощь занимает положение рядом с пострадавшим. Повреждённую конечность кладёт себе на согнутое колено своей ноги, разноимённой с повреждённой (фото 243). То есть, если оторвало правую ногу, мы стоим на правом колене, а ногу (руку) пострадавшего кладем на своё левое колено. В этом случае кулак, имитирующий культю конечности, находится перед нами, и нам удобнее с ним работать.



Фото 243



Фото 244



Фото 245



Фото 246



Фото 247



Фото 248



Фото 249



Фото 250



Фото 251

Берем бандаж 4". На конце его имеется петля (о чём знают не все). Пропускаем в эту петлю пальцы и несколько раз пальцами делаем перекрут, чтобы образовалась из неё узенькая верёвочка. Тогда будет удобнее работать, когда через неё будем проводить бинт бандажа. Накладываем перевязочный пакет на культю конечности так, чтобы подушка бандажа была прижата к

передней поверхности кулака (размозжённая часть культи), а кольцо бинта на его конце было сверху на руке (ноге) раненого, будучи сориентировано в горизонтальной плоскости (фото 244). Обходим руку основным объёмом перевязочного пакета с одной стороны, продеваем сквозь кольцо (фото 245 - 246) и сразу пускаем его в другую сторону, продеваем сквозь колечко с другой стороны (фото 247-248). Туго затягиваем. В этом случае получается своеобразная «авоська», «памперс» или фундамент будущей повязки (назовите как угодно). Когда бинт туго затянут вокруг культи, это позволяет уверенно наложить всю дальнейшую повязку, что обеспечит надёжную остановку кровотечения.



После того как сделали первый этап наложения повязки, нужно сделать второй этап – косую петлю. Следующий тур бинта накладываем под углом 45 градусов относительно оси конечности раненого, обходим его внизу и пускаем его под 45 градусов в другую сторону, то есть получается косая петля (восьмёрка) (фото 250-251). Как видите, мы сразу с одной петли

подбираем все части культи, она обёрнута со всех сторон (мясо, разможжённое тело никуда не торчит наружу). Далее мы делаем полуоборот вокруг запястья, а потом накладываем тур вдоль оси конечности, продеваем сквозь рога израильского бинта и пускаем в противоход, как всегда (фото 252-254). Важно сделать это так, чтобы рога легли на подушку бандажа, прижав её к передней поверхности кулака, то есть к разможжённой поверхности. Все следующие туры накладываются единообразно. Полуоборот на запястье, петля через разможжённую поверхность поверх рогов (фото 255 – 256). И так мотаем до тех пор, пока бинт не закончится. Потом фиксируем специальной скобкой с зубцами, имеющейся на конце бинта (фото 257).

Напомним, что нужно стремиться к тому, чтобы рога, которые ложатся на место ранения, легли именно на переднюю поверхность раны, вдавили подушечку в разможжённую поверхность и таким образом произвели остановку кровотечения. Также нужно стремиться к тому, чтобы каждый последующий раз петля через запястье, тур через верх ложились поверх рогов и вдавливали дополнительно в рану для лучшей остановки кровотечения. Само собой, при остановке кровотечения можно дополнительно использовать гемостатик, которым можно посыпать разможжённую поверхность раны, либо накрыть разможжённую поверхность гемостатическим бинтом, а затем прибинтовать ППИ.

После этого курсанты отрабатывают наложение повязки. Повязка на культю накладывается максимально туго, потому что значительную часть культи всё равно ампутируют. Чем туже мы затянем повязку, тем надёжнее будет остановка кровотечения.

Наиболее распространённые ошибки:

1. Неправильно продевают сквозь кольцо, которое ложится на запястье.
2. Проблемы с созданием косой петли.
3. Рога кладут таким образом, что они ложатся не на разможжённую поверхность культи, а выше или ниже.

3.2. ППИ старого образца (бинт)

Наложение ППИ старого советского образца концептуально имеет сходство с наложением израильского бандажа, однако главным отличием является то, что он не является эластичным. Когда он ложится на круглые поверхности тела, одна его продольная сторона натянута, другая свободная. За счёт этого образуется неряшливая, непрочная сидящая повязка. С этим нужно отдельно работать. И второе – подушечки перевязочного пакета советского неизмеримо объёмнее, чем одна подушечка израильского образца.

И когда мы их кладём на рану, с одной стороны, они хорошо её заворачивают, с другой – чтобы их прочно примотать, нужно гораздо большее количество туров бинта, и просто, как в израильских пакетах – один тур, и они сразу прихватывают, – не получится. Туры кладутся один на другой черепичным порядком, постепенно покрывая культю в самых различных направлениях.

Теперь разберём, как это делается. Прежде всего в ППИ нужно развернуть обе подушечки. В этом случае они становятся достаточно длинными. Далее наложить обе подушечки на разможжённую поверхность культы крестом, то есть вдоль кулака, одну сверху и снизу, а другую с двух боков. Середина их сходится на разможжённой поверхности кулака. Хвостик бинта сразу пустить вдоль конечности раненого вверх. Он нам понадобится позже для фиксации повязки. При наложении бинта с первого же тура нужно обойти углы креста, образованного ППИ вдоль культы, прихватить их, чтобы они не мешались нам при дальнейшей работе. После этого накладываем подобие косой петли, но она так аккуратна, как в израильском, не выйдет.

Как видим, повязка носит гораздо менее механический и единообразный характер, нежели при наложении бандажа. Мы каждый раз смотрим, куда нам нужно наложить следующий тур. Когда тянем бинт, учитываем, что если одна сторона его натянута туго, а другая свободно, то нужно бинт перекручивать (тогда он перекрутом ложится туго), и мы накладываем один за другим туры рядом друг с другом, как черепицу, идя вдоль кулака с одной стороны, например, справа налево обошли кулачок, потом слева направо. Каждый раз смотрим, где у нас подушки больше топорщатся, накладываем на них.

Напоминаем, что, как правило, то, что попало в культю, всё равно будет ампутировано в пределах здоровых тканей, то есть сколько-то тканей ещё отрежут. Поэтому что бандаж 4”, что отечественный ППИ можно и нужно затягивать как можно туже. Вреда от этого не будет, а вот польза – качественная остановка кровотечения – точно будет. Когда мы достаточно плотно примотали перевязочный пакет, остатки его фиксируем, обвязывая вокруг запястья, в данном случае основания культы, любым способом на своё усмотрение. Подматываться к хвостику, который был оставлен ранее, можно в том случае, если поверх него не наложена основная повязка.

4. Наложение повязки на живот.

Нужно понимать, что есть два варианта наложения повязок на живот и таз. Первый – ранение в живот, когда кишки внутри, ранение таза, когда кости не перебиты. В этом случае достаточно намотать поперёк человека обычный перевязочный пакет (советский либо израильский) на месте

ранения, накрыв рану подушкой. Второй – ранение в живот, когда кишки наружу. Такие ранения бывают редко, но обычно они являются более тяжёлыми.

4.1. Израильский 12” бандаж



Наиболее эффективно применение израильского либо китайского бандажа для ранений живота, так называемый абдоминальный бандаж. У него широкая подушка со стороной порядка 15 см и широкая эластичная лента самого бинта. Накладываем подушку на рану. Иногда в комплект бинта входит специальная полиэтиленовая плёнка для герметизации кишок пострадавшего. В этом случае кишки укутываем этой плёнкой, а поверх них кладём подушку бандажа. Далее человека перематываем бинтом в поперечной плоскости (фото 258-260). При абдоминальном повреждении наиболее облегчающей страдания раненого на этапе транспортировки является поза «лягушки» - расположение ног пострадавшего с согнутыми, немного раздвинутыми врозь коленями, зафиксированное при помощи косынки и подручных предметов, позволяющее максимально снизить напряжение мышц живота (фото 261). Обычно раненый лежит на земле, и, чтобы наложить повязку, нужно создать пространство между ним и грунтом, на котором он лежит. Лучше это делать вдвоём: сидя лицом к лицу,

захватываем раненого за одежду под спиной и бедром каждый со своей стороны, поднимаем его над землёй и просовываем под раненого свои бедра, пока он не окажется лежащим у нас на бёдрах, после чего и начинаем накладывать повязку. Различные израильско-китайские бандажи не равнозначны по качеству: иногда бывает очень короткий бинт, которого не хватает для того, чтобы обмотать вокруг человека, бывают бандажи без рогов и с ними, с полиэтиленовой плёнкой и без неё. В советское время выпускали большие марлевые салфетки в герметичной упаковке специально для ранений живота. Её хватает, чтобы обернуть кишки. Но мотать придётся обычным бинтом, что не так удобно, как широким эластичным бинтом. И желательно кишки покрыть полиэтиленом или целлофаном во избежание их пересыхания.

4.2. Косынка.



Абдоминальный бандаж – не такое распространённое изделие, его может не оказаться в нужный момент под рукой. В этом случае одно из лучших перевязочных средств – санитарная косынка. Кишки аккуратно собираем. Если есть возможность промыть их водой – промываем. При промывании воды нужно много. Условия могут не позволять это сделать на месте ранения.

Косынкой оборачиваем кишки раненого, формируя вокруг выпавших органов «колодец», который позволит избежать лишнего давления. Если кишки пересохнут при эвакуации, это приведёт к сложнейшей операции по их отсечению. Первое, что приходит на ум, – это смочить водой косынку, тогда кишки под ней пересыхать не будут. Но в этом случае в пути нужно будет косынку постоянно смачивать водой. Три сезона из четырёх у нас довольно холодно, мокрая косынка может привести к переохлаждению кишок с такими же негативными последствиями. Более-менее подходящим вариантом является использование полиэтиленового пакета либо любого другого герметичного материала, например, оболочки ППИ старого советского образца, в который можно обернуть кишки, и сверху прихватить их косынкой (фото 263-264). Тогда они не пересохнут при последующей транспортировке.

Далее косынка завязывается на спине раненого выше проекции места ранения (фото 264) и нижний угол её засовываем под брючный ремень или вторую косынку, которую завязываем ниже места ранения (фото 265-266).

При ранениях таза для его иммобилизации, в случае повреждения костей таза, также можно использовать санитарную косынку. Впрочем, для этого можно использовать множество разнообразных изделий, и этот раздел мы рассмотрим далее в разделе иммобилизации костей таза при повреждениях.

5. Наложение повязки на таз.

Ранения таза являются одними из самых тяжёлых: в тазу имеется большое количество кровеносных и нервных стволов, а также важных органов, повреждения которых обеспечивают феерическую боль. Сам таз, представляющий собой массивные кости, на которые давит вес туловища, является важной опорной точкой для движения нижних конечностей. При травме костей таза они могут, в свою очередь, сильно повреждать нервные и кровеносные стволы, органы таза, и это может сильно ухудшить состояние пострадавшего при дальнейшей эвакуации. Поэтому, во-первых, при ранениях таза кровоостанавливающее средство актуальнее, чем в любом другом случае – необходимо наложить большое количество гемостатика в рану, иначе кровотечение остановить не получится. Во-вторых, нам понадобится перевязочное средство (либо израильский, либо абдоминальный бандаж, либо бинт советского образца), которым можно забинтовать ранение. При наложении повязок перевязочным пакетом накладываем тур поперёк таза, тур через ногу, тур поперёк таза, тур через ногу. Повторяем до тех пор, пока перевязочный пакет не закончится. Сверх того, кости таза нужно стянуть либо косынкой, либо широким израильским перевязочным пакетом 8” для

живота, тогда стянутые кости будут зафиксированы и транспортировать раненого будет удобнее. Существует много способов иммобилизации таза, но их мы рассмотрим далее в соответствующем разделе.

Важность плана действий в работе

*При подготовке к сражению я
всегда находил, что планы бесполезны,
но планирование — обязательно*

Дуайт Дэвид Эйзенхауэр

В подаче учебной информации очень важна её чёткая структура. Поэтому, каким бы опытным инструктором вы себя ни считали, не стесняйтесь пользоваться планом. Я веду курсы уже 10 лет, но в ходе занятий план всегда держу в руках. Лучше воспользоваться планом и нормально, чётко доложить свою тему, чем отойти от него и нести дичь. Но план не догма. Особенно на инструкторском курсе. Если кто-то из претендующих на звание инструктора начинает вещать что-то противоречащее тому, что мы даём на курсах, будь добр, обоснуй. Если он может аргументированно и грамотно обосновать свою точку зрения, пусть преподаёт, как считает нужным. Но чаще всего несут отсебятину только потому, что забыли – а что должно быть по плану?

Товарищ Ворчун сказал, что у инструктора может не быть написанного на бумаге плана, если он есть у него в голове. Может, но если вы опытный и умный человек. Во всех остальных случаях, если вы не написали себе чётко заранее, что вы хотите сказать, то вы скажете далеко не так чётко и правильно, как если бы вы это написали. Поэтому, кто страдает графоманией, как я, не страдайте ею, а наслаждайтесь! Садитесь и пишите себе план занятий. Кто не хочет заморачиваться, берите наш готовый план. В этой книге есть оба плана: и базового курса, и инструкторского.

У каждого может быть удачный экспромт, когда без плана всё хорошо сказал. Но, я вас уверяю, если вы себя же запишите на видео – тот момент, когда «хорошо сказал», – а потом через год постоянной работы посмотрите, вы увидите, как вы безграмотно докладывали, сколько было у вас проколов. Вам будет казаться, что вы д'Артаньян, а спустя год вам покажется, что не совсем. Поэтому, повторюсь, кто хочет работать по своему плану – пишите его заранее. Более того, я вам сейчас сообщу с удовольствием лайфхак, который, надеюсь, вам пригодится, а может, и спасёт жизнь.

У одного моего знакомого нередко бывали в жизни очень интересные ситуации. Понимаете, когда, например, ты приезжаешь на беседу в штаб и говоришь сопровождающим лицам: если вы услышите в штабе взрыв гранат, значит, меня можно не ожидать. Да, да. Так вот, сопровождающие лица говорят: замечательно, мы займём позиции вон в тех домиках, «Шмели» у нас с собой. Если мы услышим взрыв гранат, то штаба не будет.

Я к чему это говорю? Я не шучу. Когда у вас настолько серьёзный разговор, вы заранее садитесь и на бумажечке пишете всё, что вы хотите оппоненту сказать, а если есть ещё время, то какие у него могут быть возражения. Когда ты настолько подготовился, то, как правило, ты заходишь, а оппонент чувствует, что ты серьёзно подготовился, и у тебя всё проходит гораздо ровнее. Я уже почти 10 лет преподаю, а до сих пор каждый раз волнуясь перед занятием. Когда ты сел, нашёл время, основные тезисы проработал, написал, у тебя всё очень гладко пойдёт.

Товарищ Ворчун так делает, насколько мне известно. И многие другие опытные инструкторы, кто ответственно подходит к своей работе и не хочет опозориться перед слушателями, так делают. В мирной, повседневной жизни делайте так же. Записывайте себе задачи. Сел, взял листик, написал, что планирую сделать сегодня, в течение недели, через месяц. Постоянно просматриваешь листики. Убитые задачи вытираешь ластиком, новые вписываешь. Вы сами удивитесь, просмотрев список спустя несколько месяцев: сколько я всего сделал! Поэтому, дорогие мои, писать план – это хорошая идея.

Подробнее, кто захочет, найдите в Интернете книгу «Джедайские техники», автор Дорофеев. Почитайте. Потрясающая книжка, ваша интеллектуальная эффективность вырастет намного.

Если совсем кратко, главная её суть. Человеческий мозг не может одновременно помнить и думать. Если вы не можете удержать в памяти то, что стараетесь запомнить, вы не можете «думать», в смысле генерить новые идеи и обрабатывать новые задачи. Качество вашей работы сильно снижается. А как только вы что-то «забыли» и потом пытаетесь вспомнить – вы тратите ещё больше энергии, и качество вашего мышления снижается ещё больше. Следовательно, самый простой выход – грамотно записывать все свои задачи и стадии их обработки.

Часть 3. Наложение повязок лёжа

1. На конечности.

Наложение повязки на конечности – хоть ППИ старого образца, хоть израильского бандажа, – дело довольно простое. При этом главным является так разместить себя (и по возможности раненого), чтобы минимизировать риск дополнительных повреждений в ходе перевязки.

На курсе мы неоднократно говорим обучаемым, что они должны запомнить: при современном развитии средств поражения основное положение при оказании медицинской помощи должно быть лёжа. Повязки, жгуты, гемостатики, шины нужно обучать людей делать лёжа. Чем ниже ваш силуэт, тем меньше в коже лишних дырок. Противник легко может засечь ваши движения, если у вас будет группа, да ещё, если стоять на коленях над раненым. И вы сразу станете для него приоритетной целью для поражения. Поэтому существенный объём тренировок нужно посвящать отработке лёжа.

Если находимся под воздействием стрелкового оружия противника (то есть пули летят со строго определённой стороны), ложимся головой к противнику рядом с раненым, которого разворачиваем к противнику также ногами, но можно и головой (не столь важно). Очень желательно грамотно использовать защитные свойства местности: быстро стащить раненого в какую-либо ямку, воронку и т.д. и по возможности самому укрыться в ней, также постараться сместить раненого и себя, чтобы между вами и противником оказалось какое-либо укрытие. Тогда вероятность дополнительных повреждений существенно снижается.

В этом случае при перевязке лежим на животе, под перевязываемую конечность раненого подкладываем какой-либо предмет или часть своего тела (чаще всего конечность).

Действия в случае, если вы находитесь под миномётным или артиллерийским обстрелом, мы разберём далее.

1.1. ППИ старого образца.

Берём конечность раненого, кладём так, чтобы нам было удобно работать, чаще всего чуть отводим её в сторону, подкладываем под неё любой подходящий предмет (шлем, аптечка и т.д.), но чаще всего подходящего предмета нет. Тогда просовываем под неё свою конечность, ближнюю к раненому, и второй рукой, дальней от пострадавшего, прижимаем подушку ППИ к ране (фото 267), обводим бинт вокруг его конечности (фото 268). Каждый тур фиксируем скатку бинта рукой, подложенной под конечность

раненого, а свободную руку просовываем под конечность раненого и перехватываем скатку бинта (фото 269). Фиксируем концы бинта (фото 270-271). Разумеется, удобнее работать, если есть рюкзак, крупная аптечка или любой другой крупный предмет, который можно подсунуть конечность пострадавшего. Тогда вы можете двумя руками работать. Однако «закон подлости» так называется как раз потому, что он всегда наготове. Нужно быть готовым работать без подручного предмета.



2.3. Израильский 4" (6") бандаж

При наложении израильского бандажа наши действия аналогичны: подкладываем предмет или руку под конечность раненого (фото 272), один тур с одной стороны от рогов (фото 273), второй тур с другой стороны от рогов (фото 274), третий – продеваем сквозь рога (фото 275), их кладём (фото 276), придавливаем к ране и протягиваем через них тур (фото 277), туго затягиваем. Мотаем до тех пор, пока израильский бандаж не закончится, потом фиксируем пластиковой скобой с зубцами (фото 278–279).



Фото 272



Фото 273



Фото 274



Фото 275



Фото 276



Фото 277



Фото 278



Фото 279

2. На голову.

Бинтовать голову лёжа довольно удобно, так как на ней обычно находится шлем, при наложении повязки он всегда снимается, и его удобно подложить под голову. Механизм наложения повязки простой: пострадавший лежит головой к нам, ногами к противнику. Вы к нему подползли со стороны головы. Похлопали по плечу – обозначились. Снимаем с него шлем. Кладём на землю под головой пострадавшего. Кулаком пристукиваем шлем, чтобы он чуть вошёл в землю острыми гранями в районе ушей и не выскальзывал из-под головы. Кладём голову раненого на шлем и накладываем бинтовую повязку, чаще всего поперёк головы.

2.1. Израильский 4'' (6'') бандаж.

Прижимаем подушечку сбоку на рану (фото 280), тур поперёк головы, перекрутив бинта на затылке (фото 281), после этого продеваем бинт сквозь рога и пускаем в обратную сторону (фото 282). Каждый следующий тур накладываем поверх предыдущего. Зафиксировать бинт пластиковой скобой с зубцами (фото 283).

2



Фото 280



Фото 281



Фото 282

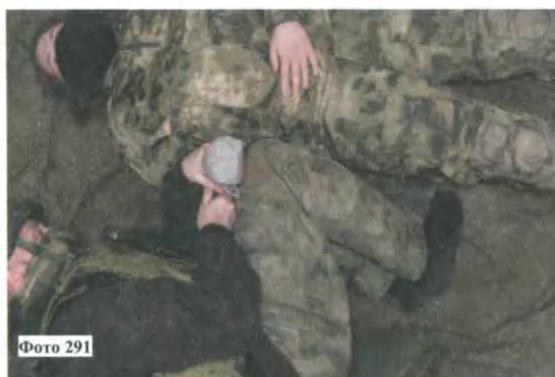


Фото 283

2.2. ППИ старого образца (бинт).

Бинтовать старым советским ППИ голову раненого, находясь в положении «лёжа», крайне неудобно. Теоретически, если раненый может держать кусок бинта в положении «ушки зайчика», можно наложить повязку «шапочку», как выше описано. Но это скорее исключение. Поэтому отрабатывать или нет данное упражнение – на усмотрение инструктора, ведущего занятие.

3. На культы конечностей.



Принцип тот же, что и при наложении повязки на конечности лёжа: подкладываем под культю свою конечность и начинаем бинтовать (фото 285-291). Технически повязка накладывается так же, как это производится при положении «стоя на колене» (см. вторую главу, пункт 3). Разумеется, лёжа делать это менее удобно. Если есть время, обязательно нужно заставить курсантов отработать это упражнение.

4. На живот и таз.



Главное отличие наложения повязок на живот в положении «лёжа» в том, что в этом случае можно перевязать раненого в одиночку, если это необходимо. Делается это следующим образом. Раненый переворачивается на бок, спиной к оказывающему помощь (фото 292). Оказывающий сгибает свою лежащую ближе к грунту ногу в коленном суставе, упирает колено в спину раненого на уровне его груди (если нужно перевязывать живот) или на уровне поясницы, если нужно перевязывать таз (фото 292). Обеими руками захватывает раненого за одежду и выкатывает его себе на бедро (фото 293). Теперь, когда раненый лежит на ноге оказывающего помощь, между спиной раненого и грунтом имеется достаточно места, куда можно просунуть руку с бинтом (фото 294). Далее повязка накладывается как обычно (фото 295).

Часть 4. Иммобилизация. Стоя и стоя на колене

1. Основные средства иммобилизации конечностей.

Иммобилизация является очень важным моментом в оказании первой помощи. Необходимо отметить, что проблемам иммобилизации на поле боя уделяется обычно меньше внимания, чем всем другим. Если перевязочные

пакеты, гемостатики, обезболи на слуху, то иммобилизация как-то считается чем-то неважным, «да что с ней заморачиваться». Между тем современные огнестрельные ранения любого типа, не говоря уже о минно-взрывных травмах, характеризуются существенным разрушением не только костной системы, но и опорно-двигательного аппарата в целом. Достаточно основательно повредить мышцы либо связки, и всё – мышечный контроль конечности нарушен. А это означает, что, если вы волоком тащите по земле тяжелораненого с перебитой конечностью, то для его здоровья последствия от этого могут быть самые катастрофические. Вместе с тем нужно помнить о риске получить ранение и исходить из возможностей безопасного проведения мероприятий по иммобилизации конечности или скорой эвакуации раненого из красной зоны, в том числе при помощи подручных средств из безопасного укрытия, например, эвакуационной стропой.

Вывод: иммобилизация конечности является важным и при этом очень сложным моментом, потому что шины любого типа в снаряжении занимают существенно больше объёма, чем перевязочные средства, вес немалый, а самое главное – накладывать их достаточно долго и неудобно, заметно сложнее и дольше, чем перевязочные средства. Поэтому вопросу иммобилизации повреждённых конечностей и опорно-двигательного аппарата в целом нужно уделять самое пристальное внимание при участии в боевых действиях и в том числе при работе в красной зоне.

В классической госпитальной медицине существует большое количество способов иммобилизации вообще и наложения шин в частности. На поле боя соблюдать их все практически невозможно. Самые главные правила:

1. Чем надёжнее иммобилизация, тем лучше.
2. Зафиксировать все суставы ниже места перелома и один выше.
3. Фиксировать конечность к шине так, чтобы при её нарастающем отёке не произошло нарушения кровообращения в конечности, образования пролежней и тому подобного.
4. Верхняя конечность фиксируется с согнутым локтевым суставом, перед грудью. Нижняя – распрямлённой в коленном и тазобедренном суставах и с приведенной (90 градусов) ступнёй.
5. Конечность желательно утеплить.

1.1. Шины Sam Splint.

Одним из самых распространённых типов шин на современном этапе являются шины Sam Splint самых разных модификаций. В частности, отечественные модели «Гепоглос». Они представляют собой каркас из

пластичного металла, чаще всего алюминия, покрытый полимерной оболочкой со всех сторон (рис. 32). Достоинства этих шин общеизвестны: они достаточно компактные и лёгкие, им можно придать оптимальную форму в зависимости от того, какую именно конечность нам нужно иммобилизовать, и они не нуждаются в дополнительной обмотке бинтами или чем-либо ещё, потому что полимерное покрытие выполняет защитную роль, чтобы конечность напрямую не граничила с металлом. При этом стоят они относительно не так и дорого, во всяком случае, меньше, чем замечательные проволочные шины Крамера, которые столько десятилетий верой и правдой служили человечеству.

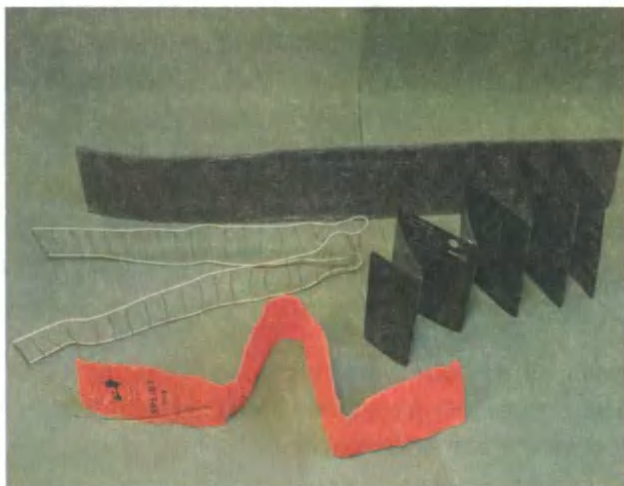


Рисунок 32 – сверху вниз, слева направо - Шина от «Золотых рук ангела»; Шина Крамера; Шина «Медплант»; Шина Sam Splint

Серьёзным недостатком шин Sam Splint является то, что при их применении нужно формировать ребро жёсткости, угол жёсткости дополнительно, короче говоря, быстро их применить проблематично. Когда ты находишься под обстрелом и нужно иммобилизовать повреждённую конечность, это становится критически важным. Разумеется, это не исключает применения шин Sam Splint, если ничего другого нет. Шины Sam Splint часто укладываем в рюкзак так, чтобы они формировали какие-то жёсткие участки стенки рюкзака и при этом занимали поменьше его внутреннего объёма. Альтернативным этому варианту размещения является складывание шины в несколько раз змейкой, вследствие чего образуется основание площадки, к которой привязываются иные расходные материалы (перевязочные средства, гемостатики и т.д.). Тогда они защищены от повреждений и их удобнее применять. Желательно иметь сразу

подготовленные эластичные бинты, которыми будете к шинам Sam Splint приматывать конечность человека. Разумеется, можно применять и обычные марлевые бинты, и косынки в крайнем случае, хоть скотч, но это не желательно. Крепить специальным эластичным бинтом всё же удобнее.

Итак, в случае ранения конечности, после того как наложили жгут, вкололи бойцу обезбол, лучше обработать рану, ввести туда гемостатики, наложить повязку, а только потом начинать иммобилизовать. В некоторых старых методичках пишут, что нельзя накладывать шину, не удалив жгут с конечности. В принципе, это так, однако если вы находитесь под плотным обстрелом и вам нужно тащить раненого, а времени тщательно обработать ранения и забинтовать их нет, лучше иммобилизовать конечность как придётся, со жгутом, чем потащить человека по грунту с незафиксированной конечностью. Последствия этого могут быть самые неприятные, начиная с того, что могут дополнительно повредиться различные части руки, нервные стволы, и заканчивая тем, что человек может погибнуть от травматического шока и от дополнительного повреждения различных частей конечности. В таком случае быстро иммобилизовать конечности можно при помощи косынки, способы мягкой иммобилизации описаны далее. Вытащив раненого в более тихое место, можно уже там заняться обработкой ран.

Если речь идёт о применении шины Sam Splint, то после обработки ран мы её достаём, формируем продольное ребро жёсткости, то есть изгибаем её, чтобы она была похожа на половину трубы, срезанную вдоль (фото 296). В тех местах, где шину нужно изогнуть – если под ступню формируем шину, то это сапожок, если на руку, то это Г-образный изгиб в районе локтя, – нам нужно оба угла шины загнуть, чаще всего для этого используются мультитул-плоскогубцы, тогда она в этом месте разгибаться не будет (фото 297).



Фото 296



Фото 297

При иммобилизации повреждённой конечности нам нужно всегда зафиксировать один сустав выше места повреждения и все суставы ниже (фото 298). То есть, если мы фиксируем, например, повреждённую ногу до уровня повреждения ниже колена, нам нужно наложить в виде сапожка шину Sam Splint, чтобы она заходила на бедро выше уровня колена и вниз аж до пальцев стопы. Если нам нужно зафиксировать повреждение ноги выше уровня колена, то одной шиной Sam Splint никак не обойтись, нам понадобится минимум две. Одна накладывается сапожком, а вторая вдоль бедра – так, чтобы заходила на поясницу пострадавшего, и фиксируется с боку и к ноге, и к пояснице. Если нам нужно зафиксировать руку, то обычно хватает одной шины Sam Splint. Она Г-образно изгибается, фиксируется к предплечью и дальше к плечу человека. Кисть мы располагаем внутренней стороной к телу пострадавшего, чтобы избежать перекрещивания лучевой и локтевой костей, при котором конечность дополнительно травмируется. Также многими видами шин Sam Splint при необходимости можно зафиксировать шею. Формируете небольшую выемку на шине там, где у человека подбородок, кладёте под подбородок эту часть, а остальную часть шины оборачиваете вокруг шеи и фиксируете к ней бинтом (фото 299).



Дополнительным недостатком шин Sam Splint является то, что носят их обычно в рюкзаке, они занимают объём рюкзака, и нужно его расстёгивать и доставать, что под огнём может иметь самые негативные последствия.

1.2. Шины Крамера.

Одной из наиболее известных и распространённых является шина Крамера, или проволочная шина, которая действительно изготовлена из стальной проволоки (рис. 32). Шины Крамера бывают для руки и ноги, отличаются только размерами.

Для руки, естественно, поменьше в размере. Представляет собой прямоугольный квадрат из проволоки с множеством поперечных перемычек. По инструкции накладывать её на голое тело нельзя, нужно обязательно покрыть её толстым слоем бинтов или ватно-марлевой прокладкой, или тканью, или чем-то ещё. И это действительно верно, потому что если у человека рука или нога сломаны и начинают отекать, врежутся в шину, то это сильно ухудшит состояние пострадавшего, могут появиться пролежни и так далее. Однако присутствует одно «но»: объём и вес шины сильно увеличится в этом случае, а ещё она будет белой и сильно демаскировать нас. Потому что шины эти крупные, и обычно их носят не в рюкзаке, а снаружи от рюкзака, привязанными к нему.

Большим достоинством шины является то, что в ней не надо формировать никакого ребра жёсткости, не надо лепить никаких углов. То есть при быстром применении трудно найти более удачную шину, чем эта. Положил её, на неё конечность бросил, прихватил бинтиком – и всё. Шина зафиксирована, и можно тащить человека. Мы не раз так делали. Для того чтобы она применялась достаточно быстро и не занимала драгоценное место в рюкзаке, мы обычно шины привязываем с двух боков от медицинского рюкзака, справа и слева, сверху вниз, согнув в несколько раз. И их привязываем не очень прочной верёвочкой, чаще резинкой для денег или ещё чем-то тонким, чтобы можно было резким рывком уверенно её оторвать. Тогда можно будет наложить её на конечность гораздо быстрее.

Некоторым недостатком шин Крамера является большой вес их и объём.

Следовательно, во-первых, идя на задачу, мы не рекомендуем брать шины Крамера для руки, потому что руку можно зафиксировать десятком других способов, более-менее надёжных, о них мы скажем дальше, а вот для ноги большинство этих способов малоэффективны. Второе: запас шин нужно пополнять при первом удобном случае и помнить, что расходуются они быстро, восполняются проблематично. Их нет не только в госпиталях. В отличие от перевязочных пакетов, их в аптечках бойцов не бывает. И, наконец, третий момент: обязательно нужно быть готовыми самостоятельно изготавливать в полевых условиях шины из любых подручных материалов и быть готовыми к их применению.

1.3. Шины редкие, импровизированные и из подручных материалов.

1.3.1. Шины от организации «Золотые руки ангела».

Сейчас делают интересный аналог шин Sam Splint в гуманитарной организации «Золотые руки ангела», однако там внутренний лист не

алюминиевый, а оцинковка (рис. 32). Соответственно, с одной стороны, для тренировок эти шины подходят хуже, потому что лепить из них сложные фигуры не очень удобно – слишком жёсткий лист, и если их перегибёшь несколько раз, потом устанавливать труднее. Зато, с другой стороны, для быстрой иммобилизации подходят гораздо больше. Они ближе к шинам Крамера, чем к шинам Sam Splint.

Для боевого применения это не так важно, поскольку вернуть их к себе из госпиталя практически нереально. Боец туда уехал – шина пропала. Словом, в боевых условиях это достоинство, тем более что волонтерами они поставляются в войска бесплатно, в отличие от других типов шин.

1.3.2. Шины «Медплант».

Они изготавливаются из пластмассы (рис. 32). Бывают отдельно предназначенные для руки, ноги и для фиксации шейного отдела позвоночника. Они более громоздкие, чем шины Sam Splint или Крамера, более сложные. Быстро их применить даже опытному человеку проблематично из-за неудачной конструкции.

Также эта шина является узкоспециализированной. Если шину Крамера и шину Sam Splint можно вылепить под руку, под ногу, под шею, то если здесь написано «нога» – только нога и всё. Для руки она не подойдёт.

Пластиковый ошейник для фиксации шейного отдела позвоночника нечасто бывает в комплекте медика, потому что и без него много всего тащить, а такое ранение шеи в боевых условиях, как на гражданке, чтобы перебило позвоночник, и при этом не убило, редко бывает. Взять с собой его можно, но обычно вместо него используется шина Sam Splint.

1.3.3. Из подручных материалов.

О применении различных специализированных подручных приспособлений мы ещё расскажем, прежде всего для иммобилизации таза. А вот для иммобилизации нижних конечностей мы можем посоветовать в полевых условиях следующее: в различных старых методичках очень любят писать о применении в качестве импровизированных шин досок и веток, которые в изобилии можно будет найти на поле боя. По всему нашему скромному опыту я хотел бы сказать, что это большое заблуждение.

Подходящего размера доски, даже в очень разбитых домах, – большая редкость. Это или какая-то труха, в которую превращается дерево при воздействии на неё ударной волны и осколков, или, напротив, массивные, очень тяжёлые брёвна, ну даже косяк двери, которые крайне неудобно

применить в качестве шины. С ветками ситуация ещё смешнее. Деревьев вроде бы много, но, если вы начнёте искать подходящую ветку, вас ждут неприятные открытия. В большинстве случаев ветки находятся на деревьях достаточно далеко от земли. И люди не обезьяны, чтобы лазить по стволам, да ещё и под обстрелом, за ветками. Во-вторых, ветки, которые наверху, очень часто неровно изогнуты и для шинирования подходят плохо. Ну а если срезать стволы даже маленького дерева, то это так себе получится шина – тяжёлая, громоздкая, круглая. Поэтому вспоминаем правило: лучший экспромт – заранее подготовленный. Не надейтесь, что вам именно в тот момент, когда у кого-то будет перелом, попадётся под руку случайная шина. Готовьте её заранее.

В разгромленных населённых пунктах есть два основных вида готовых материалов, часто встречающихся и идеально подходящих по массогабаритным характеристикам. Это сайдинг, которым обивают стены. Он очень лёгкий, он достаточно прочный, совершенно не чувствителен ни к жаре, ни к сырости, его большое количество, и он очень удобен в обработке. Его можно резать чем угодно, вплоть до ножа. Вторая альтернатива – это металлический профнастил, из которого делают заборы и крыши. Он несколько тяжелее, чем сайдинг, но тоже достаточно лёгкий, прочный, и, опять же, количество его безгранично – с любого забора можно нарезать шин на батальон. Единственное, что в обработке он менее удобен, чем сайдинг. Идеальным является применение болгарки для обработки такого материала. А вообще, большое количество инструмента и человек с руками – это абсолютно необходимо в каждом серьёзном подразделении, даже на уровне взводов их иметь очень желательно.

Одноразовые шины из картона, которые, бывает, применяются, не рекомендую, потому что они в полевых условиях очень быстро отсыревают и недостаточно механически прочные. Но если у вас только такие есть и нет больше ничего, хотя бы обмотайте в несколько слоёв армированным скотчем, тогда её живучесть сильно повысится.

2. Дополнительные средства иммобилизации.

2.1. Готовые повязки.

На фронте применяются крайне редко, однако общее представление о них инструктору иметь желательно. Это полоски ткани с завязками, обычно применяются для иммобилизации верхней конечности.

2.2. Санитарная косынка.

Импровизированные и упрощённые средства шинирования весьма разнообразны. При этом одним из наиболее простых и часто применяемых средств является санитарная косынка. Её можно использовать для иммобилизации ранений живота, повреждений таза, о чём мы уже говорили, а также она хорошо подходит для иммобилизации повреждений верхней конечности.

2.2.1. На живот при эвентрации органов.

Иммобилизация кишок с помощью косынки при ранениях в живот были разобраны нами ранее.

2.2.2. Иммобилизация нижней конечности.

Для иммобилизации повреждённая нога раненого кладётся на его здоровую, берёмся за углы косынки с двух сторон от её гипотенузы (самой длинной стороны), санитарная косынка складывается в ленту, и ноги связываются одной косынкой в области коленного сустава, второй – в области голеностопа.

Однако, как показывает практика, здоровая нога раненого не тождественна шине. При эвакуации, особенно волоком и под огнём, он может делать этой ногой активные движения и вследствие этого дёргает свою повреждённую ногу. Поэтому этот способ может быть рекомендован, когда нет никакой возможности применить иной, а также когда мы выносим раненого на более-менее жёстких носилках, и риск того, что он станет активно дёргать здоровой ногой, не так велик.

2.2.3. Иммобилизация верхней конечности одной косынкой.





Фото 307



Если конечность повреждена до уровня локтя, достаточно одной санитарной косынки. Применяется она в этом случае следующим образом: берём санитарную косынку с двух краёв от её гипотенузы, подводим санитарную косынку серединой гипотенузы под кисть пострадавшего (фото 300), далее поднимаем руку пострадавшего косынкой на уровень его солнечного сплетения, делаем перехват, то есть тот хвост косынки, который удерживали правой рукой, передаём себе в левую руку и наоборот (фото 301). Завязываем хвосты косынки на шее со стороны затылочной части пострадавшего (фото 302). Выворачиваем косынку так, чтобы её угол был направлен в сторону локтя, а другая ее сторона – к кисти (фото 303). После этого расправляем ту сторону косынки, которая обращена к кисти пострадавшего, закутываем кисть, одной рукой берём косынку вместе с кистью себе в пальцы, прочно удерживаем, захватываем косынку с противоположной стороны и натягиваем в сторону локтя, упираясь в него большим пальцем (фото 304). В этом случае косынка натягивается, фиксирует всю руку, в частности кулак, как бы прижимает его внутри к телу пострадавшего (фото 305). После этого угол косынки либо фиксируем булавкой за локтем пострадавшего, либо завязываем на узелок (фото 306-307).

Булавка очень полезный аксессуар для боевой работы, всегда рекомендуем иметь хотя бы одну в удобном доступе, например, приколотой на форму в области груди или воротника.

2.2.4. Иммобилизация верхней конечности двумя косынками.

В случае если рука повреждена выше уровня локтя, нам понадобятся две санитарные косынки. Одну мы накладываем на повреждённое плечо пострадавшего (фото 308), хвосты её завязываем подмышкой пострадавшего одним узлом (фото 309). После этого свободный угол косынки проводим под мышку пострадавшего и пристёгиваем на уровне груди булавкой (фото 310-311, 313). Либо, если булавки нет, завязываем узлом через верх, а после этого подтягиваем концы и завязываем их вторым узлом, предварительно туго затянув первый узел (фото 312). После этого накладываем вторую косынку, как было указано выше (фото 300-307).



Фото 308



Фото 309



Фото 310



Фото 311



Фото 312



Фото 313

2.3. Иммобилизация нижней конечности с помощью туристического

коврика.



Наиболее распространённым подручным средством, которым можно произвести иммобилизацию конечностей, в том числе нижней, является туристический коврик. Он имеется практически у каждого бойца.

Коврик должен быть самый обычный, вроде «пенки». Надувные, складывающиеся и другая экзотика не подойдут.

Коврик складываем вдоль, подкладываем под лежащего на спине раненого с таким расчётом, чтобы его хватало с запасом обернуть ступню и с запасом подложить под поясницу (фото 314). После этого, начиная со ступни, с помощью бинтов, косынок, но лучше с помощью армированного скотча, заворачиваем ногу в коврик (фото 315). Получается достаточно жёсткая, ещё и утеплённая иммобилизация нижней конечности во всю её длину.

3. Иммобилизация таза, стоя на колене.

Существенный объём информации в разделе иммобилизации занимает иммобилизация костей таза. Дело в том, что ранений в таз становится всё больше, как в стрелковом бою, так и при обстрелах и сбросах с БПЛА. Причина в том, что очень часто стрелковый бой ведётся на ближних дистанциях – 100 и менее метров. И в этом случае, увидев бегущего человека, целятся в его середину; а на такой дальности куда целятся, туда и попадают. Также существенная проблема в том, что при сбросе боеприпасов с беспилотников они срабатывают прямо под ногами, и осколки летят снизу, через таз входят в полость живота, что, конечно, приводит к очень тяжёлым ранениям.

При этом каких-то специализированных изделий для иммобилизации таза у нас в вооружённых силах и силовых структурах не наблюдается. У иностранцев есть шина типа Sam Splint, она более широкая и толстая, имеет

подковообразную форму. Однако стоит она свыше 60 тысяч рублей, имеет большой объём и вес, соответственно, трудно надеяться на то, что кто-то её купит да ещё потащит с собой на задачу. Поэтому для иммобилизации таза, разумеется, после обработки ран гемостатиком и наложения на них повязок, можно использовать множество подручных средств. Мы их разместим в порядке увеличения веса и сложности, однако параллельно с возрастанием этих характеристик улучшается и качество иммобилизации.

Чаще всего на инструкторских курсах мы ограничиваемся показом порядка выполнения упражнений, без их отработки каждым курсантом.

3.1. Санитарная косынка.



Технически иммобилизация выполняется следующим образом. Берём косынку за два острых угла (края гипотенузы), обвязываем ими максимально туго таз раненого на уровне его тазобедренных суставов, располагая узел в районе паха (фото 316-317). Третий угол косынки проводим снизу, под

промежностью раненого, и привязываем к этому узлу (фото 318). Получается очень похоже на подгузник. А вторую косынку завязываем поверх первой, наоборот: если у первой узел был спереди, то у второй должен быть сзади (фото 319-321).

Косынка, бесспорно, очень лёгкий, компактный и исключительно многофункциональный предмет снаряжения, пригодный в том числе для иммобилизации самых различных частей тела. Особенную ценность косынкам придаёт то, что в полевых условиях довольно легко пополнить их запас: достаточно нарезать их из любых простыней, если стандартные косынки у вас закончились. Однако имеются и недостатки. Главный из них, то, что это очень хлипкий, ненадёжный способ иммобилизации для такого серьёзной травмы, как повреждение костей таза.

3.2. Стретч-плёнка.



При отсутствии других подходящих изделий может возникнуть необходимость применения стретч-плёнки. Вы мотааете поперёк таза, а также через каждую из ног, в итоге получаются как бы шортики, которые стягивают кости таза вместе (фото 322-323). Это лучше, чем ничего, но, увы, не так туго, как хотелось бы.

3.3. Спасательное одеяло с закруткой (шомпол).



Этот импровизированный способ иммобилизации костей таза очень дешёвый, крайне практичный и простой. Берём спасательное одеяло «серебрянку», складываем его несколько раз, чтобы получилась полоса шириной около 15 сантиметров, и обводим вокруг таза, завязав на три узла (фото 324-327). Потом между первым и вторым узлом просовываем шомпол/ветку – что угодно, что можно использовать в качестве воротка (фото 328-329). Делаем несколько оборотов и фиксируем вороток. Такое средство несколько превосходит косынку и по простоте производства, и по лёгкости, и по степени стягивания костей таза.

3.4. Шина Sam Splint с турникетом



Специализированным средством при повреждении костей таза может служить шина Sam Splint, к которой армированным скотчем привязана пара турникетных жгутов (фото 330). Мы сгибаем её (кстати, достоинство этой шины, заключается в жесткости, которая позволяет подсунуть ее под

лежащего раненого без необходимости приподнимать его, увеличивая страдания), обводим вокруг таза пострадавшего (фото 331), фиксируя между собой кончики турникетных жгутов (фото 332), а потом, вращая вороток, туго затягиваем, чем иммобилизуем повреждённые кости таза (фото 333). Способ простой, надёжный, по расходникам недорогой и более-менее эффективный. При переломе костей таза в задачи сопровождающих раненных на этапе эвакуации входит размещение раненого лежа на спине с согнутыми в коленях ногами (фото 334). В таком расположении мышцы наиболее расслаблены. Для фиксации положения ног можно воспользоваться косынками, подложить под колени подручные средства, подходящие по высоте (спальный мешок, туристический коврик, скатка куртки и др.).

3.5. Коврик-каремат с армированным скотчем.



Очень хорошим способом для иммобилизации таза является применение туристического коврика. Его нужно сложить поперёк, потом вдоль, чтобы получилась достаточно широкая тугая лента (фото 335). Просовываем его под таз, с обеих сторон загибаем (фото 336), а потом фиксируем чем угодно: обычным бинтом, бандажом, косынками, боевым поясом (фото 337-338). Важно другое: после фиксации нужно, чтобы оставалась какая-нибудь затягивающаяся петля. То есть что-то, завязанное поверх этого коврика, куда можно будет засунуть вороток и несколько раз его прокрутить, как турникет, чтобы стянуть таз потуже. Потому что, когда вы завязываете, достаточно тугого узла вам создать не получится. В случае с боевым поясом необходимо потянуть за свободную стропу, которая утягивает пояс (фото 339).

3.6. Пятиточечник с эластическим бандажом.

Если у вас нет коврика (хотя коврик на позициях обычно есть у всех), можно использовать пятиточечник типа «книжка». Но их нужно две штуки,

потому что плотности одного не хватит. Впрочем, в них часто вкладывают противоосколочное бронирование (мягкие листы арамида или кевлара), и тогда пятиточечники получаются вполне нормальной жёсткости, близкой к желательной.

3.7. Боевой пояс.



Отдельно широкий боевой пояс, который есть почти у каждого бойца, может также служить простейшим средством иммобилизации (фото 340). Его пряжки можно расслабить, чтобы по размеру он мог охватить таз, обернуть вокруг таза (фото 341-342), а потом застегнуть и туго стянуть его при помощи свободной стропы (фото 343-345).

Часть 5. Использование подручных приспособлений

Практический опыт учит нас, что как бы качественно не экипировался тактический медик заранее, всегда могут возникнуть случаи, когда штатного снаряжения для первой помощи не хватило либо оно не подходит в полной мере под возникшие задачи. В этом случае наличие большого количества изученных ранее способов применения различных подручных средств может сослужить ценную службу. Гибкость мышления, вариативность, способность органично приспосабливаться к сложившейся ситуации и оборачивать её себе на пользу – важные факторы, обеспечивающие выживание и победу. Неустанно развивайте их у себя, а также у обучаемых.

Обычно на инструкторском курсе производится демонстрация этих изделий и способов их применения, отработка всеми обучаемыми не производится.

1. Применение санитарной косынки.

1.1. Жгут-закрутка.

В случае тяжёлых ранений конечностей с повреждением крупных сосудов и обильным кровотечением, при отсутствии жгутов под рукой, санитарная косынка может быть применена как жгут-закрутка. Берём за её дальние углы (по краям гипотенузы), сворачиваем её в ленту, оборачиваем вокруг повреждённой конечности, в её верхней трети, туго затягиваем и завязываем двумя узлами. После этого под узлы просовываем твёрдый продолговатый предмет, способный выполнить роль воротка (шомпол, палка), перекручиваем его несколько раз до остановки кровотечения и фиксируем.

1.2. Давящая повязка.

В самом крайнем случае, при отсутствии других перевязочных материалов, санитарной косынкой можно перевязать рану. При обильном кровотечении будет лучше, если вы наложите на рану вырезанную из одежды заплату, типа подушки ППИ. Резать лучше всего из флисового свитера, такая ткань оптимально способствует остановке крови, а поверх неё обернёте бинтуемое место косынкой, свёрнутой в ленту, как было описано выше. Для того чтобы повязка получилась именно давящей, то есть путём сдавливания тканей обеспечила лучший гемостаз, нужно связать потуже её концы так, чтобы образовавшийся узел лёг прямо на рану (и на наложенную на неё заплату).

1.3. Тампонада ран.

Ввиду того, что материал косынки достаточно нежный, она может быть применена для тампонады ран как сама по себе, так и в сочетании с порошковыми гемостатиками при их наличии.

1.4. Фиксация повязки на голове.

Как мы уже неоднократно отмечали, при ранениях в голову и в спешке боя довольно часто наложенная на рану повязка оказывается некачественной, сидит плохо и соскальзывает, особенно если это обычный бинт, а не эластический бандаж. Простым способом предотвратить это является повязывание санитарной косынки поверх наложенной на ранения головы повязки, с тугим затягиванием косынки на затылке двумя узлами. Собственно, от этого функционала и происходит официальное название данного уникального и универсального средства первой помощи.

1.5. Защита верхних дыхательных путей.

Во многих ситуациях, будь то передвижение верхом на броне или на транспорте без салона, типа мотоцикла, нахождение в сильно задымленной местности или горящем здании, сильный мороз или жара с высоким уровнем запыления, санитарная косынка, повязанная поверх лица и носа, обеспечивает защиту верхних дыхательных путей и снижает риск их повреждения.

Из всего вышеперечисленного, как мы надеемся, вы поняли, насколько полезным является это внешне скромное и недорогое изделие. Особенно удачной мы считаем косынку от Rhino Resque, которая находится в вакуумной упаковке (и потому занимает очень мало места), имеет в комплекте две булавки и резинку для большего удобства фиксации её в различных ситуациях.

2. Применение стретч-плёнки.

Иногда стретч-плёнка может находиться в снаряжении бойца в рюкзаке для выполнения различных хозяйственных работ. В этом случае она может быть применена для иммобилизации эквентрации кишечника и повреждений таза. Использовать её для перевязки ранений, как некоторые советуют, я бы не стал. Она плохо подходит для остановки кровотечения.

Важным моментом является тип стретч-плёнки. Пищевая – из очень тонкой плёнки и слишком легко рвётся. А хозяйственная очень плотная и

прочная, но обычно идёт в крупных рулонах, с помощью которых накладывать повязку на раненого неудобно.

2.1. Иммобилизация эвентрации кишечника.

В том случае, если при ранениях брюшной стенки петли кишечника вышли наружу, можно обмотать раненого стретч-плёнкой в поперечной плоскости. В данном случае важно создать вокруг кишечника защитный валик из одежды, косынок и т.д., потому что стретч-плёнка не обладает эластичностью, тянуться она не будет. Если она сильно прижмёт петли кишечника, это чревато в дальнейшем их ампутацией с самыми негативными последствиями.

2.2. Иммобилизация повреждений таза.

Как уже было сказано выше, в разделе 3.2 четвёртой главы, при ранениях таза с повреждением его костей для иммобилизации также может быть применена стретч-плёнка. Разумеется, после того, как будут обработаны ранения с применением гемостатика и наложена повязка.

3. Применение армированного скотча.

Применение скотча, в том числе армированного, для наложения повязок, в качестве импровизированных жгутов и так далее – чаще всего, «жест отчаяния»: уж очень мало он предназначен для медицинских целей. Напротив, при фиксации с помощью скотча окклюзионной или клапанной накладки из герметичного материала к грудной стенке, а также при изготовлении импровизированных шин, например, из туристического коврика, как было описано выше, армированный скотч показывает себя весьма достойно.

Часть 6. Демонстрация изделий различного назначения, объяснение их применения

1. При обморожении и переохлаждении. Объяснение и показ.

Прежде всего нужно учитывать, что обмороженных в нашем климате по любому больше, чем ошпаренных. Поэтому, в первую очередь, демонстрируем курсантам средства, которые применяются при переохлаждении и обморожении пострадавшего.

1.1. Термоизоляция (различные виды термоодеял, способы укутывания).

Существует большое количество импортных термоодеял из различного материала, большей или меньшей стоимости, объёма и веса. Но далеко не у каждого, чаще всего почти ни у кого, такие одеяла будут, особенно сейчас, когда начали действовать санкции. Поэтому наиболее распространённым вариантом является применение так называемой серебрянки, спасательных одеял серебристого цвета старого советского образца или новых китайских. У нас в стране такие тоже выпускает ряд фирм, например, «Аполло».

Спасательные одеяла старого советского образца гораздо более прочные и крупные, нежели современные модели. На них при необходимости можно даже нести человека, и их размера хватает, чтобы полноценно завернуть человека, в отличие от китайских и современных отечественных, где для этого нужно два одеяла.

Недостатком советских одеял является то, что иногда от очень длительного хранения слой серебрянки может с них осыпаться, и они превращаются в прозрачную прочную плёнку.

Помимо утепления раненого, создания импровизированных средств иммобилизации (о чём нами было сказано выше), спасательные одеяла хорошо подходят для защиты от дождя личного состава (ими можно накрыться или сделать из них навес над собой), предметов снаряжения, которые можно в них укутать, и так далее. При этом они практически ничего не весят, не занимают объёма и стоят очень дёшево. Спасательные одеяла обязательно должны быть в снаряжении не только медика, но и каждого бойца. Дополнительно к ним понадобится скотч, лучше армированный, чтобы закрепить его вокруг раненого. Верёвка является плохой заменой скотчу.

Если нужно утеплить пострадавшего, то порядок действий следующий.

Кладём на землю носилки, на носилки кладём коврик (каремат), на коврик ромбообразно кладём спасательное одеяло. То есть углы одеяла находятся в головах и ногах пострадавшего, а два других угла с его боков.

Кладём что-то тёплое, во что будем заворачивать пострадавшего, это может быть спальник, может быть бушлат или ещё что-то из тёплой одежды, и на это уже кладём самого пострадавшего.

Прежде всего нужно учесть: если на пострадавшем одежда мокрая, чаще всего это бывает, если попал под дождь либо какое-то время лежал на снегу и снег был достаточно рыхлый, и одежда, само собой, была не защищающая от воды, не мембранная, то в промокшей одежде человек обязательно будет сильно мёрзнуть, как бы мы его не закутали. Даже относительно здоровый,

уж не говоря о раненом с сильной кровопотерей. Поэтому существует правило: лучше голый, чем мокрый. То есть мокрую одежду удалить с человека очень важно, касается это и одежды, пропитанной кровью.

Если человек замёрз настолько сильно, что находится в бессознательном состоянии, крайне желательно область паха завернуть чем-то вроде простыни, взрослого памперса и тому подобного. Потому что, когда человек согреется, он неизбежно обмочится и опять будет мокрым, и все наши усилия пропадут. А так мы эту простыню выбросим, и он у нас будет лежать сухой, завернутый в тёплое.

При укутывании человека между спасательным одеялом и телом пострадавшего должна находиться одежда, чем больше разной – тем лучше. Наложённое на голое тело спасательное одеяло работать не будет.

Важно укутать пострадавшего так, чтобы в спасательном одеяле нигде не было щелей. Малейшее нарушение герметичности приведёт к тому, что всё тепло будет сквозь эту щель улетучиваться наружу.

На волосистую часть головы пострадавшего обязательно должен быть надет головной убор, и поверх него она должны быть завернута в спасательное одеяло, потому что теплопотери с этой части человеческого тела весьма значительные, а переохлаждение мозга негативным образом сказывается на жизнедеятельности.

Хорошо бы защитить верхние дыхательные пути чем-то типа тонкого бафа (хобота) или шерстяного шарфика, но тут нужно соблюдать чувство меры, потому что сквозь тонкую ткань дышать пострадавшему будет тяжело.

Нельзя давать человеку алкоголь, энергетики, крепкий кофе, потому что у переохлаждённого человека сердце работает нестабильно. Нельзя согревать ноги быстрее туловища, потому что у переохлаждённого человека заблокировано кровообращение везде, кроме лёгких и мозга. Сердце качает кровь через лёгкие, эта же кровь поступает в мозг. Если мы резко согреем человеку пятки, у него в организм поступает сигнал с рефлексогенной зоны: пяткам тепло, и разблокируется множество клапанов. А кровь-то ещё не согрелась, поступает много переохлаждённой крови к сердцу, и в результате легко может наступить остановка сердечной деятельности.

1.2. Грелки.

Если есть согревающие грелки любого типа (химические, каталитические, электрические), то можно пострадавшего обложить ими в следующем порядке. Одну грелку положить на солнечное сплетение, две грелки (если они у нас есть) кладём в подмышки пострадавшего, ещё две на

сосуды шеи, на сонные артерии. К голому телу грелки прикладывать нельзя, так как у них температура достигает 70 градусов, будет ожог. Либо заворачиваем их в ткань, либо прикладываем к термобелью пострадавшего. Принцип очень простой: когда человек сильно переохлаждён, у него сердце качает кровь через лёгкие, чтобы обогатить её кислородом, и в головной мозг. Все остальные пути движения крови заблокированы. Согревая непосредственно эти важнейшие части тела (сердце, лёгкие) и кровь по пути её движения (на шее сосуды находятся ближе всего к поверхности тела), мы обеспечиваем наиболее быстрое и эффективное восстановление жизненных функций.

Разумеется, идеальным вариантом для недопущения переохлаждения является использование адекватной погодным условиям одежды, многослойной и подходящей по температурному режиму. «Фунт профилактики лучше пуда лечения». Гораздо лучше адекватно одеться, чем потом бороться с последствиями переохлаждения.

2. Гипертермия.

Также необходимо сказать несколько слов по поводу термоизоляции и теплорегуляции в жарких условиях. Довольно подробно это описано в книге «Первая помощь при боевых действиях. Том 2. Опыт Сирии». Если совсем кратко, то наши действия в этом случае следующие. Во-первых, необходимо поместить пострадавшего в тень. Хорошо подходят многие подземные убежища, в которых температура заметно ниже, чем на улице, однако нужно, чтобы там была приемлемая циркуляция воздуха. Во-вторых, смочить водой, можно технической, его нательную одежду и головной убор. Именно пропитать, ведь вода, испаряясь, выводит тепло, и человеку становится лучше. Желательно поместить пострадавшего на сквознячке, под тентами, под навесами. Во многих местах бывает неплохой сквозняк (ветер), который хорошо облегчает состояние. В лежачем положении ноги пострадавшего лучше поднять выше, чем его туловище. Если температура пострадавшего очень высокая, 39 и выше градусов, человек перегрелся, состояние его плохое, достаточно ему вколоть анальгин с димедролом. Помимо целого ряда других эффектов, это литическая смесь, которая в данном случае обеспечивает очень быстрое снижение температуры.

Ну и во всех случаях – переохладился человек или перегрелся, когда мы приняли меры к его изоляции от окружающей среды и стабилизации его состояния, нужно его выносить к транспорту и вывозить в место, где он получит надлежащий дальнейший уход.

Ещё совсем недавно казалось, что если тактическая медицина решит все вопросы доставки раненого до ближайшего стационарного лечебного учреждения, то можно будет почитать на лаврах, однако, как оказалось, не всё так однозначно....

«Создавая новую парадигму для будущего гипер-распределенного поля боя и (сплошь состоящего из «запретных зон», где приказ о «Золотом часе» не действует) нужно обратить свой взгляд в прошлое. Не слишком далекое. Не дальше, чем времена создания спецвойск. В УСС во Вторую мировую были разработаны планы по оказанию хирургической помощи в ближней зоне, стабилизации и длительного ухода за ранеными с последующей эвакуацией различными нештатными способами. Часто с помощью местного населения»¹².

Вообще, классическая тактическая медицина основана на том, что нужно, чтобы у тебя раненый дожил до госпиталя, а там умные врачи раненым займутся. Волонтеры, милостью Божией, сделали тактическую медицину в нашей стране, создали её с полного нуля без всякой помощи государства именно на этом базисе. Мы рассчитывали, что, по крайней мере, госпитальный этап, чем традиционно была сильна наша военная медицина, у нас будет в полном порядке на государственном уровне.

Но, к огромному сожалению, по поступающим ко мне сообщениям из окопов, ситуация выглядит противоположной. А именно, те, кто носит погоны и медицинские эмблемы, решили, видимо, что раз волонтеры сделали тактическую медицину, пусть делают и всё остальное. Я постоянно получаю информацию о том, что если боец не получил очень тяжелого ранения с переломом костей, отрывом конечностей, то ему оказывают первую помощь в госпитале или ином стационарном медицинском пункте, а потом возвращают обратно в роту на долечивание. Если добавить, что на должности ротного фельдшера, как правило, стоит человек вообще без медицинского образования, тем более не фельдшер, и учесть, насколько плохо со снабжением и условиями для лечения госпитальных больных в линейных подразделениях в окопах, то я могу уверенно сказать, что отечественная военная медицинская мысль деградирует в допироговские времена.

Во времена Пирогова понимали, что раненых надо лечить в госпитале, но современная Россия – это не царская Россия времён Крымской кампании. Почему я это говорю? Потому что уже скоро дойдёт до необходимости не

¹²Уорнер Д. «Рокки» Фарр, «Смерть золотого часа или будущее партизанской медицины»

только иметь набор хирургических инструментов в каждой роте, а ещё и иметь всё необходимое оборудование для организации хирургической помощи, терапии и так далее непосредственно в подразделении. Разумеется, это деградация во времена не просто допироговские, это деградация в эпоху донаполеоновских войн, до Ларрея. И с экономической точки зрения, и с логистической, и с организационной – это путь в тупик, это отказ от основополагающих и незыблемых правил медицины, одно из которых – этапность лечения и эвакуации. Разумеется, при нынешнем уровне «патриотизма» медицинских кадров, врачей и фельдшеров, которых в окопы, где ребята за Родину умирают, палкой не загонишь, ситуация ещё более критическая. Потому что, как верно сказал один хирург: «Научить сантехника оперировать я смогу за два месяца. Научить думать как врач – лет за шесть». То есть даже если мы привезём в каждую роту инструменты и оборудование – как научить людей без медобразования пользоваться ими?

При этом населения в стране мало, а Мужчин (а не трусливых «особей в штанах»), готовых встать за Родину, – ещё меньше. Жизнь каждого защитника Отечества особенно ценна. Ситуация критическая.

Разумеется, есть и объективные причины происходящего. Это развитие современных средств разведки и целеуказания, ударных беспилотников, артиллерии, новых средств управления боем, спутниковой связи и многого другого, что в корне изменило картину войны.

Однако тем больше ответственность всех, причастных к военной медицине вообще и тактической медицине в частности. Необходимо постоянно получать, анализировать и распространять самый современный боевой опыт, углублять свои медицинские и тактические знания вне зависимости от того, есть или нет у вас медицинское образование, а также внимательно перечитывать как вражеские труды по тактической и военно-полевой медицине, так и наследие наших великих предков.

Так что я не удивлюсь, если с такими трендами нам предстоит, как легендарному партизанскому врачу Цесарскому, отпиливать бедренную кость самодельной пилой и перевязывать сосуды нитками, нащипанными из парашютов. К этому надо быть готовыми. Учитесь и день, и ночь.

3. При ожогах.

3.1. Гелевые повязки (отечественные, импортные).



Рисунок 33 – слева направо: Средство перевязочное гидрогелевое противоожоговое «ЭверсЛайф-СП», 24х24 см; Средство перевязочное гидрогелевое противоожоговое ранозаживляющее «ЭверсЛайф-Гель», 10 г; Гелевая противоожоговая повязка (RHINO RESCUE) Burn Dressing, 10х10 см; Повязка гелевая противоожоговая, ранозаживляющая «АППОЛО-ПГ-ПАК-АИ», 20х30см; Лиоксазин ПФ-гель, 50 г; Лиоксазин салфетка противоожоговая, 24х24 см.

Ожоги являются частым спутником войны, особенно в настоящее время, поэтому в своих комплектах обязательно нужно иметь различные противоожоговые средства.

Наиболее распространёнными противоожоговыми средствами являются гелевые повязки самых разных типов. Обычно все они показывают себя хорошо. Но гелевые повязки нужно иметь различного размера. В случае масштабных ожогов, которые бывают чаще всего при боевой травме, крупные повязки позволяют закутать целиком повреждённую конечность, голову и т.д.

Маленькие повязочки нужны, потому что весьма распространёнными в полевых условиях являются, так сказать, бытовые ожоги. К примеру, боец подогрывает себе чай на горелке, взялся неумело пальцами за нагретую кружку и обжёг пальцы. В этом случае расходувать большую повязку крайне нежелательно, а помощь оказать надо. Именно для этого нужно иметь маленькие повязочки, благо их сейчас делают многие фирмы, «Аполло», например (рис. 33).

3.2. Лиоксазин и другие жидкие составы.

Помимо гелевых повязок применяются жидкие вещества, самое известное – лиоксазин, чаще всего расфасованные в тюбики в виде геля различной степени вязкости (рис. 33). Может быть пантенол в виде спрея, бывают бинарные составы, которые в пакете находятся внутри двух изолированных друг от друга кармашков и которые перед применением нужно смешать. Но нужно понимать, что мало нанести эти вещества на обожжённую конечность, поверх него нужно обязательно наложить повязку. В процессе наложения повязки гелевый состав, который вы нанесли, может испариться или впитаться в повязку, поэтому повязка может присохнуть. Чтобы этого избежать, нужно повязку пропитать этим же составом.

Вывод: в большинстве случаев удобнее использовать всё-таки готовые гелевые повязки, которые, нанеся на рану, фиксируем бинтом.

3.3. ИПП.

Если у вас совсем ничего нет, при ожогах некоторым паллиативом может служить старого советского образца индивидуальный противохимический пакет, ИПП, особенно если ожоги химические. Но как он хранился и насколько сохранил свои свойства, неизвестно. Да и при обычном ожоге всё же лучше иметь гелевые повязки. Если нет специализированных гелевых повязок, тогда можно применять противохимический пакет.

4. При ранениях груди (пневмоторакс).

При ранении груди с точки зрения оказания помощи на поле боя у нас есть ровно два варианта: пневмоторакс есть и пневмоторакса нет.

Если пневмоторакса нет, нам достаточно просто наложить повязку любым бинтом (лучше эластичным, потому что он растягивается при движении груди и таким образом лучше прилегает к ране), обезболить и эвакуировать человека в госпиталь.

Но если есть пневмоторакс, нужно принять меры к тому, чтобы воздух в груди не сжимал лёгкое и не мешал нормальному дыханию.

При проникающих слепых ранениях грудной клетки на входное отверстие накладываем клапанную повязку. Об этом речь пойдёт ниже. При сквозных ранениях чаще всего выходное отверстие крупное, со значительным разрушением мягких тканей и рёбер и обильным наружным кровотечением. В этом случае раневой канал неглубоко, но плотно тампонируется гемостатическими препаратами, чтобы закрыть отверстия в разрушенных межрёберных артериях. Чтобы ваши действия были грамотными,

представьте, что вы заклепываете стенку разбитой амфоры пластилином. Поверх гемостатиков поперёк грудной клетки пострадавшего накладывается повязка, и одним из туров подматывается оболочка ППИ или другой герметический материал.

Межрёберные артерии характеризуются активным кровотоком, если их не затампонировать, раненый легко может погибнуть. Учитывайте это обстоятельство для понимания простого факта: существующее правило «полости человеческого тела не тампонируют» не противоречит необходимости тампонады повреждённых крупных сосудов грудной стенки.

4.1. Оболочка ППИ с лейкопластырем / армированным скотчем.



Наиболее дешёвым, распространённым и известным способом является применение оболочки от перевязочного пакета старого советского образца.

Её накладываем на голое тело чёрной прорезиненной стороной к телу, с трёх сторон из четырёх подклеиваем лейкопластырем либо армированным скотчем к грудной стенке (фото 346 – 347). Перед наложением повязки крайне желательно протереть грудную стенку от крови, пота и грязи, тогда повязка будет держаться лучше. Какую сторону накладки мы не будем фиксировать пластырем, зависит от того, подтекает ли кровь из грудной стенки наружу через рану или нет. Если кровь не подтекает, как чаще всего и бывает, лучше, чтобы незакреплённой оставалась стенка, обращённая вверх при транспортировке раненого. Если кровь подтекает – наоборот, свободной оставляем стенку, обращённую вниз, для свободного оттока крови (фото 347). В противном случае кровью заполнится повязка и клапан перестанет работать.

При необходимости сделать глухую окклюзионную накладку на рану всё ещё проще. Накладываем оболочку ППИ либо другой герметичный материал на рану и плотно прибинтовываем её.

4.2. Окклюзионные и клапанные повязки (отечественные, импортные).



Разумеется, если у вас есть специализированные окклюзионные повязки на грудь, лучше применить их.

Бывают как иностранные, китайские и индийские, так и отечественные, например, фирмы «Геомед». На фото 349 демонстрируется применение окклюзионного неvented (без клапана) пластыря Chest Seal от китайской компании Rhino Rescue. Наиболее распространены имеющие округлую форму, и в центре их находится клапан, от которого либо крестом, либо квадратом отходят три-четыре канала, через которые воздух выводится наружу.

Кроме того, бывают клапаны с пластиковой односторонней проводимости кнопкой, отдалённо похожей на свисток. Но они сейчас встречаются реже.

Любой такой клапан обычно легко клеится на грудную стенку, исключения составляют изредка встречающиеся бракованные серии. Клеить нужно так, чтобы середина наклейки с отводящим клапаном находилась прямо над отверстием раневого канала. Но перед наклеиванием поверхность груди также лучше протереть, убрать с неё кровь и пот для повышения прочности сцепления.

Помимо клапанных существуют ещё глухие окклюзионные повязки, без клапана. При наклеивании они наглухо закрывают отверстие раневого канала. Также нужно учесть, что если вам нужно наглухо закрыть отверстие, для этого существует множество способов. Можно взять оболочку любого перевязочного пакета, полиэтиленовый пакет и т.д., прибинтовать их – и готово. Поэтому я бы советовал приобретать повязки с клапаном, а брать или нет без него – на ваше усмотрение. При этом напоминаю, если имеется пневмоторакс, особенно напряжённый, для устранения его глухая повязка

достаточного эффекта не даст. Нам нужно стравить (выпустить) воздух из груди.

4.3. Плевральная игла.

Отдельно нужно несколько слов сказать о применении иглы для пневмоторакса, так называемой плевральной иглы (рис. 34). Их выпускают довольно много, различных модификаций. Чаще всего она представляет собой длинную иглу, на которую сверху надета пластиковая трубка. Эту иглу втыкают в грудь раненого, потом иглу вытягивают изнутри, а пластиковая трубка остаётся в теле пострадавшего, и через неё воздух выходит наружу из грудной стенки. При этом она применяется именно для борьбы с пневмотораксом, а не гемотораксом, поэтому ставится, если пострадавший в сидячем положении (чаще всего так и будет), в верхнюю часть груди во второе межреберье. Техника выполнения манипуляции следующая. Прикладываем два пальца под ключицей пострадавшего вдоль неё, параллельно ей и пониже второго пальца нащупываем второе межреберье. В нём нащупываем верхний край второго ребра. После этого, перпендикулярно поверхности груди, ориентируясь по сосковой линии, вводим иглу внутрь и извлекаем её, оставляя в теле пластиковую трубку, на которую игла надета. Однако необходимо напомнить, что это не просто врачебная, а хирургическая манипуляция, требующая высокого уровня подготовки. При введении иглы можно повредить межрёберные артерии, лёгкое, можно сделать подкожную эмфизему и целый ряд других разнообразных осложнений, а наличие самого пневмоторакса диагностировать далеко не просто в полевых условиях.



Рисунок 34 - декомпрессионная игла для пневмоторакса

Пока из надёжных источников я слышал о наличии только одного случая напряжённого пневмоторакса, который был эффективно устранён введением плевральной иглы. Большинство научных источников сообщает, что смерть раненых от пневмоторакса наступает примерно в 1% случаев. Словом, рекомендую десять раз подумать и скорее воздержаться от применения этой манипуляции, чем налево и направо ставить иглы, разумеется, если вы не хотите избавиться от большей части своих сослуживцев.

5. Гемостатики. Объяснение и демонстрация средств.

Завершает раздел рассказ о различных «экзотических» средствах медицинской помощи. Экзотически, разумеется, сказано с иронией. На самом деле гемостатики исключительно полезны и весьма распространены. Это специальные препараты, предназначенные для увеличения свёртывания крови. Таким образом, они эффективно действуют для остановки кровотечения при ранениях. Подробнее о различных видах гемостатиков, особенностях их применения вы можете узнать из книги «Первая помощь при боевых действиях. Том 2. Опыт Сирии». Там есть целая глава, «Местные гемостатические средства», их описано изрядное количество. Здесь мы так подробно говорить об этом не будем.

Если совсем кратко, то на инструкторском курсе разбираются следующие аспекты.



Рисунок 35 - слева направо: Tактический бинт Rhino Rescue Z-fold эластичный Z-сложенный для тампонирования; Гемостатический бинт на каолине ALSIGEM; Гемостатический бинт-тампонада PLANTAGO GAUZE с каолином; Повязка гемостатическая Kaolin Hemostatic Gauze; Бинт гемостатический стерильный «ГеоМед» на основе хитозана; Бинт гемостатический «Гемоглос»

5.1. Отечественные неэффективные (коллагеновая губка, аминокапроновые салфетки и т.д.).

«Не все йогурты одинаково полезны». Несколько лет назад было очень распространено, да ещё и сейчас встречается, поверье, что гемостатические средства, предназначенные для остановки незначительных паренхиматозных кровотечений, типа коллагеновой губки, салфеток с аминокапроновой кислотой и т.д., могут быть успешно применены для остановки кровотечения при тяжёлых ранениях с повреждением крупных сосудов. Это кардинально не так. Мало того что их химический состав не вызывает быстрого образования достаточно крупного тромба, сама их конфигурация исключает вторую возможность: плотную механическую тампонаду раневого канала. Если прибегнуть к методу аналогии для разъяснения ситуации тем из наших слушателей, которые совсем слабо разбираются в медицине, паренхиматозное кровотечение – это капли воды, которые пролили на стол. Артериальное или из крупных вен – это струя воды, которая хлещет из сорванного крана. Бумажная салфетка, которой успешно можно стереть капли со стола, никак не поможет вам заткнуть трубу, из которой бьёт поток, как из шланга. Не надейтесь на губки и эти салфетки при серьёзных ранениях.

5.2. С вредными побочными эффектами.

Одними из первых гемостатиков были препараты из цеолитов, например, QuikClot первых поколений. Принцип их действия в том, что при контакте с жидкостью они сильно нагреваются (до 70 градусов), вызывают ожог тканей вокруг себя и таким образом обеспечивают остановку кровотечения. С одной стороны, эффект они действительно обеспечивают, кровотечение останавливается. С другой, ожог ткани вызывает многочисленные побочные осложнения, которые уже потом требовали отдельных медицинских пособий, зачастую весьма тяжёлых. Поэтому от применения таких гемостатиков в основном отказались. Я пишу «в основном», потому что есть ещё некоторые фирмы, которые выпускают такие препараты и даже пытаются протолкнуть их на рынок. Иначе как преступной назвать их деятельность не могу. Вы же имейте в виду, что применять такие гемостатики нельзя. Как проверить, не вызывает ли предложенный вам неизвестный препарат тяжёлых ожогов? Всё очень просто. Насыпьте несколько столовых ложек гемостатика (обычно он фасуется в виде порошка) в чашку и налейте туда совсем немного воды. Если вода буквально закипит с выходом столбика пара – вывод очевиден.

Это не единственный вредный побочный эффект, который может быть вследствие применения гемостатиков. В частности, в Соединённых Штатах

был разработан исключительно сильный по скорости образования тромбов препарат WoundStat. Однако вскоре после испытаний он был тихо изъят. Проблема оказалась в том, что он образовывал множество мелких тромбов, которые потом с током крови поступали в мозг, лёгкие и вызывали тяжёлую эмболию.

Вывод из этого прост: применение неизвестных гемостатиков может иметь самые негативные последствия.

5.3. Импортные на основе хитозана («Целокс»).

Длительное время наиболее распространённым гемостатиком был, и во многом до сих пор не оставил своих позиций, препарат хитозан, который изготавливают из панцирей членистоногих, начиная с лангустов, омаров и заканчивая тараканами. При контакте с кровью он вызывал повышенную свёртываемость, остановку кровотечения. Изготовленные из него за рубежом препараты семейства «Целокс» стали лидерами рынка на долгие годы.

Каждый из этих форматов имеет свои достоинства и недостатки. Порошкообразным препаратом удобно посыпать поверхность при скальпированных ранах, при обширных разможджениях, во всех случаях, когда рана находится поверхностно, не имеет глубокого раневого канала. Но недостаток порошкообразной формы – в глубокий раневой канал, который чаще всего образуется от пули или осколка, засыпать препарат проблематично. Также нужно учесть, что после того, как гемостатик поместили в рану, всё равно нужно прижать ранение бинтами или при значительной глубине повреждения – затампонировать. В противном случае препарат будет вынесен потоками крови из раны.

Распространённым способом применения порошковых гемостатиков при ранениях является посыпание поверхности обычного бинта гемостатиком и тампонада раны с помощью этого бинта, либо обёртывание им поверхностно расположенных ран и наложение поверх давящей повязки. Разумеется, это требует некоторого времени на приготовление бинта к помещению в рану. Бинт, пропитанный гемостатиком при изготовлении, ещё на заводе, приготовить к применению гораздо быстрее, и был бы он идеален, если бы не одно серьезное «но». Он достаточно толстый, грубый, а при контакте с кровью гемостатик ещё больше твердеет. Получается, что бинт твёрдый, как картон, а большинство ранений достаточно узкие, маленькие, и в рану засунуть его становится проблематичным. Он туда просто не лезет.

Аппликатор специально разработан для введения гемостатика в узкие раневые каналы. Его можно без больших усилий затолкать достаточно

глубоко и поршнем ввести порошок, однако всё равно после извлечения аппликатора необходимо затампонировать раневой канал бинтом во избежание вымывания гемостатика кровью.

5.4. Отечественные на основе хитозана («Геомед», «Гепоглос»).

От импортных гемостатиков мы сейчас, вполне естественным образом, перешли к применению отечественных препаратов. Во-первых, потому что война, и покупать у врага лекарственные средства – не очень умная процедура, чреватая непредсказуемыми последствиями. Во-вторых, действуют санкции, и закупки чисто технически стали весьма сложными. В-третьих, нередко бывали случаи, когда препараты импортного производства, которые они поставляли своим холоумам и которые попали нам в руки в качестве трофея, оказались просроченными. Определить просроченный гемостатический бинт достаточно просто. Большая часть гемостатического вещества, которое в норме в виде золотистой корочки наклеено на поверхность бинта, слушилось и как порошок лежит в упаковке, в которой находится бинт, отдельно от него.

Отечественные препараты чаще всего бывают в виде порошка (гранул) и бинта длиной от метра до трёх, в зависимости от упаковки. По нашему скромному опыту, полтора метра – самая универсальная длина.

5.5. Коалиновая глина («Алсигем»).

В завершение скажу, что сейчас целый ряд фирм (например, отечественная фирма «Алсигем») производит гемостатики на основе каолиновой глины, которая не вызывает ожогов. В этом случае бинты очень нежные, в рану заходят хорошо, и себестоимость их очень низкая, но всё же недостатком является то, что пока ещё мало опыта боевого применения этих гемостатиков, и никто не может сказать, насколько они эффективны.

Выводы. Наиболее эффективным было применение гемостатиков в ходе работы в Сирийской Арабской Республике. Там гемостатические бинты были тонкие, типа «Гемофлекс», на их поверхности слоя гемостатического вещества не было. Вследствие этого в рану при тампонаде этот гемостатик заходил достаточно хорошо. Это первое. Второе. Там было достаточно эффективное местное обезболивающее «Трамалгин». Вколешь его бойцу, буквально две минуты прошло, пока бинт готовишь, и после этого можешь рассекать кожу ножницами, залезать пальцами в рану, удалять нежизнеспособные ткани. Боец совершенно спокоен. Лежит, не мешает тебе

оказывать помощь. И третье. Противник был не такой серьёзный, даже если в нескольких сотнях метров от нас идёт бой, можно было спокойно заниматься ранеными. Беспилотники над головой не висели, миномёты с большой точностью не накрывали. Словом, наилучшие условия для применения гемостатиков были в Сирии. Теперь же в ходе работы на СВО все эти три достоинства отсутствуют. Тонких гемостатиков нет, они все достаточно толстые, грубые. Отечественные обезболивающие отвратительные или вообще не работающие. Боец всё чувствует. Нет возможности ему рассекал кожу, глубоко тампонировать рану. Он орёт и отбивается. Плюс к этому противник серьёзный. Беспилотники висят, накрывают точным огнём миномёты. Спокойно возиться, как раньше, нет возможности. Словом, обработка ран в современных условиях гемостатиками стала встречать многочисленные трудности.

Не могу не отметить, что в Сирии такие качественные препараты были потому, что там за подделку медикаментов – смертная казнь. У нас смертная казнь запрещена, за некачественные лекарства, которые стоят жизни и здоровья бойцам, не только не казнят, но даже не наказывают. В итоге получается, что лучших людей своего народа, его защитников, мы не жалеем, а жалеем преступников, разрушающих нашу фармацевтику и оборону страны и являющихся непосредственными виновниками гибели этих самых защитников.

Часть 7. Разбор допущенных ошибок. Выводы. Различия в проведении третьего учебного дня базового и инструкторского курсов

В конце второго дня инструкторского курса, так же, как и в конце первого, необходимо разобрать все основные ошибки, допущенные в ходе обучения. На базовом курсе обычно в конце второго дня производим разбиение личного состава по контрольным точкам (тампонада на манекене, капельница, СЛР, мероприятия против гипотермии, иногда – дополнительная точка по обращению с оружием) и отрабатываем упражнения зелёной зоны. По мере отработки упражнений личный состав перемещается между контрольными точками. На инструкторском курсе можно успеть отработать зелёную зону во второй день только частично, и то если запланировать вечерние занятия в темноте. Если имеется аудитория, в которой можно завесить окна и обеспечить темноту, лучше так не делать и перенести отработку упражнений «в условиях ограниченной видимости» и упражнений зелёной зоны на третий день. Как бы сильно не были мотивированы люди, которых вы обучаете, при излишнем переутомлении качество обучения их резко падает, так как снижается степень восприятия.

ИНСТРУКТОРСКИЙ КУРС

Третий день

Часть 1. Повторная отработка упражнений первых двух дней базового курса

Основное отличие инструкторского курса от базового, как уже говорилось, в том, что обучаемых на нём меньше, а мера ответственности инструктора за каждую ошибку, которую не удалось устранить в ходе курса, – больше. Третий день базового курса, во всяком случае, первая его половина, посвящён отработке тех упражнений, которые вызвали в предыдущие дни наибольшие сложности и в которых было допущено наибольшее количество ошибок.

Разумеется, в различных группах могут быть те или иные приоритеты в отработке. Следовательно, иногда нужно отрабатывать в третий день одни упражнения, иногда – другие. Однако наиболее типичными и в то же время достаточно важными являются ошибки при наложении повязки на культю оторванной конечности, эвакуация раненого и разбор редких и интересных образцов снаряжения, которые вызвали особенный интерес или не были разобраны в предыдущие дни.

В ходе базового курса эти упражнения обычно отрабатываются в конце второго дня. Одновременно формируются четыре контрольные точки (манекен для тампонады, манекен для инфузий, манекен для сердечно-лёгочной реанимации (СЛР) и зона отработки мероприятий против гипотермии), иногда добавляется пятая зона – для отработки действий с оружием. Так делаем прежде всего потому, что нет никакой возможности обеспечить одновременно достаточное количество манекенов для тампонады и сердечно-лёгочной реанимации на значительное количество людей. Они слишком дорогие для закупки и слишком громоздки при перевозке на выездные мероприятия. Поэтому самым целесообразным форматом проведения этой фазы занятий по нашему опыту является следующее.

Производится последовательный показ всем курсантам одновременно порядка действий в каждой зоне, распределяются инструкторы-помощники, ответственные за неё, а потом курсанты разбиваются в составе групп по зонам и начинают отработку упражнений. По окончании работы в одной зоне самостоятельно перемещаются в следующую, и так до тех пор, пока не отработают всё.

Во время инструкторского курса можно делать аналогично, только с учётом того, что всего занимающихся не больше десяти, желательно более тщательно проговаривать порядок действий в каждой зоне.

Часть 2. Сердечно-лёгочная реанимация

СЛР – это манипуляция, которую применяют в случае прекращения сердечной деятельности пострадавшего и отсутствие у него дыхательной функции. Причём нужно отметить, что это является одной из самых распространённых манипуляций в первой помощи мирного времени, наиболее любимой для преподавания Красным Крестом. Если вы хотите очень подробно и тщательно изучить её, то рекомендую всё-таки сходить на курсы Красного Креста, заодно получить бумажечку, что вы их прослушали. (Если у вас с Красным Крестом нет контракта или тёплых отношений, тогда с целью улучшения репутации и самостоятельности лучше изучить наши проекты «Технологии выживания»: 1. «Помощник парамедика»; 2. «Неделя медицины»; 3. «Отдельный медицинский отряд «Технологии выживания».) Это увеличивает вашу возможность оказывать медицинскую помощь в мирных условиях. Однако считаю необходимым напомнить, что мы преподаём тактическую медицину. Тактическая медицина – это оказание помощи в условиях боевых действий. Там есть целый ряд принципиальных отличий от медицины гражданского времени. То есть гораздо меньше формализма и каких-то бюрократических норм, ограничивающих вашу работу, а главный критерий – её эффективность.





Фото 353



Фото 354



Фото 355



Фото 356



Фото 357



Фото 358



Фото 359



Фото 360



Фото 361

Итак, прежде всего перед оказанием сердечно-лёгочной реанимации необходимо людям пояснить, зачем мы её делаем. И если у пострадавшего прекратилась сердечная деятельность, то кровь, обогащенная кислородом, перестала поступать к мозгу. Клетки мозга крайне чувствительны к такому состоянию. 6 – максимум 8 минут без кислорода, и после этого мозг уже не восстановится, каких манипуляций ни проводи. Человек полноценно функционировать не будет. Следовательно, наш принцип действия простой. Мы механическим образом (это называется непрямой массаж сердца) надавливаем на грудную клетку так, чтобы сердце сжималось под этим воздействием и подавало кровь в сосуды, ведущие в мозг, лёгкие и сердце. Периодически (после 30 нажатий) делаем два вдувания в лёгкие пострадавшего для того, чтобы обогатить кровь кислородом. После этого опять делаем компрессии. Вот наш принцип действия.

Для того чтобы начать сердечно-лёгочную реанимацию, нужно убедиться, что можно стоять на коленях над раненым и качать его без риска сразу быть застреленным. Самая распространённая ошибка в том, что, стремясь оказать помощь раненому, люди забывают об опасности со стороны противника, и последствия могут быть самыми фатальными.

Далее надо убедиться, что у человека действительно нет сознания и дыхания. Для этого необходимо снять с пострадавшего бронежилет и расстегнуть верхнюю одежду, проследить движения грудной клетки. Также надо удостовериться, что у пострадавшего нет никаких помех движению воздуха через верхние дыхательные пути. Потому что, если у человека выбитые зубы, сломанные кости, зубные протезы, кровь, рвотные массы во рту – что угодно из перечисленного, – это мешает человеку нормально дышать. Следовательно, нужно обязательно очистить верхние дыхательные пути от всех инородных тел, которые могут мешать нормально дышать человеку.

Для этого обматываем пальцы бинтиком, который защитит их от порезов о зубы пострадавшего, но главное – обеспечит лучшее сцепление и более надёжное удаление посторонних предметов, поворачиваем голову пострадавшего набок и аккуратно, чтобы не загнать посторонние предметы глубже, крючкообразными движениями пальцев на себя и вниз удаляем содержимое рта.

Наклоняетесь над пострадавшим ухом к его рту, смотрите на состояние грудной клетки: поднимается ли грудь раненого при дыхании, слышны ли его дыхательные движения, ощущается ли дыхание. Если в течение 10 секунд никаких признаков дыхания не выявлено, значит, нужно срочно начинать

сердечно-лёгочную реанимацию. Доступным способом вызываем медиков или санинструктора (или сообщаем командиру), обозначая местонахождение пострадавшего и начало сердечно-лёгочной реанимации. Кладем пострадавшего на спину (если возможно, на ровную и твёрдую поверхность) и занимаем позицию сбоку от пострадавшего. Одно наше колено примерно на уровне его плеча. Второе примерно на уровне низа груди. Ощупываем грудную клетку, находим грудину. В среднем грудина проходит посередине грудной клетки сверху вниз, с боков, а снизу идут края рёберных дуг. Там, где сходятся края рёберных дуг, грудина переходит в мечевидный отросток, острую такую косточку, на неё давить ни в коем случае нельзя, иначе она может отломиться, загнаться внутрь, выдавить желудочное содержимое в ротоглотку, и самое главное – не будет изгнания крови сердцем при нажатии. Поэтому ладонь кладем на центр грудины, определив ее начало и конец – мечевидный отросток (фото 353). Опираемся основанием ладони на грудину, ни в коем случае нельзя опираться всей ладонью, потому что эффективного давления на сердце не получится. Ладонь второй руки кладем сверху первой, пальцы замыкаем в замок (фото 354). Второй рукой оказываем давление на запястье первой руки (фото 355).

Начинаем ритмично давить на сердце. Частота компрессий не менее 100 и не более 120 в минуту (полтора – в секунду). Глубина давления не менее 5 и не более 6 сантиметров. С указанной частотой делаем 30 нажатий (фото 356-357). После этого запрокидываем голову пострадавшего, выдвигаем нижнюю челюсть, чтобы открыть верхние дыхательные пути, и делаем два выдоха в рот (фото 358-361).

Для искусственных вдохов необходимо запрокинуть голову пострадавшего, положив ладонь ему на лоб, второй рукой поднимая костную часть подбородка (фото 358-359). Ладонью, лежащей на лбу, зажимаем нос человека, чтобы воздух не выходил наружу (фото 359). Если делать выходи слишком быстро или слишком резко, воздух поступит не в легкие, а в желудок пострадавшего, что может вызвать рвоту. Рвотные массы поступят в верхние дыхательные пути, и это ещё больше ухудшит состояние пострадавшего. Лучше использовать специальные защитные средства, которые призваны не дать обменяться микрофлорой, например, маски для СЛР с клапаном. Но идеально использовать мешок Амбу с лицевой маской. Бывают мешки Амбу в компактной упаковке, похожие на крупную шайбу, специально для боевого применения. Они идут с маской в комплекте, которая надевается на рот и нос пострадавшего. Одной рукой удерживаем маску на лице пострадавшего, другой рукой ритмично сжимаем мешок Амбу, и воздух поступает в лёгкие пострадавшего.

Воздух подавать к пострадавшему нужно медленно, ритмично. Со страшной силой дуть не надо, потому что лёгкие человека природой не рассчитаны на такое воздействие. Возможна баротравма лёгких. Если выполнить искусственный вдох по определённым причинам невозможно (травма лица, нет защитной маски, платочка и т.п.), то тогда продолжайте непрямой массаж сердца без искусственного вдоха (кардиоцеребральная реанимация).

Обычно сердечно-лёгочная реанимация выполняется или до того момента, пока человек не придёт в сознание и начнёт самостоятельно дышать, или пока не появятся несомненные признаки биологической смерти типа трупных пятен, или пока не приедут другие специалисты, которые смогут продолжить реанимационные мероприятия, или в месте, где проводится сердечно-лёгочная реанимация, стало небезопасно, или пока вы не устанете до такой степени, что уже не сможете продолжать реанимацию. Кстати, на этот крайний случай обязательно нужно обучить всех бойцов подразделения. Тогда, сменяя друг друга, качать человека можно очень долго.

В военных условиях присутствует ещё одно ограничение. Если у вас появился другой тяжелораненый без признаков клинической смерти (перспективный), то приоритетно оказание помощи второму.

На самом же деле в условиях боевых действий функционал сердечно-лёгочной реанимации весьма ограничен. Если какой-то боец получил настолько тяжёлое ранение, что у него перестало работать сердце, то тогда, если даже ему сердце запустим в несколько толчков, вся кровь из раны выльется. И далее человек уже не оживёт в любом случае, пока не устраним и не предупредим непосредственную причину ранения.

Совсем недавно читал какую-то иностранную статью, где написано, что число бойцов, вернувшихся в строй после перенесённой СЛР, составляет 3%. Словом, сердечно-лёгочную реанимацию чаще применяют в гражданских условиях, когда у человека инсульт, перепад давления и т.д. Существует множество состояний у гражданских людей, когда сердечно-лёгочная реанимация может быть им полезна и может спасти их жизнь. В условиях же боевых действий, как я сказал, функционал сердечно-лёгочной реанимации весьма ограничен, но делать её обязательно нужно уметь. Почему?

Во-первых, потому что бывают случаи, например, тепловой удар, контузия, когда, у человека нарушилась дыхательная деятельность и работа сердца, но за счёт применения сердечно-лёгочной реанимации удаётся человека оживить.

Во-вторых, жить хотят все. Это естественно. И бойцы, само собой, очень обеспокоены тем, как их будут спасать в случае их тяжёлого ранения. Когда

вы оказываете помощь умирающему, все смотрят за вашими действиями. Если человеку совсем ничего не сделать в случае тяжёлого ранения, то постепенное умирание его без всякой надежды и при полном безучастии медслужбы сильно деморализует личный состав. Бойцы смотрят и думают: и меня так же качественно будут спасать? Если же они видят, что медик до последнего боролся за жизнь, раненого качал, дышал, то это поднимает боевой дух личного состава.

Из наиболее ярких эпизодов для более глубокого понимания приведу вам следующий. Когда брали Озеряновку с Михайловской, привезли нам одного бойца. Я вижу, что он уже умер. Наши доктора начали делать сердечно-лёгочную реанимацию. Я им команду: «Две минуты качаем, а потом, если не поможет, занимаемся другим», – так как раненых было много. Тут подбегает другой боец с криком: «Это мой брат!» Пришлось для поддержки морального духа, для улучшения настроения личного состава качать сердце аж до прибытия в больницу, невзирая на то, что тот явно был мёртвый. Словом, сердечно-лёгочную реанимацию обязательно все должны пройти и уметь её делать, научиться предупредить, выявить и устранить самые часто встречающиеся причины смерти в условиях тяжёлых ранений или, как часто бывает, при лёгких ранениях.

Часть 3. Проговаривание алгоритмов действий (ЖОПЭ и ОООИКТ) в каждой зоне.

Хотелось бы напомнить всем нашим инструкторам и претендентам в инструкторы то, что они уже ОБЯЗАНЫ знать в обязательном порядке. Базовый алгоритм помощи по нашей школе – не только знаменитая ЖОПА, но и ОООИКТ.

Если совсем кратко:

Жгут

Обезбол

Перевязка

Автомобиль (или Амбулатория, то есть больница) = Эвакуация

Это базовый алгоритм, предназначенный для самой первой помощи, применяемой в основном в красной и жёлтой зонах, под плотным огнём и в отсутствии условий для более сложных манипуляций. Также может применяться в тех случаях, когда по нашей старой «хорошей» традиции сначала годами не обучали людей вообще, а потом отвели несколько часов на всю медицинскую подготовку. В этом случае больше они всё равно ничего выучить не успеют.

ОООИКТ:

Остановка кровотечения

Обезболивание

Очистка дыхательных путей

Иммобилизация опорно-двигательной системы

Компенсация кровопотери

Терморегуляция (предотвращение переохлаждения)

Это более развёрнутый алгоритм помощи, которая в зависимости от наличия условий (зелёная зона, хотя не всегда), времени, знаний и оборудования осуществляется в том или ином объёме.

На инструкторском курсе целесообразно проговаривать оба алгоритма подробно, чтобы убедиться, что инструкторы хорошо знают их и могут довести на своих занятиях. И само собой, чтобы не было такого позорища, как кто-то, ничего не понимающий ни в тактической медицине, ни в военном деле, но зато по недоразумению обладающий погонями, начал козырять всякими «алгоритмами марч-спау», а инструкторы и не знают, что ему ответить.

Все, кто говорит, что в нашей школе тактической медицины есть только ЖОПА и нет других алгоритмов первой помощи, расписываются даже не в своём неумении читать, а в полной профессиональной безграмотности. Потому что даже читать уметь не обязательно – достаточно просмотреть первый день нашего курса, лекционное занятие по медицине. Там об этом сказано подробно.

Особенно прискорбно, когда так начинают говорить люди со званиями офицеров военной медицины.

Специально для таких в замечательной книге о тактике германских штурмовиков сказано следующее:

«Несмотря на сотни томов, написанных о Первой мировой войне между 1919 и 1939 годами, традиция оперативного манёвра, используемая так часто на востоке, была почти совершенно неизвестна за пределами Германии. Английские и французские историки чаще всего оставляли без внимания большие манёвренные кампании на Востоке... потому, что читающую публику больше интересовали не конфликты между чужаками, отдалёнными на полконтинента, а войны, в которых участвовали они или их соседи...»¹³.

То, что вы не умеете читать и понимать смысл написанного, – к огромному сожалению, это не ваша личная проблема, а проблема тех ребят,

¹³ Брюс Гудмалссон, «Тактика штурмовиков: инновации в Германской армии 1914-1918 гг.»

на крови которых вы учитесь (а часто и не учитесь даже тогда). Все слёзы вдов и сирот, все неоправданные потери – на совести тех офицеров, которые не соответствуют своему высокому званию. Кто, будучи профессионалом, не читает, не анализирует оплаченный большой кровью опыт, не готовится к войне заранее и тем более в ходе её, – тот государев преступник! Убийца своих подчинённых и вредитель своего Отечества.

Меня спрашивают часто, какой алгоритм лучше: «марч-павс», «кулак барин» и прочее, и спрашивают, почему я агрессивно отношусь к этим всем нововведениям. Отвечаю.

Сейчас по Белгороду наносят удары, и разные некомпетентные лица бросились «налево-направо» преподавать тактическую медицину. Люди, получавшие и получающие из бюджета зарплаты, пенсии, выслуги, офицерские погоны, ипотеки, никого не учили тактической медицине, хотя СВО уже два года идёт, и до этого восемь лет войны на Донбассе. Начались прилёты, началась гибель мирных людей, но главное – они получили по башке от вышестоящего руководства, и вот они кинулись «что-то делать». Кинулись учить, но так, что возникают вопросы: может, лучше бы не кидались? Почему? А потому, что всё обучение сводится к тому, что берут эти алгоритмы, начинают расшифровывать слова, а люди сидят и записывают в книжечки. То есть вся подготовка, привитие навыков людям, как руками и всем телом работать под огнём, всё обучение, что делать, заменяется расшифровкой алгоритмов. Натренироваться самому и тренировать людей – это сложно, надо уметь, надо сильно хотеть. В итоге пытаются весь тренировочный процесс заменить расшифровкой сложных заклинаний. Как в фантастических сказках – ты сказал заклинание, и кровотечение остановилось само собой, дыхание восстановилось, суставы сами собой мобилизовались. Но в реальной жизни это так не работает, как ни удивительно. Кроме того, пытаются как можно сложнее придумать аббревиатуру, думают, что это как заклинание – чем оно сложнее, тем эффективнее. Увы.

Как я опасался самого худшего, так и получилось. Весь процесс подготовки людей заменили расшифровкой длинных заклинаний на иностранном языке, коряво переведённых на русский язык.

Доводилось беседовать с поклонниками марч, марч-спау и т.д. военными фельдшерами и медиками, которые буквально молятся на эту аббревиатуру, написанную английскими буквами, но расшифрованную русскими. Воистину, прав был И. В. Сталин, который кратко охарактеризовал эту болезнь: «Низкопоклонничество перед Западом». Они считают, что, заучив этот алгоритм, человек в стрессовой ситуации на поле боя сможет оказать помощь

просто по заученным каким-то буквам. Это так не работает, многочисленный опыт обучения спецов, наиболее подготовленных подразделений показал, что забывается всё и постоянно, если люди не тренируются, если нет навыка мышечной памяти именно в конкретных действиях. Голова работает очень плохо, поэтому заучивание алгоритмов – это не хорошо, это не может быть основой программы обучения.

Вывод. Обучать человека, как оно нужно на самом деле, это, во-первых, нужно из шкуры лезть, передавать знания, вкладывать душу, во-вторых, это нужно не пузо наращивать, а кувыркаться, ползать, двигаться. И в-третьих, чтобы учить правильно, нужно самому ехать на поле боя. Драгомиров говорил: «Работают у того, кто сам трудится, на смерть идут у того, кто сам её не сторонится». Я перечислил три фактора, которыми надо заниматься, чтобы обучение было качественным. А многих из них всё это делать даже битьём палкой не заставишь. Поэтому самый прикольный способ – взять придуманный оппонентами алгоритм, потому что свой придумать слабо, и его впихивать всем. Это первая причина, с чего это началось, самая главная.

Вторая причина ещё страшнее. У нас было «безвременье» тридцать лет, в которое с какими только вражескими государствами совместные учения не проводили, куда только «на учёбу» во вражеские институты не ездили наши офицеры. Скольких из них завербовали «в лоб», а скольким там просто промыли мозги так, что они моим землякам в Донбассе заявляют: «Я беседовал по телефону с моим коллегой с той стороны, он говорит, что это вы их обстреляли! Я ему верю, как себе!» Соответственно, за десятилетия выстроены такие системы подготовки, что на входе берётся более-менее вменяемый молодой или не очень человек спортивной наружности, поступает, а на выходе получается крайне интуитивно одарённый человек, особенно если в генеральской фуражке, который абсолютно не годен ни к чему. Почему? А потому что действует специальная система промывания мозгов. *«Война — это не просто кто кого перестреляет. Война — это кто кого передумает»*¹⁴. Вот этот человек преподавал нормально, съездил на курсы, ему мозги промыли, теперь он «марч» везде толкает.

В чём исходная причина такой печальной ситуации, так сказать, «корень всех зол?» Ответ очень простой. В нарушении человеком Божиих Заповедей. Одна из основных – *«В поте лица твоего будешь есть хлеб»*¹⁵. Работа нам даётся для того, чтоб через неё мы служили людям, развивали себя и приближались к Богу. Если для человека работа становится способом ничего не делать – это прямое нарушение заповедей. Результаты мы, к несчастью,

¹⁴ Б.Л. Васильев, «А зори здесь тихие...».

¹⁵ Бытие, глава 3, стих 19.

видим прямо сейчас за окном. В мирное время нарушение заповедей приводит к войне, как к грозному и болезненному, но необходимому средству излечения народа. В ходе войны оно приводит к катастрофе.

Часть 4. Инфузионная терапия

Капельница, или инфузионная терапия, многими считается одним из главнейших средств спасения жизни раненого. Но тут всё не так однозначно. Прежде всего, нужно понимать, что по-настоящему эффективных растворов для переливания в распоряжении обычного медика подразделения не так уж много. Идеальным вариантом компенсации массивной кровопотери является переливание раненому его же крови, консервированной, как за рубежом делают. Однако нам до их логистики пока, к сожалению, далеко.

Наиболее распространённым средством для переливания является физраствор – то, что в самом распространённом случае имеется у медиков. И нужно понимать, что физраствор (кристаллоиды: натрия хлорид 0,9% раствор, глюкоза 5% раствор, фриостерин) очень быстро из сосудистого русла переходит в ткани; отёк нарастает, а объём циркулирующей крови компенсируется плохо. Да, разумеется, струйным переливанием большого количества физраствора можно на какое-то время улучшить состояние пострадавшего, но далеко не факт, что он окажется достаточно эффективным.

Всякие многочисленные растворы сбалансированные (стерофундин Г-5, нормофундин Г-5, плазмалит-148), коллоиды (декстраны, желатины, крахмалы) для применения требуют хороших знаний, постоянного контроля сознания, дыхания, давления, нужно учитывать также газотранспортную и свертывающую функции крови. Фактически это манипуляция, которую должен делать как минимум фельдшер. Также требует определённых условий и оборудования, что в боевых условиях есть далеко не всегда. Воздействие противника, большое количество раненых, необходимость быстрой эвакуации – всё это влияет очень существенно.

Ещё обязательно нужно учитывать, что растворы весят много, объёма в рюкзаке также занимают много. Если вы пешим передвигаетесь – вообще не напасёшься их даже на парочку тяжелораненых. А на себе носить растворы личный состав отказывается, потому что и так нужно много всего для огневого воздействия на противника, разведки и так далее. Словом, очень много тонкостей, которые ограничивают возможность применения инфузионной терапии в боевых условиях. Да, ещё обязательно растворы должны быть оптимальной температуры (37 °C). Зимой они могут быть

переохлаждённые, и переливание холодных растворов внутривенно плохо скажется на здоровье пострадавшего. Летом раствор может быть перегрет.

Невзирая на всё вышесказанное, не только тактические медики, но и все бойцы обязательно должны иметь представление о возможностях по переливанию и уметь проводить инфузионную терапию, хотя лучшая инфузионная терапия – это быстро наложенный жгут. Если боец много крови не потерял, то тогда ему не так необходима инфузионная терапия, эффект от жгута будет гораздо больший. То есть в первую очередь всех надо тренировать быстро накладывать жгуты, быстро тампонировать, перевязывать раны и т.д.

Итак, вернёмся к постановке капельницы. Необходимо с собой иметь всё необходимое для её установки: саму капельницу (систему для инфузии), причём пару штук минимум на каждого бойца, одна может не сработать – бывают некачественные, через которые раствор не переливается. Крайне желательно использовать катетеры для периферической вены. Катетеры бывают больших и меньших диаметров (G или Fr). Наибольшего диаметра – серый, далее зелёный и далее по степени убывания разных цветов. Если катетер маленького диаметра, через него трудно сделать струйное переливание крови, так как пропускная способность низкая. А если катетер слишком большого, то им труднее попасть в вену, а во время учебных занятий гораздо сильнее портится манекен руки. Эти факторы нужно учитывать, и для обучения лучше брать катетеры поменьше диаметром – красные либо синие.

Прежде всего необходимо определиться, к чему мы будем крепить флакон с переливаемым раствором. Очень неплохой вариант – привязать его армированным скотчем к дереву или иначе закрепить на высоте. Один из худших вариантов – заставлять кого-то из бойцов стоять с флаконом. Это очень неудобный вариант, никому не нравится стоять в рост под огнём. При этом мы должны понимать, что, если мы начнём больного эвакуировать, нужно уметь этот флакон быстро отсоединить. Если переливаемый раствор находится в пластиковом прямоугольном контейнере, мягком таком, так называемой «лягушке», то его можно просто подложить под человека, и он своим весом выдавит из флакона жидкость, но такие «лягушки» встречаются далеко не всегда.

Следующий момент. Учебное занятие обычно проводится на манекене, имитирующем человеческую руку, в которой имеется система вен, и к ней имеется контейнер. Туда нужно налить жидкость красного цвета, которая будет имитировать кровь. Самый простой способ – купить в магазине вишнёвый сок (томатный не надо, так как он идёт с мякотью, потому и по цвету не сильно похож на кровь). После отработки процедуры обязательно надо не только спустить сок из вен, но и тщательно промыть обычной водой, потому что в противном случае сок начнёт там загустевать, а ещё там заведутся мошки.



Фото 362



Фото 363



Фото 364



Фото 365



Фото 366



Фото 367



Фото 368



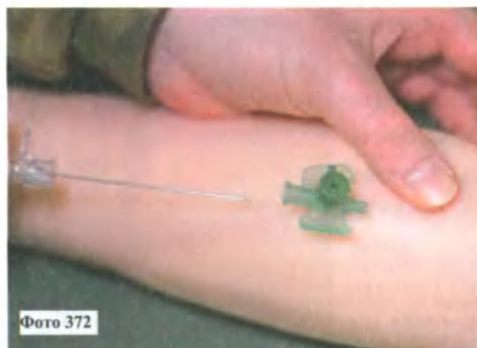
Фото 369



Фото 370



Фото 371



Манекен кладём обычно к предмету, который находится над ним, вроде дерева или стойки мебели. Рука манекена обращена радиально от него, чтобы было удобно работать, так как когда ставим капельницу, садимся к руке раненого со стороны его кисти так,

чтоб она была направлена прямо на вас. Тогда вводить иглу или катетер в вену будет удобнее. Крепим капельницу над манекеном на дерево, стойку мебели и т.д.

После этого на учебных занятиях, если люди хорошо подготовлены, они могут сразу ставить капельницу с имеющейся в её комплекте иглой. Если люди подготовлены плохо, тогда рекомендуется использовать шприц для постановки в вену. Дело в том, что при введении иглы шприца при сомнениях, попал ли в вену, можно потянуть на себя поршень шприца. Как только он кровью заполнился – значит, попал в вену.

На занятиях можно и нужно обучать людей постановке катетеров. Сначала необходимо подготовить капельницу. Присоединяем её посредством иглы-перфоратора к контейнеру или флакону с раствором для переливания, обычно для этого нужно удалить заглушку с пробки контейнера либо флакона (фото 362). Открываем роликовый зажим капельницы, пока жидкость не польётся из неё снизу (фото 363). После этого зажим закрываем (фото 364). Флакон подвешиваем (фото 365). Отрываем пару полосок лейкопластыря, чтобы закрепить иглу для инъекций, подготавливаем венозный жгут, спиртовые салфетки и иглу или катетер (фото 366). Если будем крепить катетер - лейкопластыря достаточно; если будем ставить иглу, то под неё нужно ещё подложить марлевый шарик или что-либо ещё, чтобы она не прилегала вплотную к телу, иначе игла, находясь в вене, может травмировать

её стенку. Похлопываем своей рукой по руке раненого там, где будем вводить иглу для того, чтобы вены лучше проступили. Перед этим накладываем венозный жгут на мышцы плеча для того, чтобы, опять-таки, вены лучше контурировались (фото 367). Важный момент: если венозный жгут круглый, вроде BOA constrictor, его после наложения можно скатить по руке, как скатывают чулок по ноге, тогда он подожмёт вены, и они наполнятся кровью, станут лучше видны. Берём спиртовую салфетку, протираем место инъекции – обычно это предплечье, несколько ниже локтя, там, где вены (фото 368), просим раненого поработать



кулаком. После этого по ходу вены вводим шприц с иглой срезом иглы вверх. Появилась кровь – всё, попали в вену, снимаем шприц с иглы, подсоединяем к ней систему, крепим лейкопластырем. Не забудьте под иглу перед этим подложить марлевый шарик. Катетер же вводится по ходу иглы, после этого аккуратными движениями проталкивается вперёд по ходу вены пластиковая оболочка катетера, а игла остаётся на месте, и вращательными движениями вводится оболочка катетера до конца (фото 369–372). Иглу извлекаем, катетер фиксируем лейкопластырем и подключаем систему для переливания (фото 373–374). Снимаем венозный жгут. Катетер не пропарывает стенку вены и гораздо лучше держится в ней при транспортировке. В этом достоинство катетеров. Зажимом отпускаем раствор – готово (фото 375).

Дополнительный материал по переливаемым растворам можно найти в наших методических материалах «Первая помощь при боевых действиях», том 1 и том 2.

Часть 5. Работа с манекеном, имитирующим ранения

Классический манекен, изображающий человека с многочисленными ранениями, с травматической ампутацией одной конечности, с травматической ампутацией половины кисти, с имитацией тампонируемого ранения и т.д., – это так называемый Гоша. Он бывает двух типов: 25 кг веса и 80 кг. Мы считаем, что 25-килограммового вполне достаточно, тем более что 80-килограммового трудно перевозить с собой по стране, с одной учебной площадки на другую.

Обычно для обучения тампонаде ранений на манекене мы используем обычные бинты, которые имитируют бинты из гемостатика, потому что довольно глупо расходовать столь драгоценный материал, как гемостатический бинт.

1. Осмотр.

Перед отработкой тампонады желательно облачить манекен в какую-нибудь форму, которую не жалко, и начинать тампонаду с разрезания формы, либо иным способом её удалить. Когда лежит человек в одежде, непонятно, какие у него повреждения, есть ли повреждения, а как только одежду начинают срезать, смотрят: вот, вот, вот повреждения, и у людей появляется понимание, насколько актуально иметь на себе ножницы для тактической медицины.

Чтобы срезать с человека одежду, ножницы, кстати, должны быть специальные, с очень мощными браншами и кольцами. Потому что армейская форма всегда прочная, жёсткая, грубая и трудная для разрезания, а зимняя форма тем более. Если же сюда добавить бронежилеты, разгрузки, пояса и все остальное, что придётся срезать, обувь, которую также нередко приходится резать, то тем более становится понятно: обычные простые ножницы, вроде хирургических, чаще всего окажутся недостаточными. Разумеется, бывают ножницы, которые кладут в аптечки, типа для тактической медицины, но тут нужно быть внимательными к стали и к виду её заточки, потому что далеко не все эти ножницы могут удовлетворительно резать форму.

После этого напоминаем, что перед выполнением упражнения нужно сложить возле манекена всё необходимое: турникеты по количеству конечностей, причём для ног желательно турникет типа SOFT, для рук – CAT, жгут и перевязочный пакет старого советского образца, для шеи – несколько десятков бинтов, которые будут имитировать гемостатические бинты, штук 12 перевязочных пакетов уральско-китайского образца, окклюзионные накладки для работы с ранами груди и всё прочее. Сложить сразу, чтобы потом не метаться и зря не терять драгоценное время занятий.

Также важно при показе упражнения занять такую позицию, чтобы наблюдающим курсантам было хорошо видно, что вы делаете. Распространенная ошибка – когда сел инструктор как попало и своей спиной перекрыл обзор курсантам. Разумеется, люди, которым плохо видно, не будут всей толпой бегать вокруг него и выбирать точку обзора. Ну, может быть, один человек, два посмотрят, проявят достаточную инициативу. В итоге

курсанты ничего не увидят, и когда начнут отрабатывать упражнение, каждое их движение будет ошибкой и вам придётся очень много у них исправлять. Вот чтобы этого избежать, нужно напрячься, подумать, но выбрать такой ракурс, такое положение, когда всем присутствующим будет максимально хорошо видно. Чем меньше ошибок будет затем на отработке, тем легче и качественней идёт занятие и меньше напрягается инструктор. Тогда вы сэкономите свои силы, свои нервы.

Почему для тампонады ран мы считаем крайне желательным использовать именно манекен человека с готовыми ранениями? Разумеется, этот манекен стоит очень дорого, и какие-то простейшие тампонаторы, кусок силикона с дырками на нём, обходятся гораздо дешевле. Однако мы не раз наблюдали, что люди, которые на практических занятиях многократно тампонируют и обрабатывали самые ужасающие ранения на манекене бедра, головы, оторванной ноги, увидев оторванную ногу у боевого товарища, не впадают в ступор, как обычно это бывает у тех, кто этого не делал. Они думают: так, я на тренировке в этой ситуации что-то делал. Ага, мотал! Идут и спокойно оказывают помощь. Словом, применение этого манекена для оказания помощи при ранениях трудно переоценить. Всем, кто преподаёт тактическую медицину, настоятельно рекомендуем такими манекенами обзаводиться.

2. Тампонада.

На базовом курсе обычно начинаем отработку действий зелёной зоны с показа всех манипуляций по обработке ранений на манекене, потому что обработка ран, и прежде всего тампонада, является, бесспорно, важнейшим средством первой помощи, гораздо более актуальным, чем капельница и сердечно-лёгочная реанимация.

Проще всего объяснить обучаемым порядок действий, если начинать с обработки крупной раны на бедре манекена. Она глубокая, с большими краями, с ней удобно работать. Сопровождая свои действия показом, объясняем, что сначала нужно наложить турникетный жгут на ногу, при этом просим людей сохранять умеренность, поскольку один раз манекену чуть ногу не оторвали, слишком сурово натягивая на неё жгут. Помним, что этот манекен условный, не человеческий, как туго жгут ни затягивай, сосуды не передавишь, а стоит он дорого, не надо ему ногу ампутировать. После того как наложили турникет выше места ранения, поясняем, иллюстрируя свои слова действиями, что сначала нужно взять бинт, промокнуть рану, убрать оттуда кровь, размознённые части тела, очистить. Чем лучше очистите, тем

лучше будет последующий гемостаз. После этого берёте обычный бинт, который имитирует гемостатический, и начинаете его Z-образно укладывать на своей левой руке, потому что, если он свёрнут рулоном, им тампонировать рану не так удобно, чем если он сложен галсером, либо Z-образно. После того как сложили бинт, занимаем удобное положение, чтобы был хорошо виден вход в рану.

Напоминаю, что перед этим нужно вколоть бойцу обезболивающее в здоровую конечность, иначе он будет сильно отбиваться и затампонировать рану станет проблематичнее.

Если рана сквозная, часто тампонировать через выходное отверстие удобнее, оно больше, и пальцы с бинтом туда заходят легче. Если рана узкая, края её придётся рассечь. Во всю глубину сечь ни в коем случае не нужно во



избежание повреждения крупных сосудов и нервных стволов. Нашим действиям мешает только плотная кожа. Если её рассекли, то внутренние мягкие ткани всегда можно аккуратно раздвинуть пальцами. После этого наматываем край бинта на два пальца – указательный и средний правой руки, а основной объём бинта, сложенного Z-образно, держим в левой руке (разумеется, если вы правша, иначе наоборот). Обычно, если вы сразу засунете пальцы с бинтом в глубину условной раны на манекене, то курсантам будет не очень понятно, как вы работаете пальцами, и они будут осуществлять тампонаду с многочисленными ошибками. Поэтому сначала лучше показать порядок действий снаружи, на грудной, брюшной стенках манекена, на коврике (фото 376-377).

Итак, мы двумя пальцами правой руки, указательным и средним, прижали бинт к самому дну раны (фото 378), левой рукой чуть-чуть подали следующую петлю бинта, два пальца правой руки чуть приподняли, сняли с пальцев левой руки следующий виток бинта, опять прижали его к ране (фото 379-382), и таким образом повторяем, пока рана не будет заполнена бинтом (фото 383).



Смысл в том, чтобы мы как прижали бинт к каким-то кровоточащим сосудам, так уже, насколько возможно, не отрывали бинт от них, а всё время оказывали давление на дно раны, постепенно заполняя от дна вверх весь её просвет. При таком способе работы качество гемостаза будет наивысшим. После того как заполнили рану целиком, нужно не менее пяти минут держать её плотно прижатой в проекции ранения.

После этого накладываем на рану повязку, а потом поясняем, что могут быть различные степени кровотечения, и иногда может не хватить одной обычной повязки, может понадобиться наложение тугей давящей повязки. С этой точки зрения, существуют три вида кровотечения: умеренное, сильное и

очень сильное. Если кровотечение слабое, то нам гемостатик вообще не понадобится, наложили бинт – и хватит. Умеренное кровотечение – мы увидим, что, скорее всего, нам понадобится гемостатик, однако в данном случае достаточно просто гемостатика с бинтом. Как это определить? Умеренное кровотечение – чуть-чуть крови на одежде, сильное кровотечение – одежда вся ниже места ранения пропитана кровью. И, наконец, при очень сильном кровотечении одежда не просто пропиталась кровью, а кровь, как желе, сгустилась поверх одежды. В случае сильного и очень сильного кровотечения лучше не рисковать, а сразу применить давящую повязку. То есть мы тампонируем рану гемостатиком, накладываем на неё повязку, чтобы зафиксировать гемостатик – скорее всего, старый советский перевязочный пакет, – а сверху делаем тугую давящую временную повязку. Для неё применяем либо широкую резиновую ленту, жгут типа SWAT, либо эластический бандаж уральского, китайского, апполовского типа – какого угодно, но бандаж затягиваем очень туго.

Дополнительно нужно показать, что в этом случае израильский бандаж с первого же тура пропускаем сквозь рога. Рога кладём на рану, а при каждом следующем туре делаем перекрут и опять кладём на рога, стараясь максимально остановить кровотечение.

Почему кладём два бинта? Потому что потом нам придётся давящий бинт с раны удалить, а если этого не сделать и он останется на ране, тогда он, оказывая сильное сжимающее воздействие на конечность, может нарушить венозный отток, и человек может остаться без конечности, а ведь все наши усилия были именно для того, чтобы сохранить конечность бойцу.

Когда все процедуры проведены, начинаем потихоньку ослаблять турникет. В плане постепенного ослабления турникет «Медплант» не имеет себе равных, потому что он плавнее и затягивается, и ослабляется, нежели любые турникеты типа CAT и SOFT. Ослабили турникет на один оборот – подождали секунд 15, ослабили ещё на один оборот. Когда совсем ослабили, я турникет рекомендую удалять с конечности. Многие последователи иностранной школы ослабленный турникет оставляют на конечности, в качестве так называемого провизорного жгута. Обычно мы в этом видим мало смысла по следующей причине. Раненых, как правило, много на всех этапах эвакуации, медики малочисленны и не всегда хорошо обучены. Ещё и постоянное огневое воздействие противника мешает. Когда у тебя толпа раненых вокруг, все с турникетами на руках, на ногах, ты запросто можешь забыть на ком-то из них ослабить турникет, и этого не будет видно. Сбиваешься, запутался, а человек останется без конечности. Если у него вновь начнётся кровотечение, наложить турникет – дело нескольких секунд,

если ты хоть немножко обученный человек. И второе: турникетов мало, раненых много. Какой смысл отправлять турникет в госпиталь? В итоге вы без турникетов останетесь, а чем будете работать далее? Поэтому я рекомендую турникет снимать.

Исключение может быть, когда на конечность наложена иммобилизирующая шина. В этом случае оставить под ней наложенный, но незатянутый турникет – вполне полезная идея, потому что в случае возобновления кровотечения затянуть его будет легко.

Но проблема возобновления кровотечения при транспортировке гораздо чаще типична для внутреннего кровотечения, оно встречается и возобновляется из-за тряски. А в конечностях, по нашему опыту, если достаточно качественно остановили кровотечение перевязкой с гемостатиком, оно скорее всего не возобновится. То есть оставленный турникет актуален в том случае, если накладываем шину и хотим иметь возможность остановить кровотечение, не снимая шину и не накладывая турникет поверх неё.

Однажды на инструкторском курсе от одного из наших ведущих инструкторов последовало следующее важное замечание:

«Вопрос про турникет в провизорном положении дальше будет всплывать всё чаще. Хуже него только вопрос, с какой стороны разбиваем яйцо – как в «Гулливере», и куда падаем от гранаты. Мы недавно занимались с карельским подразделением одной уважаемой организации из трех букв, и я сразу сказал (мы дошли до гранаты, что мы кидаем): не объясняйте, куда падать. Это дискуссия на час. И всё-таки наши коллеги карельские этот вопрос подняли каким-то чудесным образом. Короче. Подразделение тяжёлых переругалось между собой. Они 20 минут до хрипоты спорили. Мы вообще в стороне стояли. Я говорил: не трогайте вопрос гранаты. Вопрос турникета на конечности в провизорном положении действительно сложный. Он будет звучать, и вам придётся что-то делать с этими вопросами. И думать, и читать, и слушать людей, которые знают больше вас. Это действительно сложный вопрос, неоднозначный».

Впрочем, стало появляться всё больше проблем, потому что современные средства поражения отличаются высочайшей кинетической энергией, и конечность не только отрывают, это было бы полбеды. Культю перемотать не так и сложно. Они пробивают огромные дыры в конечности, размером с кулак, или конечность превращают в фарш. Кровь сочится из всего этого фарша, ты его посыпаешь гемостатиком, как солью котлетку, бинтами обматываешь, сжимаешь, а она всё равно отовсюду сочится, потому

что пробитые сосуды, превращённые в месиво, находятся в глубине на разных уровнях. И как это остановить – действительно проблема. Если у вас такая эксклюзивная ситуация, можете оставить турникет и наложить шину параллельно с ним.

Важно понимать, что бывают нормы, бывают исключения. Поскольку исключение гораздо интересней, чем норма, все эти врачи, которые боевого опыта не имеют, лезут копать в исключения, потому что им это кажется гораздо интересней, чем то, что является нормой. Так называемая ошибка выжившего, на страницах этой книги вы ещё не раз встретитесь с этим термином. В итоге если не быть внимательным, можно с изумлением увидеть, что на определённом этапе занимаешься не тем, чем надо. Но ещё один недостаток и медицины, и военного дела – это та особенность, что оба они постоянно меняются. А военная медицина меняется быстро и кардинально в квадрате. То, что было так год назад, не факт, что будет сейчас. По мере появления все более высокоэнергетических боеприпасов не исключено, что эта проблема (провизорный турникет) станет действительно вообще крайне актуальной. На всё – Воля Божия.

А вообще, с масштабным внедрением средств индивидуальной бронезащиты: броники с напашниками, набедренниками, наплечниками, дальше появятся новые проблемы. Я думаю, мы ещё до полного латного доспеха, может быть, даже доживём. Со всем этим внедрение турникетов в форму, встроенных и затягивающихся, может стать обязательным. Но, во-первых, тогда надо, чтобы форма у всех была единообразная, что в наших нынешних условиях уже фантастика. Во-вторых, надо, чтобы все были обучены пользоваться этими турникетами, что ещё сложнее – обеспечены. В-третьих, вопрос конструкции, потому что если вы попробуете обычный турникет к одежде пришить, в карманы вложить специальные, то вы столкнётесь с множеством технических сложностей. Там нужна другая конструкция. Словом, эта тематика ещё требует своих исследователей.

В нынешнем виде идея заранее надеть турникеты на форму нежизнеспособна абсолютно. Во-первых, они, если туго затянешь, будут сильно мешать двигаться, если слабо затянешь – с тебя попадают при движении. У них велкро будет забиваться мусором, перестанет работать. И они всё равно работают плохо, потому что их нужно затягивать, перед тем как крутить вороток.

Итак, турникет удалили с конечности, смотрим, остановлено ли кровотечение. Определить это довольно просто: если кровь не капает с повязки, если даже повязка пропиталась кровью, всё – кровотечение

остановлено. А вот если кровь капает «кап-кап-кап», значит, кровотечение остановить не удалось. В том случае, если кровотечение остановлено, вообще никаких проблем. Везём человека в госпиталь, только посматриваем, чтобы от толчков на дороге кровотечение не возобновилось. Если же остановить кровотечение не удалось, тогда наши действия простые: опять накладываем турникет, туго затягиваем его, удаляем с раны бинт, удаляем аккуратно гемостатик, удаляем кровь, сгустки, но опять же аккуратно, чтобы не удалить уже образовавшиеся тромбы, они нам помогут в остановке кровотечения. Если есть малейшая возможность, то желательно не только бинт с гемостатиком напихать в рану, но и насыпать порошка; он сильно улучшит кровоостанавливающие свойства. И опять заново затампонировать рану свежим гемостатиком. Далее весь цикл повторяется: туго прижали, потом наложили повязку, поверх неё наложили очень тугую давящую повязку, начали ослаблять турникет. Обычно если не с первого раза, то со второго удаётся уверенно остановить кровотечение.

В довершение рекомендую всем учесть, что очень тяжёлые в плане остановки кровотечения следующие ранения:

1. Сквозная рана с многочисленным разрушением тканей. Сейчас очень тяжёлые ранения бывают и готовыми поражающими элементами, и осколками, и пулями. Получается, что рану эту заполнить проблематично, если дырка большая. Как бинты не доставляй, остаются кровоточащие элементы, и рана эта кровит очень сильно. Давящей повязкой полноценно пережать её не всегда получается.

2. Ещё более коварны размозжения конечностей. Это бывает при осколочном ранении, при подрыве на минах – конечность похожа на пропущенную через мясорубку. Здесь вообще проблема-проблема, потому что повреждённый сосуд находится в глубине тканей, гемостатиком сколько ни посыпай, ни обматывай, вглубь этого фарша ты добраться не можешь, и кровотечение остановить не получается.

Это два наиболее коварных вида ранений. В случае работы с этими ранениями самый простой вариант, конечно, – оставить жгут на конечности, но тогда крайне большая вероятность, что конечность будет потеряна. Если же у вас есть малейшая возможность/желание побороться за сохранность конечности, то вас ждут очень неприятные эмоции. Во-первых, турникет можно переложить поближе к месту ранения, попытаться, во всяком случае. Он иногда в таком случае работает достаточно качественно. Чтобы хотя бы не всю ногу отрезали. Периодически турникет ослабляешь – сразу же начинается кровотечение. Да, можно попробовать пальцевое прижатие кровоточащих сосудов на время ослабления турникета, чтобы на несколько

минут восстановился кровоток в конечности и чтобы раненый при этом не умер от кровопотери. Что-то можно сделать, но, как правило, это очень неудобно. В машине раненых много, они тяжёлые, тесно, вас трясёт на ходу сильно, по вам ещё ведут огонь.

Турникет при длительном наложении в среднем ранеными переносится намного мягче, чем жгут, поэтому в этом случае целесообразно наложить турникет, только будьте уверены, что он окажет своё воздействие. Напомню, что турникет далеко не всегда останавливает кровотечение при ранениях нижних конечностей. И ещё, обязательно нужно понимать, что такое действие, как ослабление жгута-турникета, и потом его затягивание – это исключение, а не правило. Многие люди ошибочно думают, что это часто можно делать. Это крайняя мера, которая чревата тем, что пациент у вас истечёт кровью, пока вы будете турникет ослаблять. Поэтому очень рекомендую прибегать к этой мере в исключительных случаях.

После этого мы обрабатываем тампонаду остальных ранений манекена. Обычно ранение второго бедра и ранение голени особенно и объяснять нечего, они идентичны ранению бедра. Только может возникнуть вопрос в связи с тем, что там, где отрыв конечности, хорошо виден просвет трубчатой кости. В нём имеется канал с костным мозгом. Можно ли делать гемостаз? Теоретически в этом случае могут начаться тонкости типа: «Это может способствовать образованию тромбоза, эмболии и так далее». Практически – я сколько видел ранений, никогда не помню, чтоб было такое аккуратное повреждение кости. Обычно там внутри месиво, и выбирать не приходится – тампонируешь и молишься Всевышнему, чтоб всё управил.

Затем показываем, как нужно обработать культю конечности. Тут довольно всё просто: отерли её от размозжённого мяса, крови, обернули бинтом с гемостатиком. Можно посыпать гемостатиком-порошком, поверх него свёрнутую в два раза ленточку гемостатического бинта туго прижать и туго прибинтовать. Вот, в принципе, и всё. Бинт – аналогично тому, как мы накладывали на культю. В этом случае бинт сразу накладывается максимально туго, чтобы обеспечить уверенную остановку кровотечения, и далее не снимается, всё равно часть тела в районе культи хирургии иссекут, так что сберегать тут особо нечего. Дальше всё аналогично наложению на бедро. Ослабляем турникет постепенно, удаляем его, везём в госпиталь.

Далее показываем наложение гемостатика в случае ранения шеи.

Сразу нужно сказать, что нечасто такое бывает, чтоб человек с таким тяжёлым ранением дожил до оказания ему помощи. Но на случай, если доживёт, надо, чтобы всё было благополучно. В этом случае лучше, чтобы помощь оказывали два человека. Один садится в головы, одной рукой плотно

прижимает старый советский перевязочный пакет, прямо в оболочке, к шее манекена в месте ранения, а второй рукой прижимает его шею с противоположной стороны так, чтобы обеспечить плотность прижатия, чтобы ППИ не упал. Второй боец садится сбоку (в головах и сбоку от пострадавшего), подставляет своё колено под плечевой сустав пострадавшего, проводит жгут (обычный жгут тянущегося типа, как Эсмарха) под спиной пострадавшего и завязывает его концы на груди так, чтобы жгут прижимал перевязочный пакет к шее. После этого переводят дыхание и думают. В принципе, если недалеко есть более подготовленные специалисты, дальше раненым могут заняться они. Однако мы же качественных специалистов и готовим, верно? Поэтому нужно продемонстрировать помощь при ранениях шеи. Приготовить гемостатик. Один человек – тот, кто будет применять гемостатик, – садится напротив раны, так, чтобы ему удобно было в неё тампонировать. Второй садится в головах раненого, прижимает сосуды. Сосуды нужно прижать выше и ниже места ранения большими пальцами. Вот когда он прижал, первый снимает жгут, удаляет его с раны вместе с перевязочным пакетом и начинает рану тампонировать. Четыре пальца (два – одной руки, два другой) в такую рану не войдут, обычно тампонируют указательными пальцами. Когда затампонировали, накладываем израильский перевязочный пакет на гемостатик.

После этого показываем обработку повреждений верхних конечностей манекена. Там, где ожоги, нужно наложить салфетки, имитирующие противоожоговые салфетки, их прибинтовать. Там, где разможнение конечности, вернее, полкисти нет, нужно её обложить гемостатиком и прибинтовать. Ранения груди требуют наложения на них окклюзионных накладок. Скальпированная рана головы – гемостатик внутрь закладываем под кожу и туго бинтуем, как делаем при ранениях верхней части головы.

После показа распределяем личный состав на отработку тампонады. Вообще, нельзя, чтобы на манекене Гоше один человек оказывал помощь, а восемь человек стояли и бездельничали. Распределяем по количеству ранений: один человек – на культю, один – на голень, один – на одно бедро, второй – на другое, пара – на руки, пара – на голову. То есть восемь человек легко могут вокруг Гоши работать и тренироваться. Это позволяет сильно сэкономить время при выполнении упражнений и отработать по максимуму разные формы оказания помощи. Те, кто отработал помощь на ногах, переходят на голову, и так далее.

Не забываем применять турникеты. По 5 минут сидеть, давить на рану не надо – условно придавили, 30 секунд – и всё.

И после этого распределяем группы на все три контрольные точки: тампонада, капельницы, СЛР, и люди начинают отрабатывать.

Приоритетна для отработки тампонада, она наиболее важная. С другой стороны, СЛР обычно отрабатывается очень быстро и проблем больших не создаёт. Если очень много людей, нежелательно, чтобы стояла слишком большая толпа и друг другу мешала.

Можно создать четвёртую контрольную точку, например, обращение с оружием. Очень многие люди даже не знают, как автомат держать в руках, поэтому провести с ними небольшие занятия – означает сильно облегчить усвоение ими материала в третий день курса. Разумеется, это делаем, только если у нас имеется достаточное количество курсантов и очень много обучаемых.

Наконец, можно сделать пятую контрольную точку, на которой отрабатываем утепление раненого.

В довершение напомним, что хотя формально это упражнения зелёной зоны, фактически лично мне не раз приходилось делать тампонаду в красной зоне. Тому целый ряд причин. Поэтому люди должны понимать, что война – это прежде всего гибкость подхода и активная работа головного мозга, особенно в сложных ситуациях. Всегда надо обучать курсантов, что они должны быть готовыми к отходу от шаблонов ради более эффективного выполнения своих задач. Но отход должен базироваться на чётком знании базиса (тех же шаблонов) и тщательном анализе ситуации. А иначе это не творческое решение, а бардак и бедлам.

Философские моменты.

Когда ты какое-то количество раз выполнишь упражнения, естественно, они кажутся тебе лёгкими. И когда тебе приходится объяснять курсантам вроде простейшие движения и очевидные вещи, то это может вызвать у тебя раздражение. То есть вроде – чего же тут непонятного? Я уже показал, они тупят. Прежде всего скажу, что большинство современных людей, к сожалению, воспитаны гаджетами, они привыкли нажимать кнопки, но какие-то простейшие движения рукой или ногой могут вызвать у них серьёзные трудности. Второе. Вы тоже когда-то тормозили, и очень сильно, когда в первый раз всё это отрабатывали. Я к чему веду? Периодически, особенно когда обучать нужно одновременно много людей, а ответственность высока, так как идёт война и ты несёшь ответственность за жизнь обучаемых, а также людей, которым они помогают, возникает соблазн начать людей кошмарить в процессе обучения. То есть использовать шокер, или поленом по

каска фигачить, как делает один из уважаемых мною инструкторов. И сам я этим бываю грешен, когда кажется, что люди плохо учатся. При этом я сам иногда занимался у инструкторов, которые делают ставку именно на тёмную сторону силы, на злость в обучении, они так и говорят: когда курсанта разозлить, он лучше учится. Вывод очень простой: человек может учиться и быстрее, но какое-то время, а глубинно он истощается. Это аналогично мату. Бранная речь использует повышенную энергетику, как бы подстёгивает человека, но истощает его ресурсы и связь со светлыми силами. Поэтому поучать людей надлежит кротко и с любовью.

Также важным моментом является тот факт, что мы готовим не нажимателей на спусковой крючок, а Личностей. Проводников Воли Божией, лидеров, готовых взять на себя ответственность за спасение жизней других людей, пусть даже ценой своей жизни. Если при обучении будем делать ставку на эмоции тёмной стороны типа гнева, то на выходе получим готовых предателей. Потому что у противника денег, чтобы их перекупить, и тёмных страстей больше. За деньги легко убивать, но за них никто не готов умирать. «Не может быть согласия между делами Света и Тьмы». Если мы готовим Христовых воинов, то и подход к обучению должен быть православным, мы должны воспитывать человека, который служит высшим идеалам.

Стройте так учебный процесс, чтобы от вас агрессии было минимум, в долгосрочной перспективе это гораздо более эффективно. Кроме того, вам нужно завоевать авторитет, вам нужно приобрести обратную связь от людей, которых вы обучаете. Чем лучше вы к ним относитесь, тем лучше будет о вас информация, тем лучше будут следующие люди с вами работать.

Наконец, не будем забывать тот простой факт, что мы учим людей оказанию медицинской помощи. Медицина отличается от большинства других воинских специальностей крайним разнообразием изучаемых методов оказания помощи. Большим отличием одного от другого. Словом, думать нужно головой очень много, гораздо больше, чем в большинстве других воинских учётных специальностей. А если ты тактический медик, то ты должен думать много и хорошо знать другие военные специальности. Иначе тебя убьют быстро и без пользы для общего дела. Если человека учить думать на злобе, на агрессии, то толку не будет большого. Человек, когда пугается, зажимается, а нам нужно, чтобы человек учился думать творчески, с глубоким подходом. В этом случае нам опять же помогает выработка у курсанта самоотверженности, заботы о ближних. Когда ты забываешь о себе, ты меньше боишься, меньше подвержен страху смерти и сможешь обучать людей более эффективно.

Как однажды сказал Денис Гариев, патриот и создатель клуба «Партизан» отряда «Имперский легион», который покрыл себя неувядаемой славой на полях сражений, и вообще замечательный преподаватель: «Юрич! Каждое наше занятие – это проповедь людям о Боге». Он не сказал, что оно должно быть проповедью. Он не сказал, что мы обязаны проповедовать. Так и сказал: это проповедь людям. Я как услышал, просто онемел. Ну, тут уже и сказать мне было в ответ нечего, я долго это обдумывал. Естественно, когда ты так будешь строить занятия, то человек, даже если он вроде как-то запомнил коряво, всё равно будет в Боге. Всевышний ему в бою поможет, и он сам сделает всё правильно, и других научит людям проповедовать о Боге. А как можно проповедовать о Боге, делая ставку на злобу и негативные эмоции? Это не наш Бог, это духи злобы Поднебесной проповедуются, если так строить учебный процесс. Пожалуйста, учитывайте всегда это, когда обучаете людей. Также я рекомендую начинать занятия с молитвы воина перед сражением, курсантов учить всех молиться, и в трудные моменты всегда молитесь. Чем серьезнее ситуация, тем искреннее и сильнее у вас будет молитва. Храни вас Бог, дорогие мои!

Некоторые могут тут сказать: как это – учить добру. Если мы учим военному делу, учим убивать врагов, какое тут добро, как это сочетается с Православием? То есть может возникнуть непонимание у наших слушателей. Ответ мой будет очень простой. Во-первых, на базовом уровне нужно понять, что мы учим тактической медицине, то есть оказанию медицинской помощи раненым, страждущим. Трудно найти более гуманную и более милосердную стезю вообще в мире, а тем более в военном деле. Поэтому, естественно, врач, который дышит злобой, ненавистью, – ну какой же это врач? Это первое.

Второе. Ну так, по-простому. Вспомните, пожалуйста, образ доктора Ливси из «Острова сокровищ», полный оптимизма, юмора, доброжелательности. Вспомнили мультик? Именно мультфильм «Остров сокровищ». Он даже в рукопашном бою, повергая противника, сохраняет не просто хладнокровие, но оптимизм, жизнерадостность. Далее. Прочитайте книгу Андрея Загорцева, называется «Город». Этот замечательный человек во время Чеченской войны командовал подразделением. Почитайте, какие были сложные боевые ситуации, в которых он участвовал, и как он неизменно с чувством юмора, с оптимизмом из них выходит со своим подразделением, и подразделение всё больше растёт в составе, потому что новые и новые люди примыкают к нему. И как в этой обстановке, когда у всех вокруг плохо, у него всё хорошо именно за счёт того, что светлые эмоции, положительные.

Итак, я думаю, вы уже поняли, что не только в тренировочном процессе, но и на войне необходимо избегать эмоций тёмной силы и стараться испытывать эмоции положительные. Но вы не всегда это можете сказать вслух в своей аудитории, потому что не все люди вас поймут.

Кроме того, чтобы такое сказать, нужно пользоваться безусловным авторитетом, уважением, чтобы вас приняли. Я скажу просто. Смысл войны, как обычно пишут и говорят, – это либо уничтожить противника, либо сломать его сопротивление, добиться выполнения твоих требований. Так вот, это, в принципе, правильно. За редким исключением – за исключением войны религиозной. Когда идёт война религиозная, идёт война светлых сил против сил сатанинских, против сил античеловеческих, против сил, которые целью своего существования ставят уничтожение рода человеческого. Привести антихриста к власти над земным шаром и уничтожить всех людей. Следовательно, когда идёт религиозная война, никакой пощады, никакой милости, никакой жалости быть не может к слугам, исчадиям ада сатанинским. Потому что ты их пожалеешь, а они тебе в спину воткнут отравленный нож. А потом убьют беззащитных женщин, детей и будут здесь проводить свои гей-парады и браки с животными.

У нас имеется ярчайший пример. Мы в 40-х годах не добавили бандеровскую нечисть на Западной Украине, и что в ответ мы получили? При Сталине не добавили чеченских сепаратистов, поддерживавших фашистов. И какие две тяжёлые войны мы получили? С какими последствиями? И ещё неизвестно, каких последствий ждать нам сейчас. Не добавили крымско-татарскую нечисть, которая прислуживала гитлеровским войскам, массово уничтожала русских в Крыму. И до сих пор у нас с ними имеется проблема, которую непонятно, как решить, и непонятно, когда решим. Они поддерживают турецкую разведку, сотрудничают с ВСУ, они готовы поддержать любых врагов России.

Вывод: в этой войне с той стороны уничтожить нужно поголовно всех – вообще всех, чтобы ни одного не осталось, до Ла-Манша всё сжечь, за Ла-Маншем всё утопить. Это единственный способ покончить с мировыми войнами, которые каждые 100 лет затевает сумасшедшая Европа и твари англосаксы. Это единственный способ спасти и защитить нашу страну. Но делать это нужно без ненависти.

Вот в этом очень важный, сложный момент. Есть такая фраза классная: с ненавистью убивать легко, жить трудно. В годы Великой Отечественной войны у нас была пропаганда, ненависть: «Убей немца!» Блин! Илья Эренбург писал статьи, а потом началось: ой, немцы тоже хорошие. Почему? А потому, что ненависть очень быстро разрушает, ею приедаются, она

перестает работать. Это неправильный подход. В идеале у войны не должно быть ненависти, гнева, злобы, у неё должна быть любовь, доброта к своим, защита своих и спокойное безмерное хладнокровие. Православный воин повергает врага, не испытывая ненависти к нему. В идеале испытывая к ним сострадание, молясь за них. Но враг должен быть уничтожен. «Быть убитым входит в обязанности врага!» – сказал гениальный отечественный литератор Константин Симонов. Чтобы этих inferнальных существ в этом мире не было, чтобы пресечь возможность им дальше грешить и убивать хороших людей. Тогда они попадут на тот свет, там Всевышний разберётся, куда их – в рай или, скорее всего, в ад. Но это на взгляд Всевышнего. Из этого мира их надо убрать. За нас никто нашу работу не сделает. А убирать их нужно отсюда спокойно.

Никогда не злитесь. Когда вы злитесь, у вас дрожат руки и сбивается прицел. Вам нужно выполнять задачи по защите Отечества спокойно, хладнокровно. Поэтому важной нашей задачей является выработка любви к Богу, к Отечеству, к сослуживцам, к мирному населению у наших воюющих. И выработку спокойной, хладнокровной, полной абсолютной безжалостности ко всем, кто по ту сторону прицела. Если люди будут испытывать в сторону противника сильные негативные эмоции, гнев, ненависть, злобу, это быстро истощает их психоэмоционально и физически, лишает Помощи Божией и не позволит выполнить задачи так эффективно, как этого требует обстановка. Задачи по полной очистке Земли от всех вырвавшихся сейчас inferнальных существ, овладевших разумом наших врагов и направляющих их.

Часть 6. Работа в условиях ограниченной видимости

Работа в условиях ограниченной видимости является важным этапом подготовки будущего инструктора. Во-первых, потому, что чем дальше, тем больше действия обеих сторон начинают происходить ночью, и данным навыком необходимо владеть, причём всем. Во-вторых – может быть множество ситуаций (подвал, блиндаж), когда придётся оказывать помощь в условиях недостаточного освещения. В-третьих, потому, что недостаток освещения хорошо выявляет все огрехи в подготовке и имитирует для обучаемого именно те условия стресса, которые возникают в реальных боевых условиях, когда мозг тупит.

По нашему опыту оптимальной формой организации этой фазы занятий является следующая.

1. Подготовительный этап.

В работе с незнакомой для большинства курсантов дорогой техникой, тем более приобретённой за свои средства, большое значение имеет тщательное проведение подготовительного этапа. Плохо проинструктированные курсанты – это не только огромный расход нервных клеток, когда в темноте они начнут со страшной силой ошибаться, это ещё и риск порчи или утраты драгоценного оборудования.

1.1. Подготовка приборов (ПНВ, тепловизор, фонарики и пр.).

Проверить работоспособность (уровень заряда) источников питания, подключить их к монокулярам ПНВ, присоединить их к шлемам. Проверить наличие и уровень заряда фонариков.

1.2. Инструктаж личного состава по эксплуатации приборов.

При освещении проинструктировать весь личный состав по особенностям применения и эксплуатации ПНВ (расположение и функционал кнопок управления, включение/отключение, регулировка положения прибора и качества изображения, действия во внештатных ситуациях), способам крепления к шлему, регулировки положения в зависимости от анатомических особенностей для приведения в оптимальное положение и т.д.

1.3. Обучение личного состава эксплуатации тепловизора.

Объяснить принцип работы, проинструктировать личный состав по применению тепловизора, по одному каждому просмотреть в него, разобраться в расположении кнопок управления и их функционале

1.4. Инструктаж по работе с плащ-палаткой и фонарём.

Проинструктировать личный состав по оказанию первой помощи, накрывшись плащ-палаткой или другими предметами одежды и подсвечивая налобными или обычными фонариками.

1.5. Структуризация личного состава по группам с различным оборудованием.

Разделить личный состав на две группы, в зависимости от количества человек и ПНВ по три или четыре человека в составе каждой, один или два –

наблюдатели с тепловизором. Доводится порядок работы, в группах назначаются старшие.

2. Отработка упражнений.

После того как свет выключен, одна группа в ПНВ осматривает нижнюю половину манекена от таза и до ступней, работает стоя на коленях. Вторая группа обрабатывает туловище, верхние конечности и голову, накрывшись плащ-палаткой и подсвечивая фонариками. В каждой группе есть лидер, который руководит действиями остальных. Контроль, чтобы те, кто оказывает помощь, накрывшись плащ-палаткой, работали лёжа и не допускали того, чтобы свет от фонариков выбивался наружу из-под плащ-палатки, осуществляет наблюдатель с тепловизором.

Обработка ранений производится стоя на колене и лёжа.

Необходимое МТО: 2 турникета CAT, 2 турникета SOFTT, 1 жгут типа Эсмарха, 1 ППИ старого советского образца, 4” бандажи – 12 штук, марлевые бинты – 12 штук, оболочка ППИ и армированный скотч и/или окклюзионная накладка, иммобилизационные шины, бинты, косынки. При отработке тампонады накладываются давящие повязки, в том числе с двумя перевязочными пакетами – ППИ и бандажом. Инструкторы должны понимать и уметь объяснить, в каком случае какая повязка накладывается.

Итоговая задача обеих групп – обеспечить обработку всех ранений на манекене в своей зоне ответственности (тампонада или наложение повязок, бинтование, удаление жгутов).

После рапорта групп об окончании обработки ран в помещении зажигается свет и производится контроль проведённой работы. Тщательно анализируются все допущенные ошибки и удачные решения при наложении повязок, выполнении иммобилизации и так далее.

После этого группы меняются местами и весь цикл повторяется.

ПНВ, манекены и другое дорогое и сложное оборудование

Все помнят фильм «Человек с бульвара Капуцинов»? «Настоящему джентльмену всегда есть что сказать». Так вот. Одно из свойств психики таково, что мужчина примерно 5 минут слушает собеседника, потом думает, что бы сказать, чтобы самому показаться умнее. Чем больше выражена твоя альфа-самцовость от природы либо по статусу, который ты занимаешь в коллективе, тем более значимые формы это приобретает. В своей профессиональной деятельности инструктор должен учитывать, что из этой

закономерности происходят многие коммуникативные вещи. В частности, почему нам нравятся собеседники, которые молчат? Мы можем спокойно говорить в их обществе и чувствовать себя умными. Я в данном случае ленивый и занятый, поэтому я не то что 5 минут, я даже 10 минут иногда молчу, прежде чем начать перебивать наших уважаемых ведущих инструкторов.

Это было, собственно, вступление. Основная часть. Джентльмены и леди! Часто возникают споры между начинающими и даже опытными инструкторами на тему: вот хорошо бы манекен, но он дорогой, как быть без него, не знаю, денег нет, пойду повешусь... Или наоборот. Вот деды воевали с каменными топорами, и нечего придумывать, будем учить народ с помощью... навоза и палок. Словом, сплошные разброд и шатание, и весьма нездоровые.

Далее будет весьма длинный текст о пользе золотой середины. Есть две взаимоисключающие тенденции. Одна тенденция: если у вас нету хай блэк тринитрон – лазерного целеуказателя за миллион – и... я не знаю – там «Тойоты» при выполнении задач, то вы труп, всё пропало. То есть акцент максимально на материальное: на снаряжение, на технику, на манекены, – акцент, доходящий до абсурда. Это одна крайность. Вторая крайность, я её тоже очень люблю, называется её приверженцами «старая школа», а противниками – «боевой бомжизм». Ярчайший пример – я помню, беседовал один товарищ: «Вот когда мы были в Афганистане, нам ни хрена не давали. Вы расслабились, обнаглели, оборзели. А мы на скалах зимой спали в одной форме, без спальников, безо всего». Первая мысль, конечно, возникает, что были люди в их время и вся прочая дичь, но я же всё-таки немножко врач, я понимаю, что, когда такие противоречия здравому смыслу, формальной логике и законам физики, надо задать наводящие вопросы: как, у всех было нормально? Да, все нормально. Причем командование придумало такой трюк, чтобы народ не расслаблялся, – замораживание. То есть вот вывели нас в горы, потом приходим, на улице спим, не в отапливаемой казарме, чтоб не привыкали к теплу. Говорю: точно у всех всё в порядке? Да, точно. Говорю: а как с почками? Ну как, писались, у всех цистит был, пиелонефрит. У всех? Да, у всей роты, только у меня не было. Поняли, да? То есть только очень целенаправленный расспрос позволяет выявить. Как относиться к каждой из этих школ – ваше дело. Я лично боевой бомжизм ненавижу гораздо больше, чем первую крайность. Почему? Потому что, если человек имеет первую крайность: купить там форму, снарягу, – он, по крайней мере, пытается узнать, какое есть снаряжение, как его применять, ищет денег, то есть поднимает пятую точку. Интересуется и к чему-то стремится. Проявляет такие ценные свойства, как инициатива и ответственность за свои

собственные здоровье и жизнь. А боевой бомжизм чаще всего постулирует: «вышел в поле – живи, как свинья». То есть сначала начинается: ничего не надо покупать, ничем не надо интересоваться заранее, там окажемся – всё дадут или на месте найдём. А когда «там оказываются», начинается вой: меня не подготовили, ничего не дали, я под это не подписывался!

В итоге. Правильный «боевой бомжизм» – это минимализм в снаряжении за счёт глубочайшей прокачки знаний, умений, внутренних ресурсов организма. Это воля, многолетние упорные тренировки по правильным методикам, это самоконтроль. Если какие-нибудь ниндзя или монахи-отшельники, например ямабуси, на которых ссылаются сторонники «боевого бомжизма», где-то в горах сидели в лёгкой одежде, то они забывают сказать, что у них была специальная методика дыхания туммо. Вот чтобы сидеть в воде, одни глаза на воздухе, сутки, то, чтобы не сдохнуть, годами тренировались люди. То есть повторим и подчеркнём: правильный «боевой бомжизм», даже точнее «правильная старая школа», базируется на глубочайшей проработке внутренних резервов организма, на глубочайшей системной подготовке себя. То есть ты вкачиваешь огромный объём сил не в покупку снаряжения, а в прокачку себя. Но всем этим товарищам это неизвестно, потому что, если они узнают, сколько нужно пахать, они лучше предпочтут купить снарягу.

Вы понимаете, это как с заклинанием. Можно сотворить заклинание и вскипятить воду, но это такой геморрой, что проще на спиртовой таблеточке. Надеюсь, все поняли, к чему я веду. Это был системный вопрос, потому что вы начнёте заниматься, и столкнётесь: нужны форма, одежда, обувь, манекены, экипировка и так далее. И так сталкиваться будете всю жизнь. Купил что-то, поюзал, оно пришло в негодность, ты нуждаешься вновь, нуждаешься в большем. Это вполне естественный способ, как рожает ребёнка, растишь его, рожает второго, растишь, и так далее... Желание людей ничего не делать – это на самом деле из той же серии, что нежелание рожать детей. Оно всё из одних звеньев.

Вывод. Товарищ инструктор, если у тебя нет дорогостоящего манекена типа «Гоша» для учебного процесса, – нет препятствий патриотам. Слово «рожай» уже прозвучало. На самом деле этот момент очень простой. В нашей методичке «Опыт Сирии. 20 способов добывания медикаментов» подробно описаны эти способы.

Второе. Кто хочет ещё эффективнее. Есть замечательная книга Ковалева С.В. «Введение в нейротрансформинг, или Руководство по эффективности и счастью». Там приведены схемы трансформации ресурсов. То есть кратко показано, как, имея некие ресурсы, сначала их выявить (многие люди

даже не догадываются, что у них имеются необходимые им ресурсы), потом обменять на нужные вам ресурсы. Но я рекомендую книгу купить, внимательно прочесть, выполнить имеющиеся там упражнения по работе над своим внутренним миром. Уверяю вас, от этого будет большая польза.

А кто захочет саморазвиваться далее, могу, например, рекомендовать ученика Ковалёва – Олега Валерьевича Леконцева и его школу «Норма». Но, само собой, помним: приступая к любому делу – помолись!

И в завершение по поводу обзаведения имуществом для высоких целей. Самый яркий эпизод, который я знаю, и который очень ярко иллюстрирует такой момент, как помощь Божия в нашей жизни. Один из наших инструкторов – страшно волевой человек, очень твёрдый, стойкий, но он всю жизнь в бедности, он так привык, что вообще не знал, что бывает как-то иначе. Вот он к нам приехал на сборы, а я как раз группу готовил уходящую действовать. Тогда мы проводили ночные занятия, на которых использовали мощные и дорогие ПНВ. Он как увидел этот ночник, а он охотник, – это у него не то что разрыв шаблона, это было, примерно, как индейцу из каменного века дали ружьё. А как услышал, сколько стоит ночник, – это был второй разрыв шаблона. Это, говорит, дороже, чем моя машина. В итоге он ходил-ходил, мучился. Я ему говорю: «Не переживай, если есть цель – найдётся и способ». Его подрядили какие-то верхолазные работы сделать. Обычно он бы попросил за это двадцатку, как всегда, и этим бы ограничился. А тут, говорит, обнаглел и потребовал сто пятьдесят пять тысяч, и ему заплатили. Появился у него ночник. У человека в голове тумблер чуть повернулся. Оказалось, что это так работает! А я ему и говорю: упорно работай дальше, всё получится. В итоге нашёлся какой-то богатый человек, который давно его знал, и говорит: ты столько всего делаешь, ребят учишь, собираешься воевать за родину, покупай себе всю снарягу, какую считаешь нужной, я всё оплачу. И оплатил ему.

Вот краткая речь на тему манекенов и другого дорогого оборудования. Оно стоит дорого, но позволяет научить гораздо лучше. Спасти жизни ребят и победить в войне. Поэтому оно бесценно. Да, можно и на человеке показывать. Если вы такой крутой специалист, как одна женщина-преподаватель, которая показывает на людях, как делать СЛР, а не на манекенах, – и рёбра не ломают, и учатся хорошо, то это прекрасно. Но тогда надо стремиться к тому, чтобы у вас были и такие навыки, и оборудование. В итоге – сплав двух школ, «старой» и «технологичной», и оба вкачаны на 5 баллов. Вот тогда это идеал, к которому нужно стремиться.

Часть 7. Краткая отработка действий третьего дня базового цикла

Третий день инструкторского курса очень важен. В его ходе производится отработка всего изученного за предыдущее время материала в условиях, имитирующих разнообразные боевые ситуации. Будущий инструктор должен не только хорошо помнить порядок организации зон, показа работы в них курсантам и запуска учебного процесса. Он должен в совершенстве понимать, почему это делается именно так, а не иначе, в чём отличия от реальной боевой обстановки, и чем они вызваны в учебном процессе. Потому завершается инструкторский курс обычно краткой отработкой зон в четвёрках с подробным объяснением порядка действий личного состава в каждой зоне. Помимо подробного описания порядка проведения всех упражнений третьего дня базового цикла инструкторам полезно не просто ознакомиться, а распечатать, заламинировать и в ходе занятий использовать самим и раздать своим помощникам подробное описание действий в каждой зоне – так называемые контрольные листы. Помимо контрольных листов по зонам там имеется список рекомендуемого МТО, а также контрольный лист организаторам интенсива в регионах – важное подспорье для тех, кто только делает первые шаги в развитии филиала тактической медицины в своём регионе.

Подробный разбор всех нюансов работы инструктора в третий день базового цикла – далее, в разделе «Третий день базового интенсива. Комплексная отработка медицинских действий на поле боя («Всё вместе»)».

*Тот, кто не умеет учиться, не
имеет права учить!*

Дорогие товарищи инструкторы. Как только вам начинает казаться, что вы уже всё постигли и преподаёте на идеальном уровне, самое время серьёзно напрячься. Это состояние в православии называется «прелестью». Человек красуется своим кажущимся совершенством, и сразу же бесконечно удаляется от Бога.

Всегда помните древнюю восточную притчу. Когда мастер боевых искусств выполняет упражнение, ему говорят: «Учитель, у вас каждое движение – само совершенство». Он говорит: «Да вы что? У меня в каждом движении ошибка».

Уровень твоего прогресса определяется тем, сколько ошибок ты способен увидеть в своей работе. Чем больше ты идиот, тем больше ты уверен, что у тебя всё идеально. Именно потому, что мы не признаём своих

ошибок, у нас такие печальные результаты. У нас «идеальные» генералы, которые убеждены, что они всё делают правильно, – посмотрите на результаты их работы.

Поэтому, если вы видите за собой ошибки, – это отлично. Значит, вы имеете шанс расти. Если вы уверены, что вы всё постигли, – начинаете деградировать. «Разум, закрытый щитом тщеславия, перестаёт видеть новое». Как только у человека появляется высокомерие: вот я то, вот я это, – всё, Господь перестаёт ему помогать. А без Бога и против всех нечистых сил – мы ничто. Даже хороший профессионал, вставший в прелесть, как минимум делает ошибки, как максимум – становится вреден для дела.

Молимся Богу о ниспослании нам смирения, о даровании дара видеть свои ошибки и придании сил к их устранению. Берём пример с великих смиренников, молитвенников и крайне скромных в земной жизни великих военачальников – Александра Суворова и Фёдора Ушакова.

Часть 8. Базовое обращение с оружием

Чаше всего при выполнении упражнений базового курса у нас нет никакой возможности полноценно обучить личный состав базовому обращению с личным стрелковым оружием. Гораздо лучше, если курсанты будут обучаться этому на отдельных специализированных занятиях. Однако чаще всего этого не происходит, и помним, что потери от неумелого обращения со своим личным оружием – весьма распространённая проблема. Поэтому инструктор ОБЯЗАН знать и уметь много больше, чем обычно даёт на курсах подготовки. На инструкторском курсе претенденты должны кратко продемонстрировать:

1. Безопасное обращение с оружием. Контроль:

- ствола,
- пальца,
- предохранителя.

2. Порядок перезарядки и смены магазина.

3. Стойка с оружием.

4. Перемещения с оружием:

- вперёд,
- в сторону (лёжа, перебежка),
- по диагонали,
- назад (перебежками, переползанием ногами вперёд).

5. Перемещения в двойках от укрытия к укрытию.

Часть 9. Отработка инновационных средств эвакуации

Мы категорически против присущего некоторым учебным центрам (и очень многим федералам) подхода, что «не нужно учить ничему, кроме Эсмарха и ППИ, всё равно у них ничего не будет». Если не сформировать у людей активного стремления обзаводиться самыми современными образцами вооружения, техники и снаряжения, активной готовности изучать и применять их, а также разрабатывать и создавать новые, то это не только неизбежно приведёт к тяжёлым неоправданным потерям, а, не исключено, и к поражению в войне. А как же люди будут добывать и стремиться применять новое, если они ничего не знают о его существовании?

Это похоже на изучение математики. Единицы из миллионов школьников станут профессионально заниматься высшей математикой. Но если не изучать в школе таблицу умножения, алгебру, геометрию, тогда математиком не станет никто.

1. Экзоскелет.

Хотя до фантастических моделей из «Терминатора» человечеству пока далеко, промышленные экзоскелеты для облегчения переноски тяжестей уже довольно легко можно найти, и цена их может быть ниже цены хорошего бронежилета. Кроме того, что они позволяют сильно облегчить перетаскивание различных тяжестей (того же раненого либо группового вооружения и боекомплекта), они сильно разгружают спину от веса СИБЗ и повышают мобильность личного состава.

При эксплуатации сначала нужно объяснить обучаемым конструктивные особенности, порядок подгонки жилета по своему размеру, надевания поверх него СИБЗ и так далее. Только потом имеет смысл начинать отрабатывать эвакуацию раненого. Особенным достоинством экзоскелета является то, что при штурмовой работе, например, в траншее, он позволяет уверенно пользоваться штурмовым щитом (если возникает такая необходимость) и одновременно личным оружием, а также оттащить тяжелораненого за лямку плитника на большое расстояние пятясь, в том числе по неровной поверхности. Без экзоскелета такое проделать практически невозможно.

Имеющиеся у нас в распоряжении скелеты пока пассивные и «без ног», заканчиваются на уровне поясницы, то есть разгружают только плечевой пояс. Экзоскелет просто усиливает возможности мускулатуры человека за счёт придания дополнительных точек опоры при поднимании тяжестей, а не выполняет за человека всю работу. В нём пока нет источников питания.

Принцип применения довольно простой. Он должен быть так подогнан, чтобы вся нагрузка со спины ложилась на пластиковую панель, идущую вдоль спины, и через неё переходила на бёдра. Соответственно, очень туго подгоняется вокруг талии. Плечи должны быть выше. Лучшее достоинство экзоскелета видно, когда поверх его надеваешь тяжёлый бронежилет. Тогда ты веса его не чувствуешь.

С другой стороны, считаем необходимым всем напомнить, что если экзоскелет без нижних конечностей, только на пояс, вся повышенная нагрузка, которую он позволил вам взять на себя, падает на ваши ноги. Поэтому его применение требует хорошо тренированных ног и применения ботинок с высоким жёстким берцем, а ещё лучше – ортезов коленных суставов.

Надеюсь, наша Родина скоро сможет-таки обеспечить нам экзоскелеты «в полный рост».

2. Транспортировка раненого на раме рюкзака.

Подробно её осуществление мы разбирали выше, и эта процедура должна быть не «экзотической», а напротив – типовой. Тем более что раму не самой крутой фирмы, но вполне удовлетворительного качества можно приобрести и за 20 тысяч рублей. Она позволяет с удобством переносить не только раненого или рюкзак, но ещё и групповое вооружение, заряды ПТУР и многое другое.

В довершение дополним, что на инструкторском курсе курсанты отрабатывают не только типовую переноску, но и «неправильную» – раненый сидит лицом против движения, «спина к спине». Сравнение двух способов сразу расставляет все точки над «и» и приносит понимание, какой способ удобнее.

3. Эвакуация раненого на модифицированном эвакуационном модуле.

Сетчатые носилки модели «Трап» фирмы «Специзделие» в некоторой степени похожи на знаменитые носилки «Фома», однако имеют в сравнении с ними ряд достоинств. Во-первых, они такие узкие, и при этом у них отсутствуют петли, что невозможно взяться за них неправильно – как за петли носилок других моделей, как бойцы чаще всего и берутся, – а можно взяться только правильно – сразу под раненым. Во-вторых, у них ячейки гораздо крупнее, чем у «Фомы». Это не только экономит материал, но и позволяет при необходимости развернуть их поперёк туловища раненого, продеть в их ячейки его ноги, а его самого взять на спину, как в рюкзаке.

4. Эвакуационная тележка «Анютка».

На самом деле представляет собой откидное колесо, которое можно сложить, если возникает необходимость положить носилки с раненым, оборудованное тормозом и крепежом для обычных жёстких армейских носилок, и собственно сами носилки. Везти раненого на ней можно только вдвоём, зато гораздо быстрее и на большее расстояние, нежели без неё. Делают её в гаражах своими силами энтузиасты из числа волонтеров, Министерство обороны только выдаёт носилки. Чтобы был понятен весь уровень деградации нашей тактической медицины, считаю необходимым напомнить, что точно такая тележка присутствует в учебнике санинструктора, выпущенном в 1943 году. Наша задача – исправить такое нестерпимое положение дел!

Часть 10. Сбор МТО, подведение итогов, вручение сертификатов

Конец – всему делу венец!

Народная мудрость

Обычно инструкторский курс заканчивается подведением итогов и вручением сертификатов. Особенно разбирать ошибки под конец занятий уже нецелесообразно. Люди отдали все силы за три предыдущих дня и запомнят очень немного. Напротив, их нужно воодушевить и направить.

В конце инструкторского курса обычно все воодушевлены и не хотят уезжать по домам. Они встретили здесь единомышленников, сплотились между собой. Это прекрасная и естественная реакция – залог того, что, вернувшись домой, они также станут «точками кристаллизации», людьми, вокруг которых будут собираться интересующиеся тактической медициной и в свою очередь будут обучать других. Важно это настроение закрепить.

Во-первых, занятие заканчивается тем, что инструкторы все вместе укладывают имущество, которое применяли в ходе практических занятий. Это закрепляет понимание, какая материальная база понадобится им в будущем, и в то же время дополнительно их сплачивает.

Во-вторых, на торжественном построении они получают сертификаты инструктора. Во всяком случае, те, кто продемонстрировал в ходе курса достаточный уровень знаний. В ходе вручения сертификатов обязательно нужно напомнить всем, что звание инструктора – это высокая ответственность. Перед бойцами, жизнь которых зависит от знаний, полученных на занятиях, перед их жёнами и детьми – чтобы они не стали

вдовами и сиротами, перед Родиной. Потому что, если бойцы погибнут, будет проиграна война и погибнут все.

Не все выпускники инструкторского курса получают инструкторский сертификат. Кому-то не хватило знаний, кому-то опыта. Это естественно. Это нисколько не влияет на возможность или невозможность преподавать, было бы желание. Не страшно не иметь сертификата и преподавать. Это нормально, сертификат рано или поздно появится. Страшно получить сертификат и ничего не делать для обучения населения тактической медицине в такой грозный час, когда речь идёт о самом существовании нашей Родины и нашего народа во всемирной битве против сатанинских сил.

«Мы русские, и с нами Бог!» (А.В. Суворов)

«Работайте, братья!» (М.Н. Нурбагандов)

Четвёртый день (третий день базового интенсива)

Комплексная отработка медицинских действий на поле боя («Всё вместе»)

Третий день базового интенсива – очень важный. В ходе его производится комплексная отработка всего, пройденного курсантами за предыдущие дни, в условиях, имитирующих боевые действия. Продолжительность выполнения упражнений сильно варьирует в зависимости от численности и уровня подготовки курсантов, погодных условий, наличия дополнительного транспорта и так далее. Чем лучше подобрана и оборудована площадка, на которой будут проходить занятия, тем легче хорошо научить людей. Однако не всегда есть качественный полигон, особенно на выезде. Отличие хорошо подготовленного, опытного инструктора в том, что даже на ровной площадке, типа плаца или стадиона, он знает, как быстро оборудовать и грамотно устроить полноценную площадку, на которой курсантам будет удобно высокоэффективно работать.

Вводная часть

Для обучаемых: построение личного состава, доведение порядка работы, разбиение по группам, структуризация.

Для инструкторского состава: построение, инструктаж, распределение по зонам с назначением старших, проверка наличия контрольных листов, при их отсутствии – раздача.

Важно сформировать у обучаемых спокойную уверенность и непоколебимую готовность преодолеть все трудности в ходе обучения и получить максимум знаний.

Часть 1. Отработка эвакуации раненых транспортом – легковым, а также любым дополнительно имеющимся в распоряжении

Занятия начинаем с отработки погрузки раненых в машину в составе четвёрок. Это позволяет чуть размять личный состав на несложном упражнении, разогреть его, дополнительно сплотить и настроить на дальнейшую совместную работу. Чаще всего в наличии из транспорта имеется только легковой автомобиль. Необходимо отработать экстренную погрузку раненого в него и размещение в нём сопровождающих и экстренный выход сопровождающих и выгрузку раненого из него.

1. Экстренная погрузка раненого и размещение сопровождающих (легковушка и прочий транспорт, в случае его наличия).

Двое несут раненого, стоя по бокам от него, и, удерживая одной рукой в области его лопатки (за разгрузочную систему или за одежду), а другой – за боевой пояс, брючный ремень или за штанину брюк, третий несёт его ноги. Если вы держите человека за одежду, нужно браться за неё с нижней стороны его тела, чтобы он лежал на кулаках, переносящих его. Тогда нести будет легче. Несущий ноги кладёт раненую ногу больного на здоровую и заправляет пальцы своей левой руки в нижнюю штанину брюк. Тогда ноги не выскальзывают из захвата. В правой несёт оружие. Если на ногах бойца сапоги или гетры, закрывающие штанины, в которые пальцы заправить невозможно, тогда ноги берут в подмышку левой руки.

На подходе к машине несущий ноги бросает их, выбегает вперёд, открывает заднюю дверцу с той стороны автомобиля, к которой подтаскивают раненого. Оббегает автомобиль, открывает вторую заднюю дверцу, становится коленями на заднее сидение. Двое других, стоя по бокам

от открытой задней двери, засовывают раненого внутрь машины, при этом становятся в шахматном порядке – один подальше от дверцы, поддерживает и подаёт внутрь машины таз и ноги раненого. Второй стоит поближе к дверце машины, держит раненого за лямку разгрузки и пояс, поддерживает и подаёт внутрь машины его туловище. Третий, находящийся в машине, подхватывает раненого под спину и втаскивает на заднее сидение, на себя, ногами вдоль сидения. В результате раненый размещается на заднем сидении, вдоль него ногами, спиной опираясь на боковую дверцу. Один из сопровождающих раненого – на заднем сидении, рядом с раненым, ботинки раненого у него на коленях. Он придерживает раненого за шиворот, чтобы тот не выпадал из машины и не мешал закрыть дверцу. Тот боец, который втаскивал раненого в машину, закрывает дверцу (раненый опирается на неё спиной) и садится на сидение водителя. Третий боец садится на переднее сидение рядом с водителем.

Наиболее распространённые ошибки при выполнении упражнения.

1. Не дотасили раненого так, чтобы его таз оказался на самом краю сидения. В этом случае, когда дверь будет закрыта, раненый не сидит, опираясь на неё, а скорчен в позе эмбриона, лежит крайне неудобно, если он в СИБЗ – они его душат.

2. Сидящий рядом с раненым на заднем сидении не кладёт ботинки раненого себе на колени, а заталкивает их себе под ноги. Раненому также неудобно находиться в таком положении.

Одним из вариантов погрузки является некоторая модификация этого способа, когда заднюю дверь машины со своей стороны открывает одной рукой один из бойцов, который держит раненого за туловище, при этом второй рукой он поддерживает раненого. Способ несколько более быстрый, чем если эту дверь открывает державший раненого за ноги, но чреватый тем, что раненого уронят и ударят головой о ступеньку машины. Как видим, оба варианта имеют свои плюсы и минусы.

При наличии разнообразного транспорта желательно отработать варианты погрузки в него. Общим принципом является то, что в транспорт с крупным задним отсеком («Газель», КамАЗ, «Урал») грузить людей довольно просто. Тот, кто нёс ноги пострадавшего, залезает в кузов, а те, кто нёс его туловище, становятся у заднего борта машины. Стоящие с боков подают раненого в салон, а стоящий внутри салона ухватывает его за шиворот (чаще всего – за лямки разгрузочной системы или плитника), протягивает по салону головой вперёд и укладывает на дно салона.

Если транспорта для практической отработки в наличии нет, курсанты должны быть способны показать порядок действий с условной имитацией

наличия транспорта (вычертить либо выложить его ковриками на полу). Важно, чтобы курсанты понимали различия: размещение раненого в легковом транспорте, салоне (кузове) вместительного автомобиля (КамАЗ, «Урал», УАЗ), в десантном отсеке МТЛБ, БМП и т.д. и в десантном отделе БТР. Каждый из перечисленных видов транспорта имеет свои отличия.

2. Экстренная выгрузка раненого.

Сидящий на заднем сидении рядом с раненым боец прихватывает его за шиворот, чтобы он не выпал из машины при открывании задней двери. Сидящие на переднем сидении бойцы выходят из автомобиля и занимают позицию у задней дверцы автомобиля, на которую раненый опирается спиной. Один стоит лицом к дверце, прямо напротив неё. Второй – у заднего колеса, боком к автомобилю. Стоящий лицом к задней дверце открывает её, охватывает раненого приёмом Раутека (если раненый в бронежилете – просто поперёк туловища, так как объём его слишком большой, Раутеком не захватишь) и тащит раненого из машины. Как только таз раненого повисает в воздухе, второй, стоящий у заднего колеса, подхватывает раненого под таз. После этого они относят раненого от машины, третий подбегает к ним, раненого берут одним из стандартных приёмов для переноски и уносят, обычно в приёмный покой медицинского пункта или учреждения.

Часть 2. Огневой контакт в городе. Объяснение и показ порядка действий

Далее начинается основное и главное упражнение второго дня – действия группы при огневом контакте и появлении в ней раненого.

1. Доведение легенды занятий.

Отрабатывается типовая боевая ситуация, особенно распространённая в городском бою. Группа движется от укрытия к укрытию, попали под стрелковый огонь противника. Группа даёт ответное огневое подавление, рассредотачивается, прикрывает раненого дымами, эвакуирует его и последовательно отходит, прикрывая себя огнём, из красной зоны. Далее осуществляет первую помощь раненому и последовательную эвакуацию его из красной зоны в жёлтую, и из жёлтой – в зелёную.

2. Пояснение по упрощениям в ходе отработки упражнений.

Курсантам в обязательном порядке необходимо объяснить, что в реальности расстояния между укрытиями и дальности перебежек существенно больше, чем во время отработки упражнений. Дело в том, что если при отработке действий полностью соблюдать реальные расстояния, то весь день превратится в отработку тактики, но качественно отработать медицинскую помощь по зонам будет невозможно. Техническое решение этой проблемы очень простое. На базовом курсе тактической медицины мы учим курсантов главным образом оказанию первой помощи на поле боя. А в дальнейшем, во время тренировок по тактике в составе подразделений, они применяют вводную по появлению раненого в подразделении и отрабатывают свои дальнейшие действия с учётом особенностей принятой в подразделении тактики. Тогда в ходе отработки тактических упражнений, само собой, они должны работать на реальных объектах (лес, поле, одноэтажная застройка и так далее) и отрабатывать все действия с расстояниями, близкими к реальным.

3. Показ общего размещения зон: красная, жёлтая и зелёная.

Сначала объясняем обучаемым места расположения красной, жёлтой и зелёной зон, порядок перемещений между ними, опасности и препятствия, если они имеются на учебной площадке. Если надо – корректируем размещение в избранных зонах инструкторов и их помощников. Начинать подробный разбор порядка действий в каждой зоне и их демонстрацию лучше с жёлтой и зелёной зон. Потому что как только малоподготовленным людям в руки дают автомат, адреналин у них включается, а мозги выключаются. Действия в жёлтой и зелёной зонах по оказанию первой помощи раненым характеризуются большим количеством сложных медицинских манипуляций, которые необходимо выполнять быстро, слаженно, зачастую лёжа под условным огнём воздействия противника. Таким образом, для того, чтобы курсанты правильно поняли свои задачи и могли грамотно их выполнить, сначала подробно разбираем «менее интересное и более сложное» – порядок действий в жёлтой и зелёной зонах, и только потом – в красной.

4. Показ действий в каждой зоне в составе группы.

Порядок действий в жёлтой и зелёной зонах для курсантов достаточно подробно проговорить. Все эти действия они уже отработали в первый и второй день занятий, и теперь требуется только их закрепление. О порядке

действий в красной зоне мало просто рассказать. Нужно взять группу курсантов, а лучше хорошо подготовленных инструкторов, и последовательно показать порядок передвижений и работы каждого из них в составе группы. Без спешки, с постоянной остановкой и разбором всех особенностей. Если можно так сказать, мы разбираем всю последовательность выполнения упражнения на множество эпизодов, в которых на работе группы всем объясняем правильные действия, возможные ошибки, наиболее принципиальные моменты, и заставляем группу, демонстрирующую упражнение, показать его максимально правильно. В это время все обучаемые стоят и внимательно наблюдают за показом упражнения.

Если сразу не показать правильно, то дальнейшие действия обучаемых превратятся в невнятный хаос. Напротив, потраченные на показ правильных действий время и усилия многократно окупятся, когда курсанты начнут отрабатывать упражнения.

Порядок действий инструкторов, назначенных ответственными за каждую зону, расписан в контрольных листах, которые должны быть у каждого из них.

4.1. Порядок действий в жёлтой зоне.

Жёлтая зона в условиях города – не менее 40 метров от красной зоны, за ближайшим укрытием, за которым можно встать на колени. При отработке упражнений в жёлтой зоне обязательно должны быть не менее двух туристических ковриков – для размещения условных раненых. После доставки раненого в жёлтую зону любым из «быстрых» способов в жёлтой зоне последовательно отрабатываются следующие упражнения.

1. Наложение жгута на вторую конечность (дополнительно к наложенному в красной зоне самим раненым).

2. Наложение бинтовых повязок на обе конечности и удаление жгутов.

3. Введение обезболивающего (укол производится в бедро здоровой ноги или надплечье здоровой руки, для отработки в набедренный карман заранее помещаем эластический бинт).

4. Иммобилизация повреждённых конечностей: повреждённая рука засовывается за отворот расстёгнутой формы, либо фиксируется косынкой, либо приматывается к телу бинтом. Раненая нога кладётся на шину и фиксируется.

5. В следующих турах (прохождениях последовательно всех зон раз за разом) добавляются вводные: ранения в живот, в таз с раздроблением костей, в голову, в грудь с наличием пневмоторакса, отрыв одной из конечностей.

6. После этого раненый выносится в зелёную зону. Обязательно с каждым новым туром (прохождением зоны) последовательно осуществить новые варианты эвакуации:

- на руках методом Раутека (высоко подняли, ногами вперёд);
- один несёт пострадавшего на спине («рюкзачком»), второй выносит оружие пострадавшего и его снаряжение (бронежилет, каска);
- на плащ-палатке. При этом если курсанты схватились неправильно, за концы, пусть несут так, чтобы прочувствовали свою ошибку, а потом правильно: в ногах концы плащ-палатки связываются, а в головах и вдоль туловища – подворачиваются под самого пострадавшего. Двое несут с боков, держа плащ-палатку один – на уровне плеч раненого, другой – на уровне его поясицы. Если есть третий, то он несёт ноги раненого, закинув связанные вместе концы плащ-палатки себе на согнутую в предплечье руку.
- на мягких носилках («Фома-180»). Самая распространённая ошибка: не обвязывают носилками раненого на груди и вокруг ног, а берутся за носилки не под раненым, глубоко подсунув под него руки, для чего носилки и предназначены и что позволяет переносить человека на значительное расстояние, а просто за края носилок. Это недопустимо!

Для выполнения упражнений в жёлтой зоне необходимо следующее имущество.

Не менее двух туристических ковриков и двух плащ-палаток, носилки мягкие («Фома-180»). перевязочные пакеты – израиль/китай 4”, обычные бинты, абдоминальные бандажи, армированный скотч водонепроницаемый, оболочки ППИ и самодельные окклюзионные накладки на грудь.

Раненому на время выполнения упражнений желательно вкладывать в набедренный карман формы эластичский бинт для отработки инъекции обезболивания.

Первые два раза отрабатывается оказание помощи стоя на колене. Следующие два – имитируется миномётный обстрел и воздействие вражеских БПЛА. Оказание помощи – лёжа, при разрывах накрываем раненого собой (лёжа на боку, с боков от раненого).

Очень важно, чтобы курсанты сразу приучались правильно брать раненого для переноски. На тренировке условный десяток метров они протаскают его, как бы ни схватили. В условиях боя, под огнём, когда идти придётся, возможно, километры, неправильный захват раненого для его

последующей переноски отличается от правильного не «чуть медленнее вынесем», а «не вынесем совсем и все погибнем». Инструкторы, каждый в своей зоне, должны обязательно следить за тем, чтобы вынос выполнялся правильно, и в случае малейших ошибок не стесняться возвращать эвакуационную группу на исходную позицию и отрабатывать вновь.

4.2. Порядок действий в зелёной зоне.

Зелёная зона в идеале должна создавать условия для полноценного осмотра раненого, потому при низких температурах, особенно зимой, крайне желательно размещать её в отапливаемом помещении либо, как минимум, в отапливаемой технике. Также в закрытом, тем более отапливаемом помещении, обучаемые могут «перевести дух», обсудить выполненную работу и разобрать допущенные в её ходе ошибки. Это существенно повышает качество обучения.

Однако в отсутствии отапливаемого помещения на тренировках приходилось занимать заброшенные здания, размещаться в палатках, под навесами и на открытом воздухе.

В зелёной зоне последовательно осуществляются:

1. Осмотр раненого.

Основной способ осмотра:

– снимаем с пострадавшего шлем и бронежилет (бронежилет – одна плита под спиной, вторая – под головой, на шлеме), в случае если его не сняли ранее, в жёлтой зоне. Последовательно осматриваем раненого, при необходимости раздеваем.

Дополнительные (на практике применяются реже, однако владеть ими необходимо обязательно):

- Путём ощупывания двумя руками выявляются грубые и крупные повреждения, переломы.

- Делим туловище раненого мысленно на 4 квадранта, ладонь просовываем под форму и последовательно ощупываем каждый квадрант, вытаскивая руку после него. Если на пальцах кровь – понятно, куда ранило.

2. Тампонада ран.

При отсутствии специального манекена для отработки тампонады «Гоша» (ввиду его высокой стоимости отнюдь не каждый коллектив инструкторов может позволить себе приобрести его) возможны следующие действия:

- Приобрести для отработки тампонады крупный кусок свиного или говяжьего мяса с кожей и костью, например бедро.

- Провести в кусок мяса трубку, по которой под давлением пустить кровь через рану. Степень аутентичности резко возрастает.

- Зафиксировать кусок мяса для отработки тампонады к конечности раненого, под его одеждой.

- Изготовить из магазинных манекенов для одежды имитатор раненого и размещать кусок мяса внутри него (инструкция по изготовлению – отдельно).

- Можно и кусок поролона, но он должен быть тёмно-бордового цвета, лучше с крупной костью, в случае отсутствия манекена. При этом идеально (при наличии возможности) прострелить его пулей с близкой дистанции с разрушением костей. Тогда при выполнении упражнения курсанты лучше всего почувствуют, «как оно на самом деле». Одновременно на «Гоше» может работать до 8 обучаемых.

- Использовать специальный «тампонатор», таких выпускается немало самыми различными энтузиастами.

Однако, к сожалению, весь исторический опыт учит нас, что имитирующий сильно изувеченного пострадавшего манекен гораздо эффективнее для обучения, нежели большинство этих приспособлений. Когда во время тренировок обучаемые многократно отрабатывают оказание помощи при самых чудовищных условных «повреждениях организма», встретив повреждения реальные, вплоть до отрыва конечностей, они не теряются, а привычно делают то, чему обучены: оказывают помощь.

На «Гоше» отрабатывается не только тампонада и перевязки, но и действия при пневмотораксе, ожогах, переломах и т.д.

3. Отрабатываем мероприятия по «упаковке» раненого для длительной транспортировки и профилактики гипотермии. Последовательно: носилки, коврик, спасательное одеяло, спальник, раненого в спальник, ботинки раненого в пакет, закутываем, завязываем или иначе закрепляем в таком положении.

4. Отрабатываем постановку капельницы.

5. Отрабатываем сердечно-лёгочную реанимацию.

Таким образом в зелёной зоне создаются «контрольные точки», и обучаемые с каждым новым заходом в зону отрабатывают (группой либо разбившись на подгруппы) те действия, которые они ещё не отработали.

4.3. Порядок действий в красной зоне.

1. Стандартная группа – четыре человека. Комплектация: первый номер – «разведчик» (далее он и будет ранен по условиям упражнения), второй номер – командир, третий номер – медик, четвёртый номер – пулёмётчик.

Перед каждым новым туром – выполнением каждого упражнения заново – в группе меняются ролями. Смысл в том, чтобы каждый отработал в каждой из четырёх ролей – это обеспечивает наилучшее понимание всех особенностей работы.

2. Командир группы перед выполнением каждого упражнения проверяет комплектацию имущества – индивидуального и группового. Индивидуально у каждого бойца – наличие укомплектованной индивидуальной аптечки (ППИ, жгут, санитарная косынка, скрутка – шприц, ампула и спиртовая салфетка), б/к холостое (если занятия с имитацией стрельбы). На группу: у медика – стропа с карабинами 6-10 метров, уложенный медицинский рюкзак – бандольер штурмовой медицинский, дым ручной. «Раненому» на голову лучше надеть шлем во избежание травматизации при эвакуации.

3. Исходное положение группы – на расстоянии одной перебежки от угла, за которым начнётся красная зона. Группа принимает боевой порядок: первый номер на колене, подготовка к ведению огня на 12 часов, командир – за ним стоя, подготовка к ведению огня на 12 часов. За ними «ёлочкой» назад: третий номер – на 5 часов, четвёртый – на 7. Старший группы сигнализирует инструктору, работающему в красной зоне, о готовности. Получив команду «пошли» даёт команду «к бою». Снимает личное оружие с предохранителя, досылает патрон в патронник и после этого выполняет все упражнения, как в боевых условиях, с оружием на боевом взводе. Далее группой командует командир, а не инструктор, инструктор только исправляет ошибки и вмешивается при возникновении риска нештатной ситуации.

4. Группа выдвигается «гусеницей»: по команде командира – шлепок по плечу – первый номер перебегает через открытое место и закрепляется за укрытием, за ним перебегают последовательно командир, медик и пулёмётчик. Первый номер – на колене за углом, ствол на 12, осматривает местность. Командир – за ним, стоя, тактильный контакт коленом, прицел – в ту же сторону, куда и первого номера. Третий номер – медик, за углом, спиной к стене, контроль полусферы с 3 до 6 часов. Пулёмётчик – рядом с ним, справа, контроль полусферы с 6 до 9 часов.

При перебежках первым номером допускается держать оружие стволом вперёд, так как впереди своих из группы нет. Все остальные при перемещениях держат ствол строго в безопасном направлении: или вверх, или вниз и в сторону.

5. При начале перемещений контакт – тактильный, прикосновением руки, перебегающий вперёд сигнализирует стоящему позади (особенно если тот ведёт наблюдение в заднем секторе) о начале своего движения.

6. По команде командира первый номер начинает движение короткой перебежкой в красную зону. Оружие – по ходу движения. По команде инструктора «Контакт! Ранение (правой ноги, левой ноги и так далее)» раненый падает на месте ранения. Первый раз – головой назад, на спину, максимально удобно для эвакуации. В следующие разы – головой вперёд, поперёк, на живот и так далее, чтобы максимально затруднить эвакуацию. Накладывает себе жгут на раненую конечность и теряет сознание.

7. Тем временем командир ведёт огонь в сторону «противника», прикрывая раненого. Одновременно подаёт команды личному составу, так как на момент «ранения» пулемётчик и медик смотрят в другую сторону и не знают, что происходит в красной зоне. «Группа! Контакт на 12, трёхсотый!» – чтобы все были в курсе возникшей проблемы. «Пулемётчик! Контакт на 12, укрытие на три. Готовность!» – чтобы рассредоточить по фронту свои огневые средства и исключить ситуацию, когда они скучились в одной точке, у угла, и со стороны противника на этом углу сконцентрирован огонь. Напомним также, что если не переместить пулемётчика в сторону, то он вообще лёжа вести огонь не может, так как прямо перед ним окажется лежащим и раненый, и медик, который за ним ползёт.

В случае, если местность не позволяет (справа – сплошь открытое место, нет укрытия для пулемётчика), четвёртый номер ведёт огонь, сменяя командира группы, по мере израсходования тем боеприпаса. Пулемётчик не выдвигается, пока не разгорится дым, брошенный медиком. Для этого нужно не менее 5 секунд с момента инициации дыма медиком.

8. Действия пулемётчика по команде «Контакт на 12, укрытие справа!»:

- Оглянуться, выбрать укрытие.
- После того, как медик бросил дым и дым разгорелся (не менее 5 секунд с момента инициации), перебежать за укрытие, залечь, изготавиться к ведению огня с УДОБНОГО плеча.

• Допустимо, но не обязательно пару раз отработать не перебежку, а переползание пулемётчика к укрытию. В этом случае переползает боком, с опорой на локти и колени, лицом к противнику.

9. Действия медика по команде «трёхсотый»:

- Выглянуть из-за укрытия, оценить место нахождения раненого, направление, с которого противник ведёт огонь.

• Укрывшись, приготовить к применению ручной дым, забросить его между раненым и огневой точкой противника с учётом направления ветра. Два дыма лучше, чем один, их бросают слева и справа от раненого. Дым забрасывается движением руки снизу вверх, максимально находясь в момент броска за укрытием.

- Пока дым разгорается, извлечь эвакуационную стропу с карабинами, защёлкнуть один из карабинов за элемент снаряжения командира группы.

- Залечь за укрытием, ползком выдвинуться к раненому, защёлкнуть карабин за эвакуационную петлю бронежилета или разгрузки. После этого подаёт команду командиру: «Тащи!»

Если раненый лежит к противнику боком или головой, прежде чем зацепить его за эвакуационную петлю стропой, медик должен развернуть его головой к своим. Если раненый лежит на животе – развернуть его лицом вверх.

- Командир волоком на стропе вытаскивает раненого (при этом он не должен сам показываться из-за укрытия. Одной ногой упирается в угол здания, движение обеих рук с эвакуационной стропой – параллельно углу дома, не перекручивая стропу через него). Одновременно с этим медик отползает ногами вперёд за укрытие, не наползая на стропу, чтобы не мешать тащить раненого. Возможно ведение им огня в сторону противника, но не в ущерб скорости перемещения.

- Как только раненый достигнет укрытия (угла здания), командир группы ухватывает раненого за петлю разгрузки и затаскивает в укрытие. Медик также укрывается за углом здания, стоя с колена ведёт огонь по противнику и подаёт команду пулемётчику: «Пулемётчик, держу! Отход!»

- Пулемётчик перебегает к ним за укрытие, занимает позицию за углом, сзади от медика, при необходимости перезаряжается. После этого подаёт команду: «Держу! Отход!» Медик с командиром подхватывают раненого любым удобным способом из «быстрых» и вытаскивают в ближайшее укрытие (жёлтую зону).

- Оказавшись в жёлтой зоне, один из них (медик) сразу же занимается раненым. Командир изготавливается к ведению огня назад для прикрытия пулемётчика и подаёт тому команду: «Пулемётчик, держу! Отход». Пулемётчик отходит к ним. После этого группа откладывает ММГ для следующей группы и приступает к выполнению упражнений жёлтой зоны.

МТО для выполнения упражнения:

Медику – ручной дым, стропа с карабинами, бандольер медицинский штурмовой. Раненому – жгут и шлем на голову. Бойцам – СХП и холостой б/к (10-20 патронов на человека, в разных магазинах).

Если курсантов много, а инструкторов и помощников инструкторов достаточно, можно одновременно запустить две красные зоны и две жёлтые. Зелёной обычно достаточно одной.

Действия в красной зоне, как мы уже не раз подчёркивали, мало объяснить, их все нужно показать, лучше силами инструкторской группы с

разбором – пояснениями буквально к каждому шагу. После этого и ответа на все вопросы курсантов начинается отработка упражнений. В идеале сквозь каждую зону обучаемые должны последовательно пройти четыре раза.

5. Ответы на вопросы, разбор возможных ошибок.

Довольно распространённой проблемой является тот факт, что многие обучаемые на курсах по различным причинам (чаще всего из-за недостатка внутренней дисциплины и избыточного мнения о своём «опыте») начинают пререкаться из-за предложенной на занятиях схемы передвижения группы и порядка эвакуации раненых из-под огня. Аргументы при этом приводятся самые разные, чаще всего типа: «Вот мы двигаемся иначе!». Однако чаще всего никакой альтернативной эффективной схемы никто предложить не может.

Инструкторы должны понимать сами и уметь аргументированно объяснить обучаемым, почему избран именно такой порядок работы групп в красной зоне.

1. Обученные люди до тех пор, пока они не встретились с противником, передвигаются от укрытия к укрытию, на открытом месте одновременно находится только один человек, совершающий перебежку, остальные прикрывают его и осуществляют визуальный контроль местности.

2. Если подразделение обученное и сплочённое, то оно может эффективно передвигаться в рассредоточенных боевых порядках. Однако, когда на базовый курс пришли люди, которые в первый раз держат в руках макеты оружия и пытаются выполнять слаженные перемещения, – чаще всего трудно ожидать, что они смогут так работать. Потому – сосредоточение за укрытием, старший указывает направление дальнейшего перемещения, перебежки по одному, накопление за следующим укрытием. Потом цикл повторяется.

3. Вытаскивание раненого непосредственно из красной зоны производится различными способами, в том числе на стропе, для выработки слаженности действий группы. Война – вообще командный спорт, а эвакуация раненых из-под огня – тем более.

4. Имитация работы под воздействием вражеского миномётного огня, ударов БПЛА и т.д. осуществляется за счёт действий в жёлтой и зелёной зонах, а также, при необходимости, и эвакуации в положении «лёжа».

Если мы работаем с подготовленными подразделениями, у которых имеются особенности своей тактики, можно сказать: «Мы сейчас проведём

занятие по нашим стандартам, а далее вы можете изменить форму обучения в соответствии с вашей тактикой». Однако такой случай – скорее исключение. В большинстве подразделений с тактической выучкой не так хорошо, как бойцам этих подразделений иногда кажется.

Часть 3. Завершение мероприятия, подведение итогов, вручение сертификатов, сборы МТО

Ближе к концу мероприятия, когда часть групп уже отработали по четыре раза действия во всех зонах, а часть ещё только заканчивает, целесообразно собрать в кружок тех, кто свободен, разобрать с ними интересующие их вопросы, довести дополнительную информацию, которая не помещается в основной курс. Особенно важно передавать людям боевой опыт. Он не только гораздо важнее, чем какие-то «теоретические изыскания», но ещё и способствует подъёму боевого духа, пробуждает в людях стремление лично участвовать в боях и уничтожать врага, а также способствует выработке психологической устойчивости. Больше всего человека страшит неизвестность. Чем больше человек знает о предстоящей ему опасности и способах её преодоления, тем спокойнее он встречает её.

По окончании упражнений обязательно проводится торжественное построение, отдельным строем стоят инструкторы и их помощники, лицом к лицу с выпускниками. Необходимо среди прочего напомнить курсантам о том, что инструкторы оставляют близких, детей, жертвуют своим временем для того, чтобы передать им знания и помочь стать настоящими тактическими медиками.

При вручении сертификатов желательно найти отдельное доброе слово для каждого выпускника, лучше, если оно будет учитывать его индивидуальные особенности и обращено именно к нему, лично.

Важнейшим моментом, который нужно донести до каждого выпускника, является тот факт, что сертификат о прохождении курса – это не предмет для гордости и самовосхваления. Это прежде всего знак высокой ответственности. Идёт ожесточённая война за само право существования нашего народа и нашей Святой Веры. Каждый имеющий такой сертификат в идеале должен применять полученные знания на фронте или, как минимум, быть к этому всегда готовым. Но если постоянно не тренироваться, полученные знания будут забыты. «Лучший способ научиться – это учить других». Помогая нам – нашему учебному центру в Москве, региональным филиалам по месту своего жительства, организовывая такие филиалы,

выпускники смогут не только закрепить полученные знания, но и сами стать настоящими инструкторами.

«Итак идите, научите все народы»¹⁶ – сказал Иисус Христос своим апостолам. **Выполняя инструкторское служение на ниве тактической медицины, вы сможете выполнить не просто человеческую, но АПОСТОЛЬСКУЮ заповедь!**

¹⁶ Евангелие от Матфея, глава 28, стих 16.

Дополнение и напутствия инструкторов проекта

Инструктор «Ворчун»

Ворчун - ведущий инструктор «Технологии выживания».

Инструктор на курсах по тактической медицине, тактико-специальной и огневой подготовке с бойцами СОБР и ГСОМ, военнослужащими МО, бойцами местной тер.обороны и другими.

Так же обучает новых инструкторов проекта.



Критерии оценки на инструкторской аттестации

1. Оцениваем в пяти номинациях: уровень знаний и навыков (в том числе материалов «Геткурса»); умение преподавать; тайминг; работа с материальной базой; тактика действий парамедика на поле боя.

2. Выставляем каждому в ходе выступления оценки по 5-балльной шкале в этих разделах.

3. В умение преподавать (комплексный параметр) входят понятная грамотная речь, контроль за работой курсантов, лёгкость общения с аудиторией, нужный эмоциональный фон, стрессоустойчивость, работа с возражениями.

4. Блоки дробим по малым кускам (упражнениям), чтобы увидеть каждого в разных разделах.

5. Оцениваем как сами выступления на отдельных упражнениях, так и вопросы и дополнения.

6. Оценка за наличие (отсутствие) плана-конспекта базового курса (БК) и личных наручных часов с собой.

7. Работа с материальной базой:

- подготовка материальной базы к курсу – номенклатура, количество, укладка;

- организация выдачи/приёмки с использованием членов команды.

8. Отдельный большой раздел – построение работы на полигоне:

- понимание, как выстроить работу по трём зонам для конкретной аудитории (гражданские, силовики, военные);

- умение адаптироваться к условиям полигона;

- понимание тактической задачи в группе и в работе четвёрки в ходе занятия;

- знание/умение обращаться с оружием (АК);

- в целом понимание критериев оценки работы курсантов;

- основания для назначения дополнительных условных ранений бойцов в четвёрке;
- владение методикой усложнения учебной задачи в ходе многократного выполнения;
- знание методики погрузки/выгрузки раненого при использовании различного автотранспорта.

Порядок подготовки к инструкторской аттестации (ИА)

1. Чтение книг по тактической медицине, просмотр видео на «Ютубе».
2. Запись на БК проекта «Технологии выживания».
3. Изучение материалов ТВ на «Геткурсе».
4. Прохождение БК ТВ по тактической медицине.
5. Самостоятельный разбор личных и групповых ошибок на БК.
6. Повторное изучение книг по тактической медицине, материалов на «Геткурсе» и «Ютубе».
7. Неоднократное участие в учебных мероприятиях по тактической медицине проекта «Технологии выживания», в первую очередь БК в Москве.
8. Ведение различных блоков и отдельных разделов в ходе БК.
9. Регулярное общение с более опытными коллегами на тему тактической медицины и снова повторное изучение книг по ней, материалов на «Геткурсе» и «Ютубе».
10. Инструкторская аттестация.

Проблемы и ошибки курсантов на ИА

1. Общая проблема – непонимание задач тактической медицины и действий парамедика. В основном свойственно действующим медработникам.

Решается участием в базовых курсах тактической медицины проекта «Технологии выживания», а также прохождением курсов по тактике и другим военным дисциплинам.

2. Общая проблема – банальное незнание программы БК.

Решается внимательным изучением самой программы и участием в учебных мероприятиях проекта, в первую очередь базовых курсах по тактической медицине.

3. Общая проблема – недостаточный уровень подготовки. Незнание отдельных тем, разделов, упражнений.

Решается работой с учебными материалами на «Геткурсе» и участием в учебных мероприятиях проекта, в первую очередь базовых курсах по тактической медицине.

4. Корявая техника выполнения упражнений, присутствие ошибок, медленное выполнение в ходе показа. Решается тренировками, работой с учебными материалами на «Геткурсе» и участием в учебных мероприятиях проекта, в первую очередь базовых курсах по тактической медицине.

5. Показ упражнений без нормальных объяснений.

Решается тренировками, работой с учебными материалами на «Геткурсе» и участием в учебных мероприятиях проекта, в первую очередь базовых курсах по тактической медицине.

6. Неоптимальное расположение инструктора относительно группы курсантов при показе упражнения.

Решается опытом проведения занятий, например, на БК, а также вниманием и самоконтролем.

7. Путанные объяснения, сбивчивая речь, многословность, монотонность изложения.

Решается повышением ораторского мастерства, опытом проведения занятий, например, на БК, а также вниманием и самоконтролем.

8. Нервные или откровенно агрессивные реакции на попытки коллег что-либо уточнить, дополнить, исправить.

Решается повышением уровня знаний/умений и опытом проведения занятий, например, на БК, а также самоконтролем.

9. Плохое соответствие отведённому времени на конкретный раздел или упражнение, слишком долгий показ или рассказ, слабый контроль времени отработки.

Часто свойственно действующим медработникам и людям с медобразованием.

Решается опытом проведения занятий, самоконтролем, наличием плана занятий и использованием наручных часов.

10. Незнание требуемой матбазы.

Решается изучением вопроса, пониманием важности и опытом проведения занятий.

Инструктор «Нота»

Нота - инструктор проекта.

Учимся всегда вместе!

Основные ошибки на курсах

*Каждый наш курс – это
битва за солдата!*

Ю.Ю. Евич

«Помни, отправляя к бойцам плохо подготовленного инструктора, ты убиваешь наших воинов», – так Юрий Юрьевич постоянно напоминает об уровне ответственности в обучении инструкторов. Если в голове неизменно держать эту мысль, осознать всю её глубину и драматичность реальности, тогда



планка требований к себе и претендентам всегда останется на правильном уровне.

Инструкторский курс – новая высота для кандидатов и уникальный опыт для ведущего тренера. Это и экзамен, на котором нужно достойно пройти все испытания, но это и углублённое изучение, познание, осмысление и доработка базовых навыков. Кроме того, на инструкторском курсе каждый участник словно проходит этап боевого слаживания, когда нужно суметь быстро исправить свои ошибки, увидеть недочёты товарищей в отработке, быть готовым к критике и принять её, преодолеть страх выглядеть нелепо и найти возможности для роста. Каждый инструктор когда-то был только кандидатом, и именно благодаря желанию и умению учиться стал частью большой семьи проекта. Не всегда аттестация проходит гладко, есть трения, элемент соревновательности, накапливается усталость, однако именно инструкторский курс даёт возможность проникнуть вглубь процесса обучения на интенсивах, пополнить свою копилку знаний.

Ошибки – это спутник новичков и частое явление на базовых курсах. Однако затруднения и неточности бывают и на инструкторском курсе. Большая часть недоработок легко исправляется на месте, все недопонимания убираются и пробелы восполняются. Но существует ряд заблуждений, которые могут стать серьёзным препятствием для получения инструкторского сертификата.

Фатальная оплошность – прийти на экзамен неподготовленным в надежде на коммуникативные навыки. Хорошо поставленная речь и умение поймать внимание аудитории являются лишь гранями инструкторской работы, а не самоцелью, мы обучаем, а не выступаем. Были кандидаты, которые проявляли инициативу и часто хотели быть в роли ведущего, но по факту говорили только околокурсовую чушь, что сильно раздражало остальных участников и отнимало много времени у всей группы.

Недоумение вызывают экзотические способы наложения жгута, и тогда сразу становится понятно, что человек программу не знает и обучался по каким-то роликам в сети Интернет. Даже опытному инструктору, ведущему курсы на регулярной основе, бывает нелишним заглянуть на платформу «Геткурса» для того, чтобы освежить знания, убедиться, что всё идёт чётко по плану. А уж начинающему такмедику нужно регулярно сверяться с видео, признавать свои ошибки и корректировать себя при необходимости.

Есть и другая крайность. Со временем маститые ведущие могут пытаться «совершенствовать» программу проекта, считая, что можно добавить какой-то другой способ наложения жгута или эвакуации, ввести дополнительный раздел. Это может происходить либо из-за желания покрасоваться, удивить курсантов своим багажом знаний и мастерством, либо наоборот, из-за неуверенности в полноте и универсальности программы проекта. Такой инструктор просто не способен противостоять давлению со стороны узкопрофильных медицинских специалистов, пришедших курсантами на интенсив и желающих поспорить, чтобы привлечь внимание к своей персоне, желает им угодить.

Недопустимо без согласования с руководством проекта менять программу или вносить коррективы. Каждое правило написано кровью солдат. Объём курса выверялся годами и является лучшей базовой подготовкой санинструктора подразделения. В программе важно всё, каждый раздел и каждое упражнение. Вносить что-либо дополнительно тоже не стоит, потому что тогда пострадает качество отработки базовых навыков. Наш курс – как устав для военнослужащих. И как каждый устав, пишется по войне прошедшей, вбирает опыт различных военных конфликтов и боестолкновений, сохраняя всё важное и обеспечивая структуру и опору для войны настоящей и будущей. Курс живой, при необходимости после получения нового боевого опыта руководство проекта внесёт соответствующие коррективы, чтобы сохранить жизнь и здоровье солдата.

Некоторое исключение составляют случаи, когда человек имеет реальный боевой опыт и на его основе вносит дополнения, проверенные боевой практикой и показавшие свой успех, либо рассказывает о возникших при выполнении боевых задач неудачах. И в том и в другом случае это ценно, однако допустимо только в том случае, когда подача дополнительного материала не нарушает структуру и тайминг ведения основного курса (примечание Юрича).

В нашем проекте много специалистов с большим врачебным опытом. Это очень хорошо! Именно авторитет и инициатива доктора порой может стать решающим фактором в вопросе подготовки личного состава. Однако стоит отметить, что без знания программы и чёткого следования рекомендациям одного врачебного опыта недостаточно, потому что тактическая медицина в первую очередь является частью военной стратегии. На первом месте слово «тактическая». Поэтому знания и опыт докторов очень ценны, но подготовка в строгом соответствии с программой базового курса необходима для получения статуса инструктора проекта.

Ещё одной из проблем кандидатов на аттестации является несоблюдение тайминга, указанного в плане курса. Поминутный план очень важен, он позволяет держать темп, сохранять рабочую атмосферу и дисциплину на курсе. Тайминг – это выверенный оптимальный ход учебного процесса.

Трудно предугадать заранее, как пройдёт экзамен. Я каждый раз волнуюсь почти так же, когда шла сдавать свой экзамен. Помню, что стоит на кону. И каждый раз вступаю в бой за нашего солдата, за его право выжить в этом аду и вернуться домой.

Пусть у вас всё получится.

И помните, встречают по снаряге, а провожают по уровню подготовки. Успешной аттестации!

Критерии для оценки уровня подготовки инструктора и выдачи сертификата

Знание программы, способность быстро исправлять ошибки и решать спорные вопросы, поставленная речь и ораторские качества, умение держать

темп согласно хронометражу, желание расти над собой, навык работать в команде и адекватное восприятие критики старшего – это базовые требования для аттестации инструктора.

Однако следует опираться на более конкретные параметры и показатели работы каждого кандидата, чтобы минимизировать субъективизм и личностное восприятие принимающего наставника.

Самый простой шаг – ввести критерии оценки каждого упражнения. Эту идею подсказал Вирус, боевой товарищ Юрия Юрьевича и отличный инструктор, вместе с которым мы провели много курсов.

В блоке «Вводная часть» внимание уделяем тому, как экзаменуемый доводит порядок работы, понимает сам и может объяснить важность четвёрок, структуризации личного состава по росту и весу, как умеет завладеть вниманием и себя представить.

В разделе работы со жгутами оцениваем технику наложения, соответствие программе обучения базового курса, правильность положения тела, скорость наложения, силу компрессии, соблюдение правила двухэтапности (показ – отработка), либо трёхэтапности (показ – совместная отработка – самостоятельное выполнение) на сложных упражнениях, умение объяснять.

В части «Эвакуация» особое внимание уделяем технике выполнения каждого упражнения, знанию тонкостей и умению обосновать этот навык или способ, вариативность применения, делаем акцент на структурность блока, чтобы упражнения лучше запоминались.

«Обезболивание» оцениваем по лаконичности рассказа, владению информацией в данном вопросе, умению отвечать на вопросы и соблюсти отведённое время, смотрим на подачу в соответствии с курсом по шприц-тюбику и использованию скрутки.

В блоке «Наложение повязок» оцениваем технику, положение инструктора относительно условного раненого, соблюдение правил и плана курса. Самые большие затруднения вызывает повязка на культю конечностей, возможно, этот тип повязки стоит отработать дополнительно в третий день для лучшего закрепления.

Знания и навыки раздела «Иммобилизация» анализируем по правильной структуризации материала, умению рассказать и показать способы – основные и дополнительные, соблюдению техники и правил.

При демонстрации изделий различного назначения уровень кандидатов сильно отличается. Очень важно, чтобы экзаменуемые знали базовый уровень и могли рассказать этот блок, опираясь на знакомые изделия. Задача принимающего инструктора скорректировать, разъяснить, дополнить или исправить выступающих. В разборе материала по декомпрессии плевральной полости обязательно озвучить риски. В рассказе о гемостатиках критично обозначить опасные изделия и дать принципиальные отличия действующих веществ.

Работа в контрольных точках:

1. «Гоша», тампонада – техника выполнения и умение рассказать.

2. СЛР – соблюдение алгоритма, умение лаконично рассказать, доведение тактических моментов мероприятия.

3. Инфузии – техника постановки капельницы и катетера, озвучить тактические аспекты.

4. Утепление – соблюдение послойности.

Таким образом, наряду с общими показателями в каждом блоке есть свой ряд критериев, позволяющих оценить степень готовности кандидата.

Инструктор «Таволга»

Таволга - ведущий инструктор «Технологий выживания - Тактическая медицина», инструктор BLS Национального совета по реанимации. Образование педагогическое.



Основные ошибки курсантов

Ошибки, часто встречающиеся на ИА

1. Отсутствие в голове структуры занятия в целом и структуры объяснения конкретной темы в частности. Что порождает многословие, путаность, как следствие – нарушение тайминга.

Для решения проблемы надо составить чёткий конспект темы или занятия и следовать ему.

2. Зазубривание учебного материала без понимания сути. В результате любой вопрос по теме немного под другим углом выбивает из колен.

Решение данной проблемы: нужно не только заучивать, но и вникать в суть вопроса, изучать материалы по теме, общаться с более опытными коллегами, например, при участии в БК.

Ошибки, часто встречающиеся на БК

1. Инструкторы, которые развиваются, учатся, овладевают большим количеством знаний, очень хотят все эти знания в полном объёме вывалить на головы курсантов базового курса.

Решение: разобраться в целях базового курса. Научиться дозировать передаваемые знания. Например, через участие в БК.

2. Страх ошибки. Когда инструктор, рассказывающий и показывающий упражнение, понимает, что делает или говорит неправильно, но не останавливается, не говорит что-то типа «ой, простите, переклинило», и не исправляет свою ошибку, а продолжает делать неправильно, пытаясь это во что-то трансформировать в процессе, и по уши закапывается в ошибку.

Решается просто. Надо выучить материалы «Геткурса», чтобы не ошибаться. А если переклинило, то не бояться об этом сказать и исправить. Можно перевести в шутку.

Порядок подготовки к инструкторской аттестации

1. Выучить все материалы на «Геткурсе» (что говорить, как делать).
2. Тренироваться рассказывать и показывать, учиться взаимодействию с аудиторией.
3. Участвовать в БК.
4. Получить хотя бы минимальные знания и навыки по работе с АК и тактике.

Хочу пожелать будущим и действующим инструкторам, не останавливаться в своём росте, продолжать учиться и развиваться. Ведь когда заканчивается движение вверх, начинается падение вниз.

И помните об ответственности. От того, насколько качественно вы научите людей, зависит их жизнь и жизнь их близких, товарищей.

Учитесь сами, учитесь учить. Ничто так не погружает в суть предмета, как обучение других. Становитесь мастерами и вы спасёте множество жизней.

Ну и конечно же, несомненное:

Враг будет разбит!

Победа будет за нами!

Инструктор «Максуд Сохатый»

Максуд - инженер, менеджер по безопасности, инструктор проекта «Технологии выживания», имеет многолетний опыт преподавания ТМ в войсках, награждён медалью «Участнику специальной военной операции».

Особенности подготовки военнослужащих

*В мире шахмат пешка может
выйти, если тренируется, в ферзи*

В.С. Высоцкий

*А если солдату ещё и фонарь на
х... повесить, то он и ночью косить
сможет!*

Из анекдота

Начиная свой путь инструктора по тактической медицине, я, как и любой другой неопит, рьяно следовал каждой букве базового курса «Технологий

выживания», разработанного Юрием Евичем, моим учителем и другом. Однако на протяжении нескольких последних лет, работая исключительно в армейских подразделениях, заметил, что многие нюансы организации занятий и техники выполнения упражнений требуют адаптации под контингент, снаряжение и прочие условия, отличающиеся от условий подготовки гражданских специалистов. Поэтому, когда Юрий Юрьевич предложил мне написать дополнительную главу к своей книге, освещающую эти вопросы – огромная ему благодарность! – я с радостью ухватился за эту возможность.

В главе рассмотрены только моменты, которые, на мой взгляд, требуют изменения подхода. То, что менять не надо, я не описывал, чтобы не повторяться. Хотя не исключено, что всё же где-то повторился. Но это исключительно в виду важности аспекта.

Выражаю глубочайшую благодарность своим неназванным коллегам, руководству и сотрудникам, стараниями и помощью которых были накоплены знания и опыт, изложенные ниже, своим учителям – «Юричу», Алексею «КЭТ», Андрею «Боград» и, конечно же, настойчивым ученикам, а Вадиму «Красному» – персонально, которые своим ненасытным стремлением к знаниям упорно гонят нас всех вперёд.

Мы – Русские! С нами Бог! Сим победим!

1. Общие вопросы организации и планирования

Ввиду вредительски малого количества времени, выделяемого под тактическую медицину, более или менее полно подготовку проходят только санитары и санитарные группы, у линейного состава в большинстве случаев подготовка ограничивается уровнем «взлёт – посадка».

Кроме малого количества времени, сложностью является частая смена состава и штатного расписания подразделения. Например, из взвода, пришедшего на медицинскую подготовку, изымаются пулемётчики и гранатомётчики, которых отправляют заниматься по специальности, а на следующем занятии, в связи с изменением списков, меняют местами с кем-то из числа уже прошедших несколько тем по тактической медицине. Или, ещё проще, человек десять отправляют в другое подразделение, а на их место приходит неподготовленное пополнение.

Веселее всего, когда занятия проводится на этапе формирования подразделения. Кто не в курсе, в роте штатно три взвода, а в батальоне – три роты. Во взводе – 30 человек.

Внимание, вопрос: сколько рот будет сформировано, если в батальон прибыло девяносто человек? Одна рота в количестве трёх взводов?

А вот и неправильно!

Сформированы будут все три роты батальона, по три взвода в каждой! Правда, личного состава во взводах будет по трети, но это неважно: командиры взводов и отделений назначены, наверх доложено – «что ж тебе ещё надо, собака?»

А потом эти взводы начинают пополнять. В результате подготовка группы, пришедшей на занятия, неравномерна, а поскольку где тонко, там и рвётся, приходится начинать сначала, по новой, для всех. Хорошо, если у вас есть пара помощников, которые могут работать с новичками, пока вы тренируете более подготовленных бойцов. Но чаще всего помощников нет, и вам придётся повторять сначала снова и снова, до выявления вами среди первой волны обучаемых наиболее активных, интересующихся и ответственных бойцов, способных взять на себя часть вашей нагрузки.

Таких бойцов следует искать среди таких категорий, как крестьяне (не жители деревни, бухающие с утра, а реальные труженики села), ремесленники (рабочие специальности) и спортсмены. Они лучше других умеют работать руками, у них лучше координация и мелкая моторика, они сообразительны и легко адаптируются к быстро меняющейся обстановке.

Именно им вы сможете поручить обучение новичков, а сами заняться тренировкой остального личного состава.

Кстати, если кто не понимает разницу между обучением и тренировкой.

Обучение – это привитие человеку УМЕНИЯ правильно выполнить упражнение, а тренировка – наработка НАВЫКА его правильного и быстрого выполнения при различных вводных. И когда комбат, клонутый жареным не-скажу-кем из штаба в известное место, яростно скачет вокруг учебной точки, оглашая окрестности воплями «они должны бегать, прыгать, ползать!!!», можете смело слать его в это самое клонутое место, указав, что этап тренировки наступает только после завершения этапа обучения.

Кроме того, не стоит приравнивать к мотивированным гражданским, которые мало того, что приехали сами, так вдобавок и собственные деньги заплатили, к военным, которых ПРИВЕЛИ. Повторяю: ПРИВЕЛИ, вне зависимости от возраста, опыта, чинов и званий. И отношение у них соответствующее, то есть казённое: «Скорей бы закончить здесь – да спать». Люди включаются на полную только после того, как их подразделение пару раз отметелят. И то зачастую на лицах читается: да что ты мне рассказываешь, я это всё знаю, а там всё равно всё не так». Как с этим бороться, рассмотрим позже.

Привычных для «Технологии выживания» занятий в формате интенсива, как уже понятно, не будет. Гораздо чаще, если подразделение готовится в глубоком тылу, занятия проходят повзводно, по 1,5-2 часа, на протяжении нескольких дней. Если подготовка срочная и за лентой, то в лучшем случае три дня по часу. А то и вовсе один день, по остаточному принципу – «на сколько времени хватит».

Иногда, хоть и крайне редко, вам ставится задача подготовки подразделения под определённую задачу. Тогда, естественно, при планировании занятий следует опираться на ту внутреннюю организационную структуру подразделения, которая будет применяться на задаче. Для этого необходимо плотно пообщаться с командирами, уяснить особенности задачи, местности, противника, приданных сил и средств и т.п.

Во всех описанных случаях считаю правильным опираться на план подготовки «Вечерних тренировок» все того же любимого до слез проекта «Технологии выживания», таблица 1.

Используя план (табл. 1), к вопросу необходимо, согласно части 3 боевого устава сухопутных войск, «подходить творчески, сообразно ситуации», то есть делать поправки на длительность занятия, периода подготовки и требования к профессиональному уровню бойцов, обусловленные поставленными задачами.

Например, нет смысла проводить занятие по иммобилизации среди бойцов штурмовой группы, ибо их задача – вытащить раненого из красной зоны в случае неудачной атаки. После этого они будут так вымотаны, что наложение шины, даже если её им сбросят с вертолёта, станет невыполнимой задачей. Под это следует подготовить эвакуационную группу. А её, в свою очередь, не имеет смысла учить СЛР и/или внутривенному, а тем более внутрикостному доступу. Для тех, кто заочно приговорил меня к расстрелу через повешение за людоедскую практику «недоподготовки» личного состава, поясняя: ни средств, ни времени на постановку капельницы у эвакогруппы не будет, а даже после успешной СЛР, как показывает статистика, пострадавший остаётся в живых лишь в 2-3% случаев. А сколько времени тратится на реанимацию одного пострадавшего? И сколько раненых средней тяжести перейдут за это время в категорию тяжёлых, и сколько тяжёлых отправятся в лучший мир? Упомянутым манипуляциям следует обучать бойцов, начиная с медицинского взвода и выше.

Разумеется, если у нас есть время и, главное, думающее командование, – нет препятствий патриотам, будем готовить весь личный состав до уровня санитаря.

Подавляющее большинство групп проходит обучение в СИБЗ, что налагает на инструктора обязанность демонстрировать приёмы и упражнения в аналогичных условиях. Лучше всего, разумеется, приобрести собственные СИБЗ, ориентируясь на свою комплекцию, обвес и прочее. Если возможности приобрести нет – необходимо получить их в подразделении, разумеется, временно. Если руки чешутся приватизировать понравившийся броник, следует напомнить окаянными пальчатым отросткам, что результатом их мародёрства станет боец, идущий в атаку без брони.

Дабы не опозориться, демонстрируя ранее казавшиеся лёгкими упражнения в тяжелой сбре, увешанной навороченными подсумками, следует заранее потренироваться, что есть ещё один аргумент в пользу приобретения собственных СИБЗ.

Таблица 1. План вечерних тренировок проекта «Технологии выживания»

Четыре этапа

Занятие	Зона	Тема	Краткое содержание	Длительность
№ 1	Красная, жёлтая, зелёная	Жгуты	Самопомощь: на руку стоя/лежа, на ногу сидя/лежа, на шею Взаимопомощь: на руку/ногу стоя/сидя; на руку/ногу лежа со стороны головы/ног; на шею вдвоём/один	3 часа
№ 2	Красная, жёлтая	Эвакуация	Один: лежа на боку/на спине, за разгрузку, Раутек, плащ-палатка, «Фома» Вдвоем: за разгрузку, плечо – ремень, под руки, двойной/верхний Раутек, плащ-палатка, «Фома»	1 час
		Обезбол	В ягодицу, бедро, плечо	15 мин.
	Жёлтая	Десмургия	Перевязка тремя видами бинтов: конечностей, головы, культи конечности при её отрыве; туловища (живота, таза) – эластичным бинтом, косынкой	1 час 45 мин.
№ 3	Жёлтая	Иммобилизация	Косынкой, шинами Sam Splint, тракционной шиной, туристическим ковриком, стретч-плёнкой	45 мин.
	Зелёная	Тампонада	Бинт, гемостатики, г/с бинт, г/с губка	30 мин.

	Зелёная	Капельница	Внутривенно, внутрикостно	1 час
	Зелёная	СЛР	На манекене	45 мин.
№ 4	Красная, тактика	Порядок действий четвёрки, показ	Последовательность построения, порядок действий	30 мин.
	Красная, тактика	Порядок действий четвёрки, отработка	Имитация ранения при БД, остановка крови, эвакуация	2 часа 30 мин.
	Жёлтая, тактика	Эвакуация, порядок действий четвёрки в жёлтой зоне	Обезбол, турникет, повязка, иммобилизация	
	Зелёная, тактика	Эвакуация, порядок действий четвёрки в зелёной зоне	Тампонада, капельница, СЛР	

2. Организация занятия

Начиная работу с подразделением, следует заранее уточнить, какой контингент составляет его основу.

Разумеется, легче работать с однородным коллективом – например, полные новички или, наоборот, поголовно обстрелянные бойцы. В таком случае не придётся кого-то подгонять, а других – наоборот, спасти от скуки.

Новичков следует заинтересовать. Достигается это несложным рассказом о количестве санитарных потерь и безвозвратных потерь среди потенциально спасаемых раненых (это те, которые могли бы ещё пожить, да из-за неумения накладывать жгут померли).

С обстрелянными задача несколько сложнее, их трупами не напугать, они их видели. С мотивацией у них обычно всё нормально. Хуже с восприятием тебя как полезного для них человека. В большинстве случаев хорошо себя показал следующий приём, как говорят спецы PR, «подстройки аудитории».

1. Строим группу, перед этим обязательно уточняя, был ли перекур – демонстрируем заботу.

2. Если перекура не было, дать пять минут, чтоб не ныли и не курили тишком во время занятия.

3. После этого уточняем, всем ли видно и слышно. Пауза секунд 10, чтоб сосредоточились на тебе, в это время можно про себя прочитать молитву.

4. Морально подготовившись и подготовив группу, произносим вступительные слова: «Парни! Вы все уже имеете тот или иной опыт. В том числе оказания помощи себе и товарищам. На занятиях по тактмеду перед нами стоят три задачи. Первая: привести наши знания к единому знаменателю. Чтоб говорить на одном языке. Вторая: здесь есть те, кого раньше медицине не учили. Им надо получить навыки наиболее простых способов оказания помощи. Третья: я должен научиться у вас тому, чего ещё не знаю. Тому, что вы придумали, на собственном опыте. Все понятно? Готовы потрудиться?» – обычно после того, как «Сэмён такую рэчь задвинул», отвечают «да».

Если во взводе оказываются люди, имеющие хорошую первичную подготовку, обычно это бойцы «Вагнера» или других ЧВК, или те, кто уже исполнял обязанности санитаров, а то и настоящие фельдшеры, то это подарок судьбы. Чаще всего их можно определить по несколько отстранённому виду (им скучно) и быстрому выполнению упражнений. Делим взвод на подгруппы, назначаем их старшими групп.

Таким образом, взвод оказывается максимально эффективно структурирован для проведения занятия в сложившейся ситуации.

3. Часто встречающиеся и спорные вопросы

Прежде чем перейти к особенностям практических приёмов оказания помощи, рассмотрим несколько общих моментов.

Количество и расположение жгутов должно обеспечивать быстрое извлечение и наложение на любую конечность или сложную анатомическую зону. Количество должно быть не менее двух. Рекомендованное расположение – по два под каждую руку: один в области «треугольника жизни» (треугольник пояс – грудина), один сбоку – на поясе или на бедре (щиколотке).

Аптечки эшелонированы.

Первый эшелон (БОМЖ): бинт, обезбол, маркер, жгут. Предназначен для быстрой самопомощи.

Второй эшелон: два жгута, два перевязочных пакета, гемостатик, противоожоговая салфетка, окклюзионные пластыри (2 шт.), противохимический пакет. Чаще всего применяется для взаимопомощи, санитаром – владельцу аптечки.

Третий эшелон: запас для пополнения первых двух эшелонов, медикаменты от хронических заболеваний владельца, обезболивающее, от простуды, противовоспалительное, от запора, от поноса, паста от мозолей, марлевые салфетки, ленточный пластырь, йод, ножницы.

Нулевой эшелон: носимый в кармане экстренный вариант БОМЖ.

Норматив наложения жгута – 18 секунд с извлечением из подсумка, так как человек при значительном повреждении артерии умирает через полторы минуты, теряет сознание через 40 секунд, а дееспособность может потерять уже через 20 секунд.

Время наложения жгута до первого ослабления 30 минут, период ослабления 10 секунд.

Медицинская рекомендация 1 час имеет следующие недостатки:

- длительный период расслабляет контролирующего;
- за длительный период контролирующий с большей вероятностью будет отвлечён, перенаправлен или убит;
- за длительный срок с большей вероятностью изменится тактическая обстановка.

Наложение жгута на 30 минут имеет следующие достоинства:

- если транспорт появляется неожиданно и контролирующий не успевает переналожить жгут (транспорт будет стоять не более двух минут), то «медицинский час» всё равно будет соблюден, так как расстояние до ПМП (5-10 км в среднем) транспорт пройдёт примерно за 30 минут;
- учитывая, что при грамотной тампонаде и/или правильно наложенной давящей повязке устойчивый гемостаз наступает через 30 минут, жгут не находится на теле пострадавшего лишнего времени.

Наложение жгута на 30 минут имеет тот недостаток, что при частом ослаблении жгута, в случае невозможности остановить артериальное кровотечение, пострадавший теряет слишком много крови, однако этот недостаток устраняется путём пережатия артерии кулаком в подмышке (ранение руки) или в верхней части паховой складки (ранение ноги).

При получении ранения необходимо подать голосовой сигнал: «Позывной, 300» и по возможности сместиться с линии огня за ближайшее укрытие, после чего наложить жгут.

Жгут всегда завязывается на два узла. Не надо жалеть инвентарь – мы готовим людей на войну. Допустимо запретить затягивать второй узел. Если вы не будете требовать от обучаемых вязать второй узел, они и на тактике его вязать не будут. А возмущённому инструктору по тактике, на голубом глазу, заявят, что это вы запретили им его вязать, сберегая инвентарь. Проверено.

Отсечку времени при сдаче норматива делать после первого узла, упражнение считать завершённым после второго узла и переворота на живот.

Узел на жгуте при наложении на руку (самопомощь) удобно завязывать способом «фига». Фото 1-4

Свободный конец накладывается указательным пальцем поверх зажатого в зубах натянутого конца, подхватывается большим пальцем снизу натянутого конца и подаётся в треугольник, образованный раненой рукой и концами жгута в направлении «от себя, снизу вверх». В результате из пальцев получается кукиш, а на жгуте образуется узел. Большинство ошибок при завязывании узла происходит оттого, что, обернув один конец вокруг другого, обучаемый тянет свободный конец к себе, потому что «так удобнее». Способ «фига» позволяет снять этот вопрос.

Оружие при наложении жгута рекомендуется положить сбоку от себя, под здоровую руку, накинув на неё ружейный ремень. Однако этот вопрос достаточно спорный, так как существуют различные способы крепления

ремня на оружии и размещения оружия на теле. Поэтому надо исходить из того, как и под какую задачу готовится подразделение.

При объяснении порядка выполнения упражнения следует избегать определений «правая/левая рука/нога». Это может поставить обучаемому «якорь», и при переходе на другую руку/ногу он безнадежно запутается.

Одной из проблем при наложении жгута на руку может стать рукав зимней куртки, не дающий жгуту проскользнуть по руке вверх к плечу. Тут можно рекомендовать два варианта.

Первый – системный: примотать «парус» рукава чёрным скотчем, прижав его к руке. Сразу станет легче протягивать жгут максимально высоко.

Второй – техничный: непосредственно перед движением здоровой руки вверх вдоль раненой под жгут подсовывается вытянутый указательный или средний (чтоб врагу было обидней) палец и этим пальцем забрасывается на нужную высоту.

При работе с турникетами считаю – да простит меня Юрич – крайне неправильным крепить их резинками к молли бронежилета.

Во-первых, резинка ненадежна, и находятся альтернативно одарённые индивидуумы, которые начинают крепить их намертво стяжками, забывая, что именно от стяжек их и предостерегал Евич в этой книге. Но виноват будет именно он, ну или вы, их инструктор. Проверено.

Во-вторых, помимо обычного изнашивания ниток и стропы турникета добавится забивание «липучки» грязью, коей так богата земля Донбасса, в результате чего ремень турникета просто не застегнётся.

Турникет «Медплант» имеет много отличных решений. Одно из них, реализованное в модели ЖК-02, – самое лучшее: на нём отсутствует циферблат. Дело в том, что колёсико циферблата весьма чувствительно и легко прокручивается при протаскивании раненого, например, через кусты, да и просто об одежду. Поэтому в рамках «защиты от дурака» считаю необходимым работать с ним крайне осторожно. Взять аккуратно – АККУРАТНО! – двумя – ДВУМЯ! – пальцами левой – ЛЕВОЙ! – руки, в правую взять ножницы, отрезать и ВЫКИНУТЬ НА ФИГ! Юрич рекомендует шутить, вы помните? :)

Неоднозначным остаётся вопрос оставления ослабленного жгута или турникета на конечности после окончательной остановки крови повязкой или тампонадой.

Большинство инструкторов с медицинской квалификацией считают, что жгут, а тем более турникет на конечности надо оставлять, чтоб быстрее его применить в случае необходимости. Но на то они и профи, чтоб быть умными.

А если нам попадётся неподготовленный, но инициативный гражданин, который с воплем «У него жгут распустился!» затянет жгут на руке с затампонированной раной? Или, того хуже, поставленный от безысходности на сортировку раненых больничный сторож на вопрос «Жгут на теле?» ответит «Да!» и отправит человека на ампутацию, где одуревший от усталости хирург, не разобравшись, её отрежет? Впрочем, всё это может быть

моим дилетантским бредом, но ввевшаяся в кровь аксиома «страхуйся от дурака!» толкает меня разяснять обучаемым необходимость убирать отпущенный жгут с конечности и крепить его на видном месте экипировки.

А можно и на шею. Но не затягивать! Это вам не Зеленский.

Ещё один вопрос, по поводу которого бьюти-блогеры с тактическими бородами из барберсалонов, изображающие «эх-спертов», сломали уже вагон копий: «Что лучше: простой жгут или турникет?»

Не знаю, насколько авторитетно, но заявляю: «Кинжал хорош для того, у кого он есть, и плохо тому, у кого его не окажется в нужное время».

Если ты умеешь работать всем и имеешь правильно распределённый на снаряжении запас жгутов и/или турникетов, то ты имеешь все шансы на спасение. Если не умеешь ничего, тебя не спасёт даже наикрутейший Sam. Но есть нюанс.

Если боец – коренастый пауэрлифтер с широченной грудью, которому почесать подмышкой – уже проблема, то тут, при наложении на руку, выход один – турникет.

Во всех остальных случаях, кроме исключительных индивидуальных антропологических особенностей, умей и имей всё, что надо, – и будет тебе счастье.

Далее рассмотрим некоторые фишки, которые, не нарушая общей картины, вносят некоторое отличие от базовой программы непосредственно в приёмы выполнения упражнений.

4. Самопомощь

Немного терминологии.

Чтобы различать, какая рука что делает, определимся: первая рука – это та, которая натягивает жгут, вторая – та, которая удерживает короткий конец жгута.

Самая тупая, то есть технически легко устранимая ошибка новичков – это большая длина жгута между первой и второй рукой. Или между первой рукой и зубами, выполняющими функции второй руки. Чем короче, тем быстрее и проще натягивать жгут коротким движением первой руки, не выпрямляя её. Ведь выпрямленной рукой трудно управлять натянутым участком жгута, направляя его в нужное нам место.

Но одновременно это сама сложная ошибка с точки зрения методологии её исправления, и не могу понять, отчего. Поэтому не пожалейте минуты времени на объяснения важности этого нюанса и его отработки: короткий конец жгута – в зубы, рукой (поочередно, обеими) – в 10 см от зубов зажимаем свободный конец жгута и несколько раз натягиваем.

Самопомощь. На руку, стоя.

Это упражнение, по большому счёту, рассматривается в войсках только как «подводящее», позволяющее обучаемому прочувствовать, что такое натяжение жгута, как его сохранить, как им управлять и т.д. Самое сложное –

заставить человека не двигать условно раненой рукой, имитируя неработоспособность конечности. Выполняется только при наличии времени, в противном случае сразу приступаем к наложению на руку лежа.

Самопомощь. На руку, лежа.

1. Необходимо следить, чтобы бойцы забрасывали раненую руку именно на плечо, а не на грудь. Тогда локоть раненой руки максимально приближается к здоровой руке, что в условиях надетых СИБЗ «очень большое кое-что!». При этом стоит немного развернуть корпус вокруг позвоночника в сторону здоровой руки, чтобы раненая рука держалась на груди под своим собственным весом. В противном случае она соскальзывает с брони и экипировки.

2. Маятник пальцем, фото 5-9.

Фото 5-6: после того как натянутый жгут достиг локтя раненой руки, огибаем им локоть и подсовываем под него палец.

Фото 7: палец приподнимает жгут над рукавом раненой руки и продвигает его вверх за счёт смещения здоровой руки.

Фото 8: ладонь здоровой руки наклоняется в сторону плеча раненой руки, перенося жгут ещё более высоко.

Фото 9: здоровая рука протягивает жгут через подмышку раненой и вытягивает его вверх.

Самопомощь. На ногу, сидя

Перехват жгута перехлёстом одного конца над другим вполне себе рабочий приём, но у него есть два минуса – необходимость нарабатывать чувство натяжения, чтобы обучаемый мог ощущать, осуществился ли перехват или нет, и возможность попадания на жгут крови, грязи, воды, в результате чего жгут становится скользким и обычного усилия для удержания свободного конца будет недостаточно. Пальцевый перехват, аналогичный тому, что мы применяем при взаимопомощи, снимает эти два вопроса. Кроме того, обучаемым не надо будет запоминать два способа перехвата. А изучив оба, боец обычно выбирает третий, собственного сочинения, в наименее подходящем и наиболее неудобном виде. После чего – что? – правильно: заявляет, что это ты его такому научил. Проверено.

Пальцевый перехват, фото 10-13.

Рука со стороны раненой ноги (первая) подаёт конец жгута в руку со стороны здоровой ноги (вторая), пропустив его под раненой ногой. Вторая рука зажимает конец жгута в кулак, свободным концом (10 см) в сторону большого пальца (вверх). Вторая рука удерживает жгут кольцом из большого и указательного пальцев, три остальных пальца прямые.

Вторая рука, удерживая жгут кольцом из большого и указательного пальцев, разворачивается ладонью вниз, кольцо большого и указательного пальца прижимается к паху, три остальных пальца прямые. Кисть второй руки максимально низко.

Первая рука захватывает жгут под раненой ногой максимально близко ко второй руке, натягивает его и, сразу накладывая на бедро, проскальзывает по нему, сохраняя натяжение, передаёт под пальцы второй руки, которые надёжно фиксируют натяжение.

Чтобы солдат запомнил, что жгут необходимо сначала пропустить под ногой, можно дать шуточную запоминалку, похабную, но тем и запоминающуюся: «Когда поймает Зеленского, как душить будем? Верёвкой шею к стенке прижимать или на себя тянуть? Правильно, будем тянуть к себе, накинув удавку сзади: нам так удобнее, а ему привычнее!»

Для того чтобы вторая рука была максимально близко к паху, можно скомандовать: «Пальцы – в кольцо, ладонь вниз, кольцо – на яйцо!»

Самопомощь. Жгут на ногу, лежа

Это упражнение вызывает много споров относительно того, обязательно ли выполнять его лежа на животе или можно на боку?

Аргумент в пользу «на боку» – его очень неудобно выполнять, лежа на животе.

Аргумент в пользу «на животе» – как только разрешим на боку, начнут переворачиваться на спину, задирая раненую ногу и активно работая ею. Являюсь приверженцем версии «на животе».

В данном упражнении никаких адаптаций не предлагаю, но есть две фишки.

1. Положение локтя руки со стороны здоровой ноги.

Если локоть находится сбоку от корпуса – это положение «на животе».

Если локоть находится под телом – это положение «на боку».

2. Разъяснение и отработка в положении «стоя».

Если кто-то не понимает, как выполнить упражнение после ваших объяснений лежа, можно попробовать разъяснить стоя.

Поставьте под ногу любой табурет и встаньте лицом к обучаемым. Далее говорите, сопровождая слова соответствующими действиями, фото 14-17:

«Представьте, что я лежу на прозрачном полу, а вы смотрите на меня снизу. Теперь следите за моими действиями. Рука со стороны раненой ноги (первая) будет работать со жгутом, а рука со стороны здоровой ноги будет удерживать короткий конец. При этом локоть должен находиться сбоку от корпуса, а ладонь на паху, как у футболиста при штрафном. Дальше мы наклоняемся, вернее, скользим грудью по земле в сторону раненой ноги и первой рукой передаём конец жгута сверху, через ногу, во вторую руку. Вторая берёт жгут в пальцевый захват, как только что делали, сидя. Первая натягивает свободный конец через ногу в пах и передаёт под пальцы второй руки. Здесь нет ничего нового, вы только что это всё делали. Делаете то же самое, только из другого положения – лежа».

Самопомощь. Сложные анатомические зоны (САЗ)

К таковым относятся шея, пах, подмышка, ягодица и верхняя внешняя часть груди у ключицы.

Все вопросы решает наложение жгута восьмёркой «от середины жгута».

Разница лишь в том, что при наложении на шею, пах и подмышку перекрут концов жгута вокруг друг друга является лишь способом сохранения натяжения в малой петле, а при наложении на ягодицу или верхнюю внешнюю часть груди – ещё и точкой приложения силы, под которую закладывается советский ППИ, который создаёт прижатие раны, что важно, например, при тампонаде.

Наверное, единственной фишкой будет считалка для запоминания порядка наложения жгута на шею при самопомощи:

«Зубы, локоть, черепок,
Локоть, в локоть, узелок».

5. Взаимопомощь

Разбирая взаимопомощь, необходимо разъяснить обучаемым, что во всех случаях приоритетной задачей остается задача БОЕВАЯ, и лучшая помощь раненому – это уничтожение противника. Когда супостат упокоен, то и воевать как-то легче. В том числе и помощь раненым оказывать.

Необходимо объяснить, что помощь раненому в атаке невозможна, что в атаке раненый должен опираться на самопомощь. Для этого есть нехитрый приём.

Берёте четырёх бойцов, ставите их в шеренгу перед обучаемыми с некоторым интервалом между собой. Говорите: «Вот часть наступающей цепи, справа и слева от них – продолжение цепи соответствующего фланга. Второй справа, присядь, ты ранен. Третий справа, присядь рядом, ты побежал оказывать помощь. Что мы имеем? Если расстояние между бойцами 5-7 метров, то мы имеем 20 метров неприкрытого фронта. Противник оживляется и лупит из пулемёта сначала по одному, а потом – по второму флангу, кинжальным огнём, вдоль строя. Таким образом, один, из лучших побуждений побежав спасать товарища, загубил весь свой взвод!»

Но если решено оказать первую помощь, вне зависимости от того, красная или жёлтая зона, необходимо соблюдать алгоритм:

- доложить командиру о появлении раненого;
- раненого необходимо окрикнуть и установить с ним голосовой контакт;
- выявить место ранения и степень его тяжести;
- руководить действиями бойца по самопомощи и самоэвакуации (если он в состоянии);
- если раненый не способен к самопомощи, по ПРИКАЗУ командира выдвигаемся к нему;
- продвигаясь к раненому, опознаться;

– приблизившись, разоружить раненого или поставить оружие на предохранитель;

– осмотреть на наличие гранат под телом раненого;

– оказать помощь, если это возможно;

– эвакуировать.

Заставьте бойцов проговаривать эти элементы в процессе выполнения упражнений: перед действием они должны сказать, что будут делать, а в идеале коротко объяснить, зачем.

Общее правило: при взаимопомощи одна рука всегда натягивает жгут снизу пострадавшей конечности, а вторая удерживает короткий конец жгута большим и указательным пальцем, три остальных пальца фиксируют натяжение следующего тура. В принципе, то же самое, что и при самопомощи на ногу сидя или лежа. Такое единообразие позволяет не перегружать неокрепший ум вчерашнего менеджера, надевшего погоны.

Напоминаю: первая рука – это та, которая натягивает жгут, вторая – та, которая удерживает короткий конец жгута.

Кроме того, по-прежнему, чем меньше участок жгута между первой и второй рукой, тем проще нам его натянуть.

Взаимопомощь. На руку, стоя.

Аналогично с самопомощью, рассматривается в первую очередь как подводящее упражнение.

Кроме того, считаю лишним отрабатывать заброс раненой руки на плечо санитара. Преимущество «контроль раненого» весьма спорное – если его надо контролировать, чтобы не упал, то лучше сразу усадить.

Поэтому упражнение считаю нужным изменить.

Фото 18-20: санитар подходит сзади (чтоб в глаз не дал) со стороны раненой руки и просовывает в подмышку пострадавшего ладонь второй руки. Одноимённая с раненой рукой рука санитара – первая, она подаёт короткий конец жгута в просунутую руку и тянет свободный конец снизу пострадавшей руки на себя, вверх и под пальцы державшей руки. Далее – три тура и два узла.

Кстати, весьма полезно время от времени орать в стиле прапорщика Дыгало: «Сколько узлов?!» – и, услышав бодрое «Два!!» – добавить: «Сколько туров?!» Часто путаются поначалу. Потом привыкают, что узел – это не оборот вокруг конечности, а тур – не узел.

Взаимопомощь. На руку, с колена, раненый сидит

Этот приём лучше всего подходит для оказания помощи в окопе. Выделяю две его разновидности, в зависимости от положения раненого относительно окопной траншеи, когда санитару необходимо не только оказать помощь, но и не помешать продвижению личного состава по этой траншее. На фото это будет показано.

Санитар сбоку. Раненый сидит спиной к стенке траншеи.

Фото 21-23: вторая рука санитара держит короткий конец жгута за плечом пострадавшей конечности, первая натягивает жгут через подмышку, вверх и под пальцы второй руки. Три тура, два узла.

Санитар сзади. Раненый сидит, облокотившись на стенку траншеи плечом.

Фото 24-26: вторая рука санитара ложится локтем на плечо здоровой руки пострадавшего, предплечьем – на его грудь, контролируя его положение, а ладонь – на верхнюю часть груди со стороны раненой руки и держит короткий конец жгута перед подмышкой пострадавшей конечности. Первая натягивает жгут через подмышку, вверх и под пальцы второй руки. Три тура, два узла.

Взаимопомощь. На руку, с колена, раненый лежит

Отличием от техники «Технологии выживания» является то, что стопа ноги подсовывается под локоть раненого. Во-первых, когда человек в бронежилете – мы тренируем линейные подразделения МО, помните? – его спина, а следовательно, и плечо приподняты, значит, нет необходимости дополнительно его поднимать, а фиксация раненой руки в локте минимизирует её подвижность, чтобы не причинять раненому лишней боли. При этом приём становится универсальным, от головы и от ног работаем одинаково.

Фото 27-28: санитар находится сбоку от раненого со стороны раненой руки. Дальняя от раненого нога санитара подсовывается носком стопы под локоть пострадавшей руки. Далее движения рук аналогичны наложению жгута на руку при взаимопомощи, раненый сидит, санитар сбоку.

Взаимопомощь. На ногу, с колена, раненый лежит

Выполняется по алгоритму базового курса «Технологии выживания».

Коснусь только вопросов безопасности мужских половых органов.

Никто не будет опровергать тезис Юрия Юрьевича, что мошонка и сам пенис в случае ранения рефлекторно втянутся из-за болевого синдрома и кровопотери – природа мудра и всё предусмотрела. Но во время тренировки ничего втягиваться не будет, в результате чего полный ужаса вопль условного раненого смогут услышать даже полуглухие артиллеристы на удалении двухсот метров. Поэтому всегда показываю обучаемым, что рука санитара, оказавшаяся между ног раненого, должна пальцами прощупать внутреннюю сторону бедра пострадавшей ноги, прижимая штанину и занося жгут максимально близко к паху, одновременно отодвигая мошонку и пенис в сторону.

Здесь я делюсь с обучаемыми старинной латинской пословицей, придуманной год назад.

Взаимопомощь. На руку, лежа

Отличием от базового курса «Технологии выживания» является подсовывание второй руки не под лопатку, а под локоть, по аналогии с

описанным приёмом наложения на руку лежащему с колена. Приём универсален для подползания от ног и от головы пострадавшего и независим от положения раненого – лицом вверх или вниз. Фото 29-30.

Взаимопомощь. На ногу, лежа

Это даже не упражнение, а семейство упражнений, так как надо рассмотреть все варианты: раненый на животе/спине, санитар подползает от головы/от ног. Классическая техника программы «Технологии выживания» не охватывает наложения на ногу при положении раненого на животе. Вопрос этот был поднят тогда ещё инструктором проекта Алексеем «КЭТ». Ниже приведена его же авторская техника.

От головы, раненый на спине

Фото 31-33: санитар находится сбоку от раненого со стороны раненой ноги. Дальняя рука санитара захватывает раненую ногу за одежду в районе колена, подтягивает её к себе и просовывается под колено по локоть, оказываясь ладонью максимально близко к паху раненого. Первая рука подаёт жгут под раненой ногой во вторую, после чего наложение выполняется аналогично с наложением на руку лежа: там – под локоть, здесь – под колено.

От головы, раненый на животе

Фото 34-36: санитар, находясь сбоку от раненого со стороны раненой ноги, разворачивает пострадавшую ногу носком стопы и коленом в сторону вытягивания. Дальнейшие действия аналогичны описанным в предыдущем упражнении.

От ног, раненый на спине, санитар сбоку

По алгоритму «Технологии выживания», без изменений. Есть только одно уточнение. Первой рукой, работающей со жгутом, должна быть ближняя к раненому рука, на плече которой лежит пострадавшая нога. Тогда гораздо легче перехватывать жгут.

Фото 37-39

От ног, раненый на спине, санитар между ног

Аналог упражнения «от головы, раненый на спине». Различие в том, что колено не натягивается на себя, а выталкивается в сторону и вперёд.

Фото 40-42.

От ног, раненый на животе, санитар между ног

Аналог упражнения «от головы, раненый на животе». Различие в том, что колено не натягивается на себя, а выталкивается в сторону и вперёд. Повторюсь – сначала необходимо развернуть ногу носком стопы и коленом в сторону выталкивания.

Фото 43-45.

Упражнение с заползанием между ног вызвало на одном из полигонов яростный спор с известным инструктором «Джейн». Оппонент указала на то, что в таком положении санитар не имеет возможности зрительно контролировать обстановку и в случае необходимости открыть огонь, а автомат ему и вовсе неудобно куда-то приткнуть.

На мой взгляд, для помощи в красной зоне гораздо важнее не возможность подавления противника огнём, а скорость и скрытность. Если враг вышел с вами на огневой контакт, то это означает, что либо вы полезли без прикрытия и вы – идиот, либо группа прикрытия не прикрыла, что ещё грустней, ибо «в разведку с мудаками» – это только в песне смешно, а в жизни – смертельно.

И главное: в условиях современного применения БПЛА-наблюдения и ударных дронов помощь непосредственно «в поле» не оказывают, стремясь сперва утащить раненого от угрозы прямого поражения, а потом накладывают жгут. Мало радости будет раненому оттого, что его зажутовали, но выносить его некому, ибо все погибли. Тем более что его, скорее всего, убили вместе со всеми.

И тут возникает в головах обучаемых вопрос: а зачем тогда мы тут ползаем – корячимся?

Озвучить этот вопрос должны вы сами, чтобы люди не мучились, и дать на него простой и ясный ответ.

Никакое из изучаемых упражнений боец не будет выполнять в бою «в чистом виде». Всё будет спонтанно, и ему придётся импровизировать. А чтобы он мог импровизировать, необходимо знать базу. И наши упражнения ему эту базу дают.

По аналогии: в школе тщательно изучают алфавит и письмо – «Мама мыла раму», в результате чего прилежные ученики могут порадовать взор окружающих размещением на заборах трёхбуквенных композиций на букву «икс».

6. Эвакуация

В силу малого количества времени линейный состав обучаем только элементарным и простейшим способам эвакуации.

Переворот «к себе»

Практически то же самое, что и в базовом курсе «Технологии выживания», с поправкой: нельзя замыкаться на захвате раненого за пояс. Когда на человеке СИБЗ, общий центр тяжести смещается, и захват за пояс уже не видится столь однозначным решением. Возможно, что проще будет захватить раненого за верхнюю плиту бронезилета или за одежду в подмышке с дальней от санитара стороны. Здесь обычно даю ремарку: если, захватывая под мышку, сумеете схватить за растущие там волосы, задача переворота раненого значительно упрощается – он сам перевернётся и пойдёт, куда поведёте.

Переворот «от себя»

Тоже требует уточнения из-за применения СИБЗ. У санитара не всегда получается высоко подтянуть ногу, заряжая её для толчка. Иногда

оказывается проще толкать руками в ближний к санитару край задней плиты раненого снизу вверх.

Кроме того, не всегда получается вытянуть дальнюю от санитара руку раненого под головой раненого кистью к себе. Иногда санитару приходится, наоборот, просовывать свою руку под голову раненого и удерживать его за дальнюю от себя лямку бронежилета.

Эвакуация лежа, на себе

Все способы, которые рассматриваются в базовом курсе «Технологии выживания», так или иначе оказываются сложными при использовании СИБЗ. В результате на вооружение был взят способ, представляющий собой некоторый гибрид из «лежа, на боку» и «лежа, на себе». Показали нам его ребята из ЧВК, в честь чего именуем его «Вагнеровский подхват».

Фото 46-52: раненый на спине, головой в сторону эвакуации; санитар располагается таким образом, чтобы голова раненого оказалась у него между ног. Голову раненого приподнимаем и кладем на низ своего живота, подползая под неё. Захватывая раненого за лямки бронежилета, разгрузки или под мышки, движением корпуса назад санитар затягивает верхнюю часть туловища раненого себе на низ живота. После этого вращением корпуса заваливаем раненого на одну из ног, а вторую сгибаем так, чтобы она оказалась в подмышке раненого. Далее санитар, опираясь на локоть и бедро своей нижней ноги, приподнимает таз, мгновенно толкаясь ранее согнутой ногой и загребая опорным локтем. Это движение напоминает гусеницу: сначала середина приподнята, задняя часть подтянута, а потом, опираясь на заднюю часть, передняя выдвигается вперёд на длину ранее приподнятой средней части.

Среди прочих приёмов базового курса «Технологии выживания» для эвакуации в красной зоне были отобраны эвакуация лежа, за лямку бронежилета, в одиночку и вдвоём, для жёлтой зоны – вдвоём за лямки, санитары лицом в сторону эвакуации.

По отзывам, наиболее распространённой тактикой эвакуации из красной зоны является алгоритм:

- скрытно выдвинуться к раненому;
- дождаться тактической паузы;
- под прикрытием огня на подавление, открытым группой обеспечения, максимально быстро вытащить раненого в более безопасное место.

Всё остальное либо практически нереализуемо, либо реализуемо, но исключительно очень тренированными бойцами.

Способ Раутека

Любым образом, как хотите, но необходимо научить людей верхнему Раутеку. При эвакуации из зданий по лестничному пролёту ничто из известного просвещённой общественности, в моём лице, неизвестно.

Да, неудобно в СИБЗ. Да, тяжело. Но ничего другого НЕИЗВЕСТНО!

Учите бойцов Раутеку. «А то врежем!»

7. Обезболивание

Обязательно довести до обучаемых, что обезбол – не анестезия у дантиста: не больно не будет. Те обезболы, которые мы применяем, лишь повышают болевой порог, не давая раненому потерять сознание. Таким образом, человек не впадёт в панику, если обезбол будет действовать медленно.

Далее объясняем, почему нам важно сохранить сознание: способность самостоятельно отходить в тыл, более качественное функционирование организма, врачу проще работать с человеком в сознании, а главное, из двух раненых с одинаковыми повреждениями на эвакуацию первым отправят того, кто в сознании.

Спорный вопрос об обезболивании при ранении в живот считаю правильным решать так: мы лично будем контролировать раненого, чтоб не блевал, лежа на спине? Если «да», то колем, если «нет» – оставьте это тем, кто будет контролировать.

Следует исключить идиотизм про «колоть крест-накрест, максимально далеко от раны». В результате у людей наступает ступор, если ранены, например, правая рука и левая нога. Колем в любую здоровую конечность. При отсутствии таковых – колем в верхний внешний квадрант ягодицы.

Наиболее эффективным показал себя следующий способ обучения применению шприц-тюбика: делаем по раздельности, всего 10 этапов, проговаривая, что и почему мы делаем на каждом этапе.

1. Берём шприц-тюбик за рёбра ампулы (держа за рёбра, сложнее выдавить лекарство).

2. Второй рукой берём за канюлю, доворачиваем до упора.

3. Проворачиваем канюлю туда-сюда несколько раз, чтобы пробить флакон наверняка.

4. Перехватываемся рукой, ранее державшей флакон за рёбра, с рёбер на канюлю.

5. Снимаем колпачок.

6. Вкалываем иглку.

7. Давим тремя пальцами на флакон, считаем от тысяча один до тысяча шесть – шесть секунд даём для того, чтоб солдат не заморачивался, один миллилитр промедола у него в руках или два нефопам.

8. Вытаскиваем иглу.

9. Разжимаем пальцы на флаконе – только после того, как вынули.

10. Надеваем колпачок. В реальности, может, и не наденут, но учить надо – знаю, что в августе 2022 года из шести медсестёр, законтрактовавшихся в одно подразделение на полгода, у четверых на ВВК обнаружили СПИД.

После этого вы подаёте команду: «По раздельности, с проговором, показывая руками, начинай!» – и дальнейшее высокоинтеллектуальное общение протекает так:

– Делай РАЗ! – ЗА РЁБРА!!!

– Делай ДВА! – ДОВЕРНУТЬ!!!

– ТРИ! – ТУДА-СЮДА!!! – и так далее, до «Делай десять!»

Повторить три-четыре раза. Обязательно следите, чтобы все показывали руками, что именно они делают, иначе получится тупое заучивание, как в МО, за что вас постигнет всеобщее презрение трудящихся проекта «Технологии выживания». А Юрич может и расстрелять.

Такой способ подготовки, как правило, даёт больший эффект, чем простое разъяснение. На следующий день большая часть делает всё без ошибок, а остальные после первого раза перестают ошибаться.

8. Заключение

Вот, в общем-то, и всё. Для базовой подготовки личного состава вполне достаточно.

Имея больше времени и обладая таким ресурсом, как толковый начбой полка, вы, разумеется, имеете все шансы подготовить и медицинское отделение, и эвакуационные группы. Но так бывает редко. Да и потом всё идёт не так, как задумано.

Например, подготовленную нами медицинскую группу одной из штурмовых рот перед наступлением фактически расформировали, отправив шесть из девяти бойцов кого пулемётчиком, кого гранатомётчиком, а кого и простым стрелком. Об их дальнейшей судьбе мне неизвестно. Однако из оставшихся троих двое остались живы, а один из них за два боя ухитрился оказать помощь десяти бойцам. А если бы они организованно работали всей группой?..

И, несмотря ни на что, – работаем. Пусть вокруг пофигизм и показуха – работаем. Мероприятие «для галочки» – работаем.

Мы – единственная сила, способная создать хоть что-то дельное в системе пофигизма, показухи и «галочек».

С нами Бог!

Аминь!

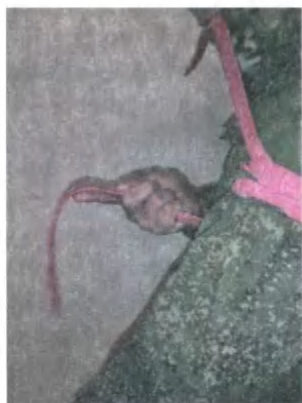


Фото 1

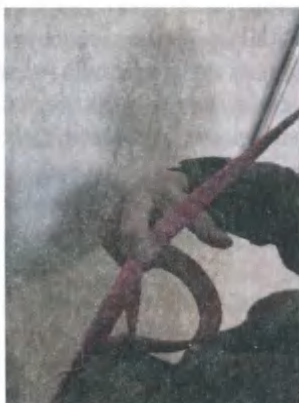


Фото 2

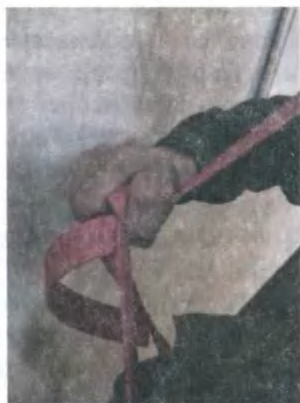


Фото 3

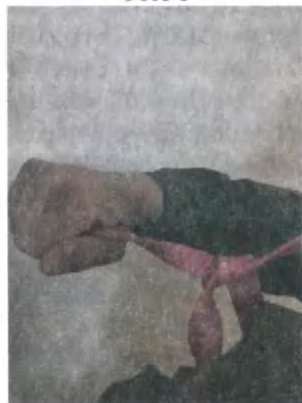


Фото 4

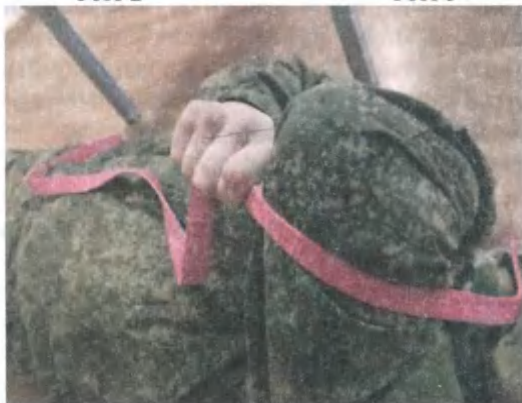


Фото 5

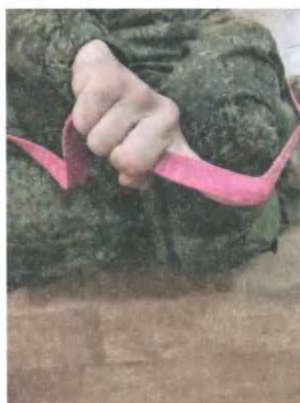


Фото 6

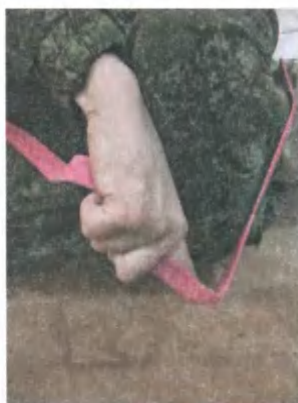


Фото 7

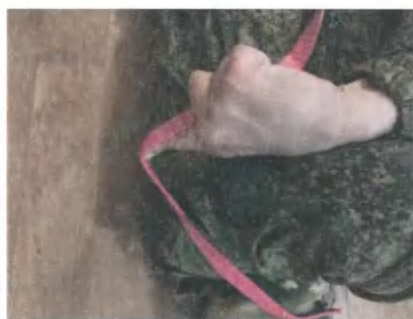


Фото 8



Фото 9



Фото 10

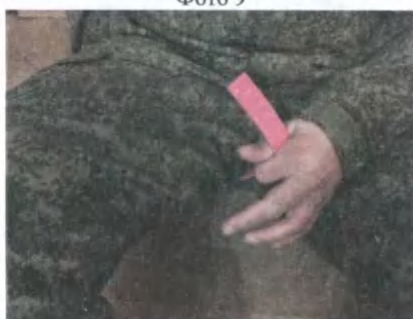


Фото 11



Фото 12



Фото 13



Фото 14



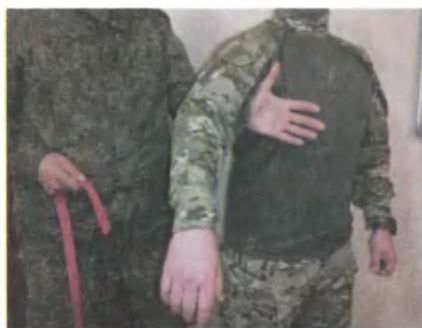
Фото 15



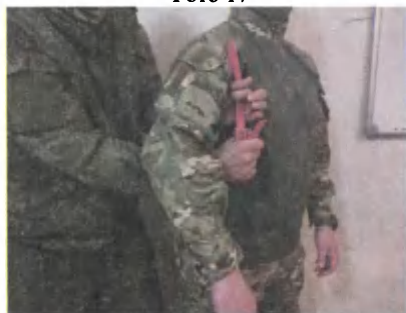
Фото 16



Φοτο 17



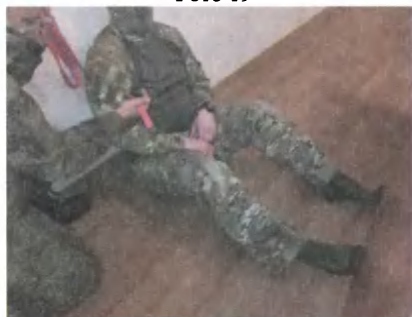
Φοτο 18



Φοτο 19



Φοτο 20



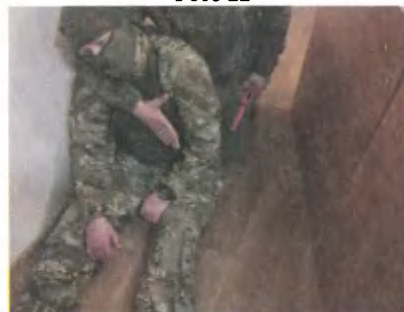
Φοτο 21



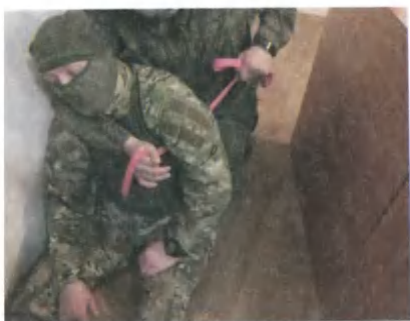
Φοτο 22



Φοτο 23



Φοτο 24



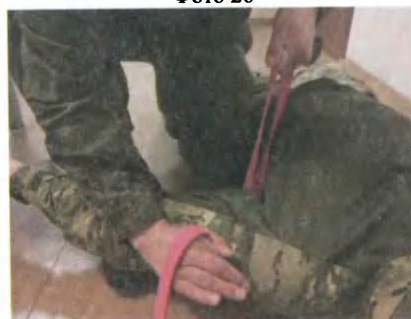
Φοτο 25



Φοτο 26



Φοτο 27



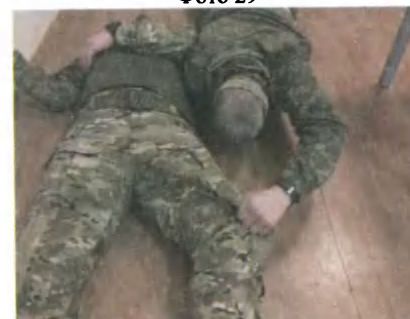
Φοτο 28



Φοτο 29



Φοτο 30



Φοτο 31



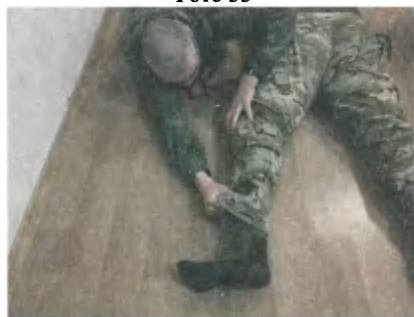
Φοτο 32



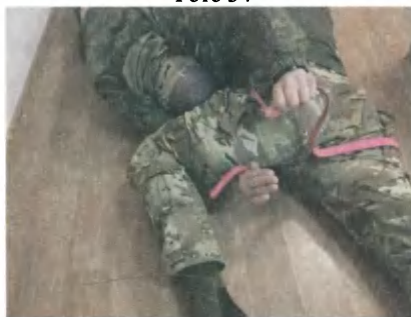
Φοτο 33



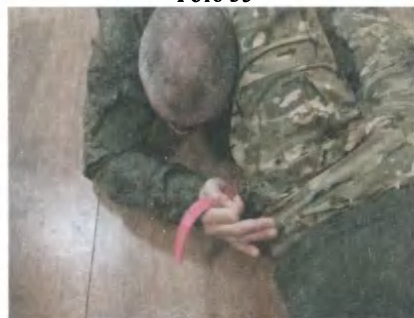
Φοτο 34



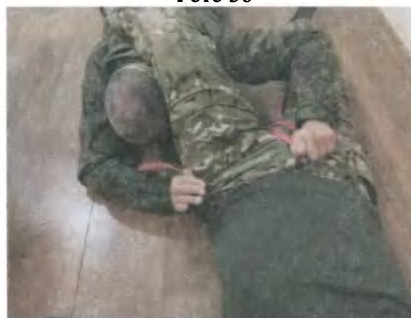
Φοτο 35



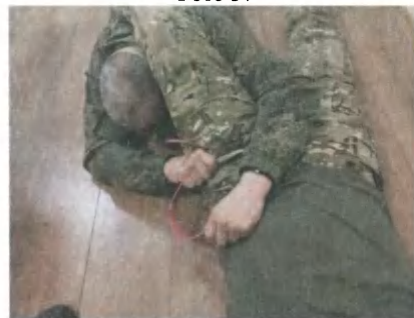
Φοτο 36



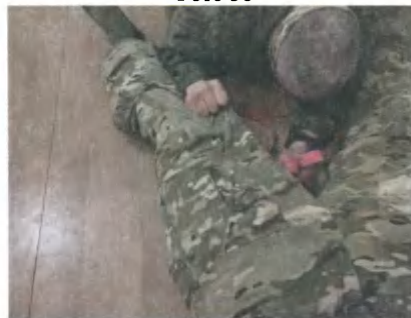
Φοτο 37



Φοτο 38



Φοτο 39



Φοτο 40



Фото 41

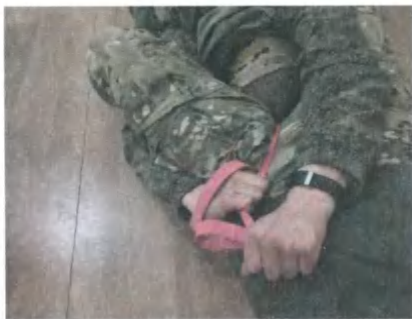


Фото 42

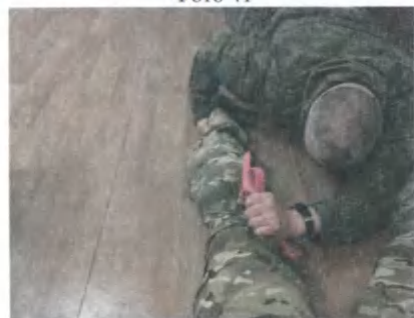


Фото 43

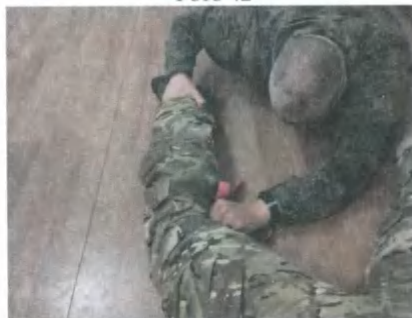


Фото 44

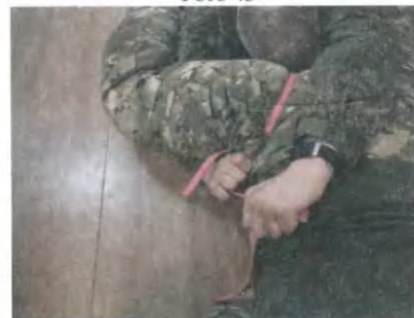


Фото 45



Фото 46



Фото 47



Фото 48



Фото 49



Фото 50

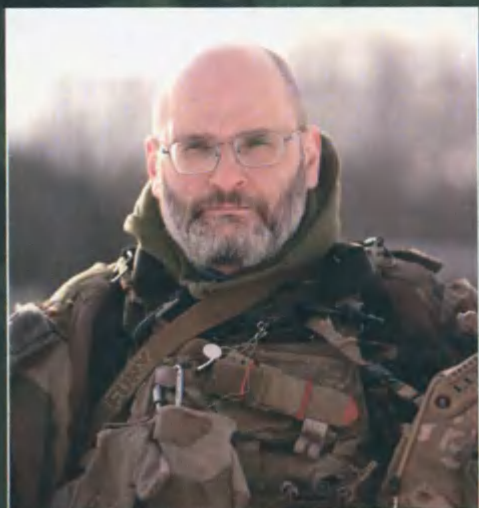


Фото 51



Фото 52





ЕВИЧ Юрий Юрьевич

**Основатель проекта, автор программ
и главный инструктор курсов.**

РУССКИЙ СОЛДАТ.

Врач-хирург, кандидат медицинских наук, три высших образования, четырнадцать трудов по тактической медицине, и две монографии (одна из них – в области экономики, одна – хирургии). Старший лейтенант медицинской службы ДНР. Один из создателей отечественной школы тактической медицины.

Основное направление деятельности: защита интересов Российской Федерации, жизни и здоровья её граждан в регионах с повышенной социальной напряжённостью.