

ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО СВЯЗИ

**Федеральное государственное образовательное бюджетное
учреждение высшего образования «Санкт-Петербургский государственный
университет телекоммуникаций им. проф. М.А. Бонч-Бруевича»**

Учебный военный центр

Утверждаю

Начальник учебного военного центра
полковник В.ГИРШ

____. ____ . 20__ года.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА
для проведения занятия
по дисциплине «Медицинское обеспечение»**

Тема № 4:

«Эвакуация личного состава с поля боя на этапы медицинской эвакуации»

Занятие № 2.

«Организация медицинского обеспечения в различных видах боя»

Методическая разработка обсуждена
на заседании предметно - методической
комиссии 2 отдела

Протокол № _____

от ____ . ____ . 20__ года.

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ:

ЗНАТЬ: основы медицинского обеспечения в мирное и военное время; штатные силы и средства медицинской службы, их возможности по оказанию медицинской помощи и эвакуации раненых (пострадавших) и больных;

ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ:

1. Воспитывать у обучаемых готовность к защите Отечества и службе в ВС РФ.
2. Привить чувство высокой ответственности при изучении вопросов данного занятия с целью сохранения здоровья и жизни военнослужащих.

УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ ЗАНЯТИЯ:

1. Организация медицинского обеспечения в различных видах боя.
2. Силы и средства медицинской службы для эвакуации пострадавших, их возможности.
3. Табельные и подручные средства выноса раненых.
4. Эвакуация раненых с учетом характера ранения и вида транспорта.

ВРЕМЯ: 2 часа.

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ: учебный класс.

ВИД ЗАНЯТИЯ: групповое занятие

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ:

1. Персональный компьютер.
2. Мультимедийный проектор.
3. Интерактивная доска.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Учебное пособие. Медицинское обеспечение войск связи. СПб. 2007г.
2. Организация и тактика медицинской службы. СПб. 2005г.
3. Справочник. Оказание первой медицинской, первой реанимационной помощи на месте происшествия и в очагах чрезвычайных ситуаций. СПб., 2005.
4. Руководство по медицинскому обеспечению Вооруженных Сил Российской Федерации на мирное время. М., 2002. Приказ Начальника Тыла Вооруженных Сил Российской Федерации - заместителя Министра обороны Российской Федерации № 1-2001.
5. Учебник санитарного инструктора. Воениздат, М. 2002г.

Интернет ресурс

mil.spbsut.ru/moodle - Дистанционные образовательные технологии сайта Института военного образования СПбГУТ.

voenservice.ru – Сайт информационного обеспечения военнослужащих РФ, раздел Военно-медицинская подготовка.

I. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО ПОДГОТОВКЕ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЯ

При подготовке к занятию

Изучить учебный материал, рекомендованную литературу и ознакомиться с методическими рекомендациями.

По завершению личной теоретической подготовки необходимо составить план проведения занятия и утвердить его у начальника цикла не позднее шести дней до дня занятия.

Согласовать дату и часы проведения самостоятельной подготовки обучающихся к занятию. Уточнить, по какой литературе и какие учебные вопросы необходимо повторить на самоподготовке и знать к этому занятию.

Вводная часть

При проведении вступительной части преподаватель обязан:

- проверить наличие личного состава, размещение в аудитории по отделениям, внешний вид;
- проверить наличие литературы, наглядных пособий, тетрадей, канцелярских принадлежностей;
- проверить подготовленность обучающихся к занятию методом выборочного опроса (4-5 человек).

Контрольные вопросы ориентировать на учебный материал, который выносится на данное занятие, создавая «мостик-переход» к новому изучаемому материалу. Кроме того, провожу опрос в ходе проведения занятия.

При проведении опроса личного состава необходимо добиваться четкости в докладах, выполнения всех требований строевого устава, т.е. постоянно добиваться формирования у обучающихся твердых командно-методических навыков.

Во введении преподаватель излагает тему, актуальность (значение), основную идею данного занятия; показывает связь данного занятия с предыдущими и последующими занятиями, взаимосвязь с общевоенными и военно-техническими дисциплинами; указывает цели и учебные вопросы занятия. Введение должно быть кратким и иметь целью подготовку обучающихся к восприятию учебных вопросов.

Основная часть

При рассмотрении первого вопроса следует подчеркнуть, на медицинское обеспечение частей и подразделений различных видах боя.

Необходимо отметить, любое обеспечение, включая медицинское, осуществляется командиром.

Обратить внимание студентов на отличительные особенности при организации медицинского обеспечения в наступательном бою, оборонительном и на марше.

При рассмотрении второго учебного вопроса следует раскрыть основные образцы военной техники медицинской службы для эвакуации пострадавших, и их возможности.

При рассмотрении третьего вопроса подробно рассматриваем возможности табельных и подручных средства выноса раненых.

При рассмотрении четвертого вопроса рассматриваем примеры эвакуации раненых с учетом характера ранения и вида транспорта.

Заключительная часть

При проведении заключительной части преподаватель обязан:

- подвести общий итог занятия, дать оценку работы на занятии отдельным обучающимся и группы в целом;
- доложить о достижении поставленных учебных и воспитательных целей;
- отметить уровень дисциплины;
- ответить на вопросы;
- сделать записи в журнале учебной группы;
- дать команду дежурному об окончании занятия.

II. УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Организация медицинского обеспечения в различных видах боя.

Основные задачи медицинского обеспечения мотострелкового (танкового) батальона (роты) в боевых условиях включают розыск раненых и больных на поле боя (в очагах поражений), своевременное оказание им первой и доврачебной помощи, сбор, вынос (вывоз) их с поля боя (из очагов поражения), подготовку к эвакуации на следующие этапы медицинской эвакуации, а также предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

Полную и единоличную ответственность за организацию медицинского обеспечения батальона (роты) несет командир батальона (роты).

Медицинское обеспечение батальона в бою организует и осуществляет командир медицинского взвода.

В своей работе он основывается на решении командира батальона на бой и указаниях начальника медицинской службы части на медицинское обеспечение в боевых действиях. На основании этих данных командир медицинского взвода батальона, оценив обстановку и определив вероятные районы (рубежи) санитарных потерь, намечает порядок организации розыска, сбора раненых, оказания им первой и доврачебной помощи и эвакуации их с поля боя или медицинских постов рот. Свои предложения он докладывает командиру батальона и, после их утверждения, отдает распоряжения санитарным инструкторам рот, личному составу медицинского взвода и приданным (выделенным) подразделениям медицинской службы части. В ходе боя фельдшер батальона поддерживает непрерывную связь с командиром батальона, с санитарными инструкторами рот, командиром медицинской роты бригады (полка) и начальником медицинской службы бригады (полка).

Первая помощь раненым и больным в батальоне (роте) оказывается в порядке само- и взаимопомощи, санитарями-стрелками взводов и санитарными инструкторами рот на месте ранения, в ближайшем укрытии или на медицинском посту роты, а также личным составом медицинского взвода, выделенным для спасательных работ и лечебно-эвакуационных мероприятий в очагах массового поражения. Доврачебная помощь раненым и больным оказывается санитарным инструктором роты и отделением медицинской помощи медицинского взвода батальона. Сбор, вынос (вывоз) раненых с поля боя (из очагов поражения) в медицинский пункт батальона осуществляется с их личным оружием и средствами индивидуальной защиты силами и средствами отделений сбора и эвакуации раненых медицинского взвода батальона, приданными эвакуационными средствами из медицинской роты бригады (полка), а также личным составом и транспортными средствами (в том числе и боевыми машинами) дополнительно выделяемыми командиром батальона (роты).

Оказание доврачебной медицинской помощи в отделении медицинской помощи медицинского взвода батальона целесообразно начинать с сортировки; она проводится по принципу определения очередности в оказании помощи и способа транспортирования пострадавших. В связи с этим всех поступивших в медицинский взвод. (обнаруженных в местах сосредоточения) делят на три группы: наиболее нуждающихся в доврачебной помощи, подлежащих первоочередной эвакуации в медицинскую роту полка и всех остальных.

К первой группе относятся раненые с продолжающимся кровотечением, выраженными расстройствами дыхания и явлениями шока, судорогами, а также тяжелораненые, не получившие первой помощи.

Во вторую группу входят раненые и больные с наложенными жгутами, резким обескровливанием, с признаками асфиксии при ранениях лица и шеи, с проникающими ранениями живота, черепа, груди, ранениями крупных сосудов, обширными повреждениями мягких тканей, отрывом и размозжением конечностей, обширными ожогами, раненые в бессознательном и шоковом состоянии. К этой же группе относят тяжелопораженных ОВ и бактериальными токсинами.

Раненые и больные, имеющие менее срочные показания к проведению доврачебной помощи (эвакуации), обслуживаются во вторую очередь и относятся к третьей группе. Легкораненые, которые могут передвигаться самостоятельно, с разрешения командира батальона направляются в медицинскую роту части на попутном транспорте или пешком. Медицинский состав, оказывающий доврачебную помощь, контролирует правильность оказания первой помощи в ротах; исправляет и накладывает повязки в случаях, когда они наложены неправильно и не могут быть улучшены подбинтовкой, когда повязка сползла и раневая поверхность обнажена, если повязка промокла и утратила защитное значение. Проводится также контроль за правильностью наложения жгута и снятия его в случае применения без достаточных показаний; контроль иммобилизирующих повязок и шин, а также наложения их, если они не были наложены в роте. При оказании доврачебной помощи осуществляется закрытие открытого пневмоторакса окклюзионной повязкой; введение раненым обезболивающих и противошоковых средств, а также антибиотиков, антидотов, сывороток, лекарственных препаратов, способных купировать первичную реакцию на облучение. Применяется симптоматическая терапия с помощью лекарственных средств, промывание полости рта, носа, носоглотки; вводится в случае необходимости воздуховод или осуществляется искусственная вентиляция легких ручным аппаратом. Проводится частичная санитарная обработка открытых участков кожи и дегазация прилегающей к ней одежды, согревание раненых и больных, дача горячего чая (за исключением раненных в живот), защита от перегревания в жаркую погоду.

В зависимости от сложившейся обстановки объем и вид медицинской помощи в медицинском взводе батальона меняются. Они могут быть расширены до неотложных мероприятий первой врачебной помощи (например, при бое в окружении; действиях батальона в передовом отряде, воздушном тактическом десанте, авангарде), когда медицинский взвод батальона усилен врачом, или, наоборот, сокращены до первой помощи.

В случае возникновения больших санитарных потерь в батальоне (роте), когда имеющимися силами и средствами не обеспечивается своевременная медицинская помощь раненым и больным, командир медицинского взвода обязан немедленно доложить об этом командиру батальона и начальнику медицинской службы части и просить о дополнительном выделении личного состава (в том числе и медицинской службы) и эвакуационного транспорта.

Перемещение медицинского взвода батальона в тыл осуществляется с разрешения командира батальона. Лишь в крайних случаях (при непосредственной угрозе выхода противника в район развертывания медицинского взвода батальона, сильном огневом воздействии противника), когда отсутствует возможность доложить командиру батальона об обстановке, перемещение медицинского

взвода может быть осуществлено распоряжением начальника медицинской службы полка или командира медицинского взвода батальона. После такого решения принимаются меры к возможно быстрому докладу об этом командиру батальона и старшему медицинскому начальнику.

Медицинское обеспечение мотострелкового (танкового) батальона (роты) в обороне

Организация медицинского обеспечения батальона (роты) в обороне определяется условиями, в которых подразделения переходят к обороне (в непосредственном соприкосновении с противником или вне соприкосновения с ним), характером обороны (позиционная или маневренная оборона), построением боевого порядка (в один или в два эшелона), инженерным оборудованием и сроками готовности обороны, продолжительностью нахождения в обороне и связанным с ней загрязнением территории, наличием заражения местности радиоактивными и другими сильнодействующими и ядовитыми веществами. Ширина батальонного района обороны по фронту составляет 3-5 км; глубина до 2-2,5 км. Рота занимает опорный пункт – 1-1,5 км по фронту и до 1 км в глубину. Эти тактические положения вынуждают организовать медицинское обеспечение на значительной территории, а иногда и на отдельных изолированных направлениях.

В период подготовки к обороне (даже при остром дефиците времени) командир медицинского взвода батальона обязан осуществлять мероприятий медицинской разведки и рекогносцировки местности, во время которых он намечает места развертывания постов санитарного транспорта на направлениях каждой из рот, место развертывания медицинского пункта батальона и наиболее удобные пути выноса (вывоза) раненых и больных из районов опорных пунктов на посты санитарного транспорта или в медицинский пункт батальона. Результаты медицинской разведки и конкретные предложения по организации медицинского обеспечения батальона в обороне фельдшер докладывает командиру батальона и начальнику медицинской службы части.

В соответствии с решением командира батальона на оборону и распоряжениями начальника медицинской службы части командир медицинского взвода ставит задачи и отдает распоряжения санитарным инструкторам рот, командиру отделения медицинской помощи и командиру отделения сбора и эвакуации раненых о местах развертывания медицинских постов рот, постов санитарного транспорта, медицинского пункта батальона, порядке оказания первой и доврачебной помощи раненым и больным и их эвакуации в медицинский пункт батальона. Осуществляет медицинский контроль за организацией водоснабжения и питания личного состава батальона, а также выполнением командирами подразделений санитарных требований по предотвращению загрязнения территории и соблюдением личным составом подразделений правил личной гигиены.

Медицинские посты рот развертываются санитарными инструкторами рот в легких полевых укрытиях в непосредственной близости от командного пункта роты. Выделенные (дополнительно) командирами рот санитары-носильщики распределяются по взводным опорным пунктам. Кроме того, санитарный инструктор намечает дополнительные места укрытия раненых и больных, принимает меры к созданию запаса средств оказания первой помощи. О содержании работ по приспособлению траншей и ходов сообщения для выноса раненых и

больных на носилках и по исправлению путей эвакуации санитарный инструктор докладывает командиру роты.

Медицинский пункт батальона развертывается личным составом отделения медицинской помощи в тылу батальонного района обороны в полевом убежище (простейшем укрытии или подвальном помещении) в стороне от предполагаемого направления удара противника, на основном пути выноса (вывоза) раненых и больных. На случай выхода из строя (разрушения) основного места размещения медицинского пункта батальона подготавливается запасное укрытие или площадка. При организации медицинского обеспечения батальона предусматривается создание необходимого запаса медицинского имущества и усиливаются мероприятия противэпидемического характера.

Санитары-стрелки взводов, санитары-носильщики, санитарные инструкторы рот, личный состав отделения сбора и эвакуации раненых медицинского взвода батальона и личный состав, приданный из медицинской роты бригады (полка), должны тщательно изучить пути, по которым может осуществляться вынос (вывоз) раненых, места расположения медицинских постов рот, постов санитарного транспорта и медицинского пункта батальона.

Медицинское обеспечение подразделений, выделенных в боевое охранение, организует командир медицинского взвода батальона за счет сил и средств рот, от которых назначается охранение. При необходимости выделяется санитарный транспорт и медицинское имущество. Эвакуация раненых и больных из боевого охранения организуется им до поста санитарного транспорта или прямо в медицинский пункт батальона.

В ходе оборонительного боя командир медицинского взвода батальона должен быть постоянно информирован о боевой обстановке, знать количество раненых, находящихся в ротах, и организовывать быстрейший их вынос (вывоз) в медицинский пункт батальона. Раненых и больных, доставляемых в медицинский пункт батальона, осматривают непосредственно на автомобилях, оказывают (при необходимости) доврачебную помощь и отправляют в медицинскую роту бригады (полка). При наличии санитарного транспорта на постах санитарного транспорта, удаленных от медицинского пункта батальона, раненых и больных с них целесообразно эвакуировать непосредственно в медицинскую роту бригады (полка).

При вклинении противника в батальонный район обороны командир медицинского взвода имеет право изменить пути вывоза раненых и больных, переключать эвакуацию из рот в соседний медицинский пункт батальона или вести эвакуацию в медицинскую роту бригады (полка).

При применении противником оружия массового поражения по батальонному району обороны сохранившийся личный состав медицинского взвода организует розыск пораженных и оказание им первой помощи, не ожидая прибытия подразделений, предназначенных для ликвидации последствий нападения.

При отходе подразделений батальона командир медицинского взвода через командира батальона предпринимает меры к выносу и эвакуации всех раненых и больных, для чего используется и боевая техника отходящих подразделений.

Медицинское обеспечение мотострелкового (танкового) батальона (роты) в наступлении

Организация медицинского обеспечения батальона (роты) в наступлении в решающей степени будет зависеть от способа ведения наступательных действий. Наступление может вестись на обороняющегося, наступающего или отходящего противника. Наступление на обороняющегося противника осуществляется путем прорыва его обороны с ходу или из непосредственного соприкосновения с ним с использованием разрывов, промежутков и открытых флангов в его обороне. Мотострелковый (танковый) батальон, может наступать в составе бригады (полка) шириной по фронту до 2 км, а на участке прорыва полка – 1 км. Мотострелковая (танковая) рота наступает по фронту до 1 км, а на участке прорыва – 500 м.

Медицинское обеспечение батальона в наступлении разделяется на два периода – при подготовке и в ходе наступления.

При подготовке наступления командир медицинского взвода батальона получает указания от командира батальона о боевой задаче батальона, его построении, рубеже атаки, предполагаемом характере боевых действий и перемещениях в ходе боя.

От начальника медицинской службы части он получает распоряжения о предполагаемом количестве раненых и больных, об организации сбора раненых при выдвигании на рубежи атаки и в ходе боя, о средствах сбора и эвакуации раненых, направляемых в батальон, о месте расположения медицинской роты бригады (полка) и предполагаемом ее перемещении в ходе боя, а также о наиболее важных мероприятиях медицинской службы по защите от ОМП.

Уяснив эту задачу батальона, оценив боевую и медицинскую обстановку, командир медицинского взвода определяет вероятные рубежи возникновения санитарных потерь, порядок оказания первой и доврачебной помощи, розыска, сбора и эвакуации раненых, направление движения отделения медицинской помощи в ходе наступления и порядок управления действиями санитарных инструкторов рот и отделения сбора и эвакуации раненых (в том числе и приданных сил, и средств) на поле боя и путях эвакуации. Конкретные предложения по лечебно-эвакуационным мероприятиям, медицинскому контролю, мероприятиям медицинской службы по защите от ОМП, а также об использовании средств усиления, выделенных начальником медицинской службы бригады (полка), командир медицинского взвода батальона докладывает командиру батальона и начальнику медицинской службы бригады (полка).

После утверждения командиром батальона предложений по организации медицинского обеспечения командир медицинского взвода ставит задачи и отдает распоряжения санитарным инструкторам рот, личному составу медицинского взвода и приданных средств усиления о порядке их использования в предстоящем наступлении, пополнении запаса медицинского имущества, распределяет между ротами собственные и приданные средства, назначает мероприятия медицинского контроля и медицинской защиты от ОМП. В период выдвигания подразделений батальона, наступающего с ходу, и в период атаки переднего края противника фельдшер батальона должен стремиться к тому, чтобы сохранить основные силы и средства медицинской службы для обеспечения боевых действий в глубине обороны противника. При появлении раненых в период выдвигания батальона (роты) к рубежу атаки первая помощь оказывается в порядке само- и взаимопомощи непосредственно в боевых машинах.

В тех случаях, когда передача раненых непосредственно на санитарный транспорт по условиям боевой обстановки невозможна, раненые выгружаются из боевых машин в укрытия вблизи основной дороги, где ожидают подхода санитарного транспорта медицинской роты бригады (полка). О создании таких «гнезд раненых» командир медицинского взвода немедленно докладывает начальнику медицинской службы части.

Наиболее вероятным и рациональным является сбор раненых и больных с боевых машин на рубежах регулирования и атаки. Оставленных на этих рубежах раненых и больных собирают и эвакуируют на ближайший развернутый этап медицинской эвакуации санитарным транспортом медицинской роты бригады (полка). При возникновении больших очагов поражения в колоннах подразделений в период их выдвижения отделение медицинской помощи и часть подразделений сбора и эвакуации раненых, как правило, включаются в состав подразделений по ликвидации последствий. Проведение лечебно-эвакуационных мероприятий организуется установленным начальником медицинской службы бригады (полка) порядком.

В наступлении из непосредственного соприкосновения с противником санитары-стрелки взводов, санитарные инструкторы рот и выделенные транспортные средства в готовности к оказанию помощи следуют за своими подразделениями. С появлением раненых они оказывают первую помощь, доставляют их к оси движения отделения медицинской помощи батальона и сосредотачивают в защитные укрытия. Отделение медицинской помощи батальона следуя по заранее определенной оси движения медицинского пункта батальона, с ходу оказывает доврачебную помощь собранным в укрытиях раненым и передает их на санитарные транспортные средства для доставки в медицинскую роту бригады (полка).

В ходе наступления главной задачей командира медицинского взвода батальона является руководство работой санитарных инструкторов рот, отделения сбора и эвакуации раненых и приданных сил и средств по розыску раненых и больных на поле боя и оказанию им первой помощи. Направление движения отделения медицинской помощи батальона целесообразно совмещать с направлением перемещения командно-наблюдательного пункта командира батальона. На этом направлении и должны усиливаться санитары-стрелки и санитарные инструкторы рот сосредотачиваться раненые и больные из наступающих подразделений.

При действии личного состава рот на боевых машинах командир медицинского взвода организует сбор раненых на установленных рубежах их выгрузки из машин, в местах временных остановок боевых машин, а также на рубежах наибольшего сопротивления противника. К этим местам в первую очередь направляются средства сбора и эвакуации раненых.

При действиях личного состава подразделений в пешем строю санитары-стрелки и санитарные инструкторы рот следуют за своими подразделениями, оказывая раненым первую помощь и обозначая места их нахождения условными знаками. Командир медицинского взвода направляет санитарные транспортные средства от укрытия к укрытию или непосредственно в места, где сосредоточены раненые. На этих транспортных средствах раненых доставляют к оси перемещения медицинского пункта батальона (отделения медицинской помощи), а далее, после оказания доврачебной помощи, санитарными автомобилями медицинской роты их эвакуируют в медицинскую роту бригады (полка). При отсутствии такой возможности раненых несут на руках до поста санитарного транспорта, который организуется на путях выноса раненых как можно ближе к боевым порядкам

подразделений. Пост санитарного транспорта обычно возглавляет командир отделения сбора и эвакуации раненых или санитарный инструктор отделения медицинской помощи медицинского взвода батальона. Место поста санитарного транспорта должно быть скрыто от наблюдения противника и защищено от огня стрелкового оружия. Раненые и больные эвакуируются отсюда на ближайшие этапы медицинской эвакуации.

При движении батальона в предбоевых порядках в расчлененных по фронту ротных или взводных колоннах (при преследовании противника) командир медицинского взвода с личным составом отделения медицинской помощи и эвакуационными средствами части следует за батальоном по заранее намеченной оси движения, осуществляя сбор раненых, оказание им помощи и их сосредоточение во временных укрытиях. Дальнейшую эвакуацию этих раненых осуществляет начальник медицинской службы бригады (полка) своими транспортными средствами.

Как следует из изложенного, своевременная эвакуация раненых с поля боя после оказания им первой помощи является чрезвычайно важной и сложной задачей, для решения которой привлекается не только санитарный транспорт, но и боевая техника. При этом ответственность за своевременную эвакуацию раненых и больных с поля боя возлагается на командиров подразделений и частей, которые используют для этих целей все имеющиеся средства. Очень важно, чтобы тяжелораненые эвакуировались с поля боя в кратчайшие сроки. Для решения этой задачи могут использоваться не только санитарные, но и боевые вертолеты. Их использование может быть организовано следующим образом. После выполнения боевой задачи, возвращающиеся вертолеты авиационным наводчиком, находящимся на КНП батальона, «наводятся» на «гнезда» раненых, обозначаемые дымами, сигнальными ракетами. При этом погрузка раненых может осуществляться в режиме «висения». Такая организация эвакуации, по опыту, позволяет организовать доставку тяжелораненых в отдельный медицинский батальон, отдельный медицинский отряд или военный госпиталь в течение одного часа с момента ранения.

В наступательно бою противэпидемическая обстановка, как правило, бывает неясной, поэтому большое значение приобретает непрерывная медицинская разведка, проводимая личным составом медицинского взвода. Ее задачами является установление эпидемического состояния района, выявление очагов инфекционной заболеваемости, эпизоотий и т.д. О результатах медицинской разведки командир медицинского взвода регулярно докладывает командиру батальона и начальнику медицинской службы части.

2. Силы и средства медицинской службы для эвакуации пострадавших, их возможности.

Для вывоза раненых с поля боя используются санитарные транспортеры, а также боевые машины (бронетранспортеры, боевые машины пехоты), что может значительно облегчить организацию эвакуации под огнем противника.

Гусеничный транспортер малогабаритный унифицированный

(ГТ-МУ) также имеет многоцелевое назначение, в том числе и для использования в медицинских целях (рис. 1.).

Транспортер бронированный, с откидной задней стенкой. Оборудован устройствами для двухъярусного размещения носилочных раненых и скамейками для легкораненых и легкобольных.



Рис. 1. Гусеничный транспортер малогабаритный унифицированный (ГТ-МУ)

Таблица 1

Технические характеристики ГТ-МУ

Боевая масса, т	4,1
Экипаж, чел.	2+8/10
Габаритные размеры, мм:	
- длина по корпусу	5175
- ширина	2470
- высота	1750
Бронирование	противопульное
Двигатель	ГАЗ-73
Максимальная скорость, км/ч:	
- по шоссе	60
- на плаву	5—6
Запас хода по топливу, км	900
Преодолеваемые препятствия:	
- крен, град.	25
- подъем, град.	35
- глубина брода, м	плавает

Гусеничный транспортер средний модернизированный (ГТ-СМ)

имеет многоцелевое назначение, в том числе может перевозить раненых (больных) в условиях Крайнего Севера, пустынь Юга и лесисто-болотистой местности (рис. 2.).

Он оборудован приспособлениями для установки носилок в два яруса и двумя бортовыми откидными сиденьями. Кузов транспортера имеет отопитель, звуковую сигнализацию в кабину и тент.



Рис. 2. Гусеничный транспортер средний модернизированный (ГТ-СМ)

Таблица 2

Технические характеристики ГТ-СМ

Полная масса с нагрузкой и экипажем, т	5,3
Экипаж, чел.	2
Запас хода по топливу, по шоссе, км	400
Эваковместимость	
- человек (на носилках)	4+2
- сидя(дополнительно)	
Только сидя	10
Максимальная скорость, км/ч	50
Дорожный просвет, мм	380
Преодолеваемые препятствия:	
- подъем, град	35
- глубина брода, м	плавает
- ширина окопа, м	1,8

Санитарный автомобильный (средней эвакуместимости) АС-66

Санитарный автомобиль АС-66 на базе ГАЗ-66 с кузовом К-66 для доставки 18 раненых (рис.3.).



Рис. 6. Санитарный автомобильный (средней эвакуместимости) АС-66

АС-66 – армейский санитарный автомобиль упрощенной конструкции на шасси ГАЗ-66. Служил для сбора и эвакуации раненых с мест военных действий, оказания им первой помощи и доставки в крупные лечебные центры в любое время суток и в любых климатических условиях. Его кузов снабжался фильтровентиляционной установкой, отопителем, переговорным устройством с кабиной, одной боковой дверью и двумя задними распашными дверями. Он имеет четыре варианта размещения раненых: 6 – 9 человек на носилках, установленных в два или три яруса, и еще 4 – 10 сидячих раненых или 18 человек на продольных сиденьях, включая медперсонал.

Установка кузова на шасси с системой подкачки позволила повысить плавность хода за счет снижения внутреннего давления в шинах. Длина автобуса составляла 6185 мм, высота – 3260 мм. Максимальная скорость – 90 км/ч.

Для перевозки раненых на автомобиле санитарном АС-66 на носилках поднимают боковые сиденья и закрепляют их запорами к стенам. Решетки, защищающие окна, опускают, замки пристеночных кронштейнов открывают, среднюю складную скамейку убирают под потолок и фиксируют чекой. Средние опорные стойки вынимают из гнезд пола, поднимают к потолочным связям опорных стоек и закрепляют ремнями.

Размещение раненых и больных в автомобиле АС-66 возможно по четырем вариантам (рис. 4.).

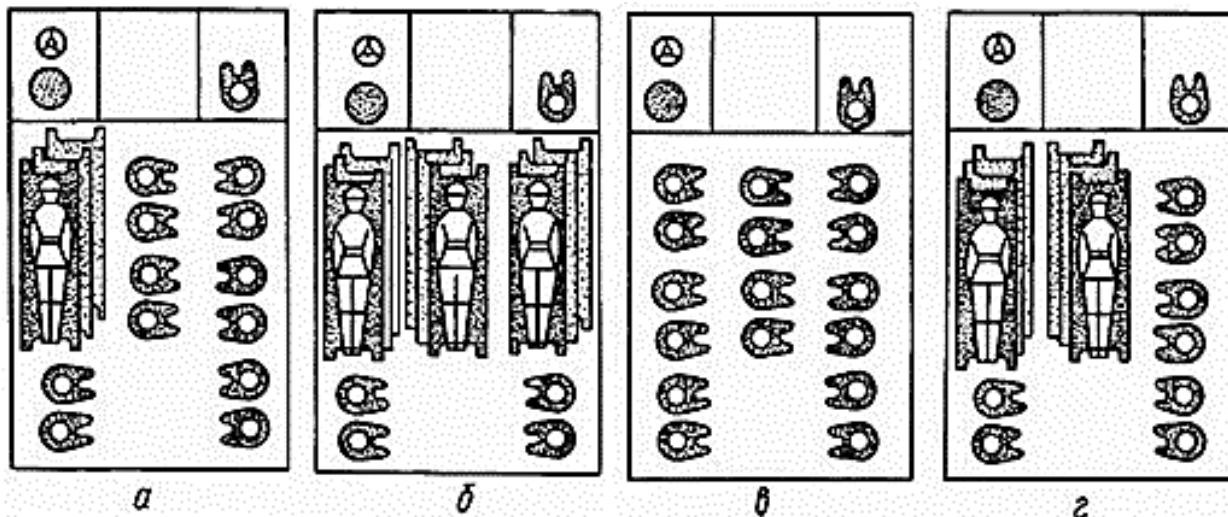


Рис. 4. Варианты размещения раненых на автомобиле санитарном АС-66:
а – 1-й вариант: лежа – 3, сидя – 12, в кабине – 1; **б** – 2-й вариант: лежа – 9, сидя – 4, в кабине – 1; **в** – 3-й вариант: сидя – 16, в кабине – 1; **г** – 4-й вариант: лежа – 6, сидя – 8, в кабине – 1.

Для их погрузки требуется 3–5 санитаров. Если работают 3 человека, то двое подносят носилки с раненым и переходят в кузов для их установки в места крепления, а третий остается на грунте. При погрузке впятером два санитара размещаются вне кузова (подготавливают все погрузочные устройства, подносят и перемещают носилочных раненых в салон автомобиля, помогают пострадавшим при посадке), а трое работают в кузове.

Носилки вначале устанавливают на верхний, затем на средний и нижний ярусы с правой и левой сторон. После этого опускаются опорные стойки и на них размещают средний ряд носилок. Ручки носилок фиксируют замками кронштейнов и подвесными ремнями.



Рис. 5. Автомобиль санитарный малой эвакуместимости УАЗ-39621

Автомобиль санитарный малой эваковместимости УАЗ-39621

Санитарный автомобиль УАЗ-3962 (УАЗ-452А) предназначен для перевозки раненых и больных в войсковом районе.

Кузов его герметичен, имеет фильтровентиляционную установку, отопительное устройство и специальное санитарное оборудование для транспортирования пострадавших и ухода за ними.

Устройство. Санитарное оборудование автомобиля УАЗ-3962 (УАЗ-452А) состоит из кронштейнов и ремней для размещения раненых на носилках, откидных сидений для легкораненых, медицинского имущества и предметов ухода.

Таблица 3

Тактико-техническая характеристика

Масса груза, перевозимого на платформе, кг	не более, 700
Глубина преодолеваемого брода, м.	0,6
Максимальный подъем, преодолеваемый автомобилем полной массой	30 ⁰
Эваковместимость, человек на носилках	4
Сидя (дополнительно)	1
Только сидя	7
Максимальная скорость, км/ч	95

Перед размещением раненых в автомобиле санитарном УАЗ-3962 водитель-санитар открывает задние двери машины, стопорит их фиксаторами, раскладывает подножку, освобождает кузов от носилок, убирает и пристегивает боковые и передние сиденья, устанавливает в рабочее положение бортовые кронштейны и закрепляет ремни подвески в потолочных гнездах и на полу.

После этого он подает команду к погрузке. Два санитар-носильщика, приблизившись с носилками к автомобилю, по команде старшего осторожно ставят их на землю.

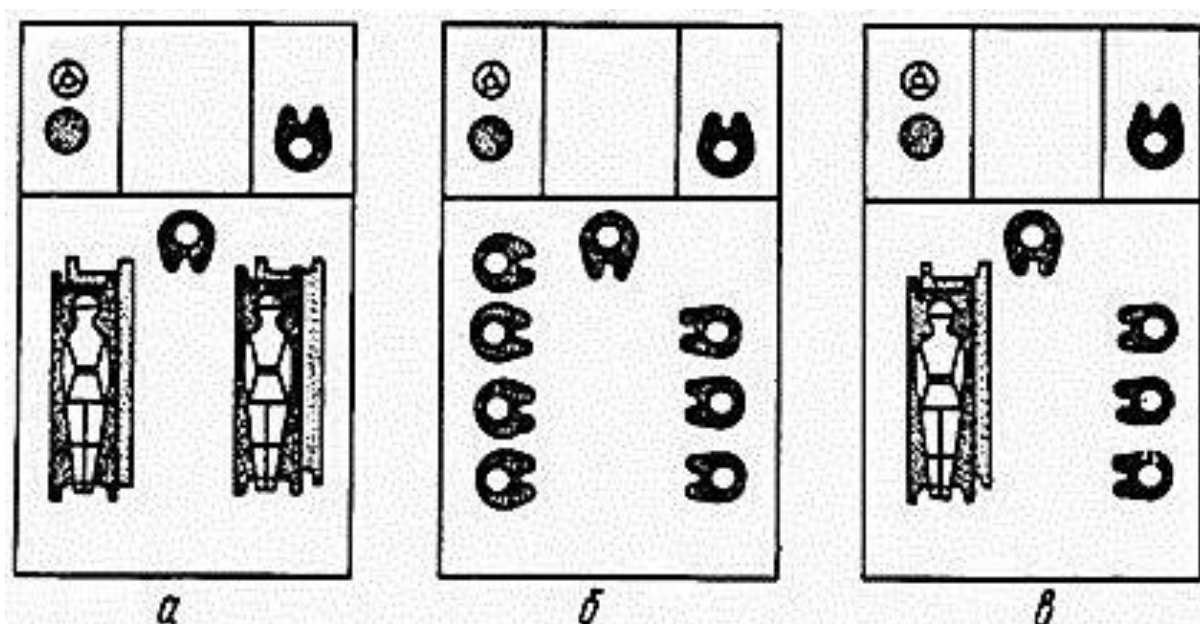


Рис. 6. Варианты размещения раненых на автомобиле санитарном УАЗ-3962:
а – 1-й вариант: лежа – 4, сидя – 1, в кабине – 1; б – 2-й вариант: сидя – 8, в кабине – 1; в – 3-й вариант: лежа – 1, сидя – 4, в кабине – 1.

Затем они становятся по обеим их сторонам, берутся за брусья (одной рукой – в области плеча раненого, другой – у середины бедра), поднимают носилки и устанавливают их ножками на пол кузова.

В это же время водитель-санитар (он находится в кузове) берет за головные ручки косилок и вместе с одним из санитаров-носильщиков вносит раненого в машину.

Другой санитар-носильщик помогает водителю-санитару укрепить носилки на кронштейнах и подвесных ремнях. Вначале загружается верхний ярус, затем нижний. Варианты размещения пострадавших указаны на рис. 6.

В условиях дефицита времени погрузку раненых осуществляют «с ходу». Для этого передний санитар, подойдя к задней дверце автомобиля, поочередно передает рукоятки носилок водителю-санитару.

Бронированная медицинская машина БММ.

БММ является многоцелевой плавающей медицинской машиной для решения задач по медицинскому обеспечению мероприятий, проводимых в районах боевых действий и чрезвычайных ситуаций (рис. 7.).

Она предназначена для решения задач по розыску, сбору и эвакуации раненых с поля боя, из очагов массовых поражений и оказанию первой врачебной помощи по неотложным показаниям в процессе транспортировки в различных природно-климатических условиях, а также для применения в качестве подвижной перевязочной с врачебной бригадой.

Созданная на базе БТР-80 с сохранением основных узлов и агрегатов, БММ может действовать в труднопроходимой местности в любое время года и суток.

Экипаж машины составляют 3 человека. В корпусе машины имеется 7 мест для перевозки раненых, а также есть 2 места на крыше для перевозки дополнительно 2 раненых на носилках.



Рис.7 Бронированная медицинская машина БММ

В составе оборудования машины имеются:

1. Шестиместное сидение с перевязочными ремнями;
2. Стеллажи для установки медицинского оборудования и носилок;
3. Умывальник

4. Сейф;
5. Бак для питьевой воды;
6. Палатка для размещения 12 раненых.

Машина оснащена средствами связи, системой защиты от ОМП, противопожарным оборудованием, водооткачивающими средствами, системой обеспечения обитаемости. В корпусе БММ имеются амбразуры для стрельбы из табельного оружия.

В комплект машины входит тент-укрытие, который может разворачивается в виде отдельной палатки размерами 5,6х3,5х2 метра или в комплексе с БММ, образуя функциональный блок.

В этом случае тент-укрытие соединяется с одной из боковых дверей машины тамбуром.

Специальное оборудование БММ включает:

- стеллажи для установки носилок с погрузочным устройством и тентом с наружи машины;
- стеллажи и ящики для размещения медицинского оборудования;
- бак с питьевой водой емкостью 40 л;
- умывальник с локтевым управлением крана;
- шестиместное сиденье с привязными ремнями.

Таблица 4

Тактико-технические характеристики БММ

Боевая масса, т	13,6
Экипаж, чел.	3
Десант, чел.	7+2
Скорость по шоссе, км/ч	80
Запас хода по шоссе, км	700
Преодолеваемый подъём, град.	30
Преодолеваемая стенка, м	0,5
Преодолеваемый ров, м	2,0
Преодолеваемый брод, м	плавает

Бронированная медицинская машина БММ-П

Бронированная медицинская машина (БММ-П) повышенной защищенности, оснащенная системами жизнеобеспечения и нормализации микроклимата обитаемых отделений. В зависимости от комплектации медицинским имуществом БММ-П может быть использована для эвакуации раненых, оказания им первой, доврачебной помощи и первой врачебной помощи по неотложным показаниям (рис. 8.).

В качестве базы бронированной медицинской машины используется

боевая машина пехоты БМП-1, что обеспечивает БММ-П высокую подвижность, преодоление водных преград на плаву и возможность транспортировки ее авиационным, автомобильным, железнодорожным и морским (речным) транспортом



Рис. 8. Бронированная медицинская машина (БММ-П).

БММ оснащена устройствами, обеспечивающими защиту экипажа и раненых от воздействия ударной волны, проникающей радиации, химического и бактериологического оружия.

При использовании базы БМП-1 в качестве БММ-П, несколько изменена конструкция корпуса БМП-1 для размещения в медицинском отделении командира машины (санинструктор), механика – водителя (санитар), санитар и раненых (6 на носилках или 12 сидячих), медицинского оборудования.

Предусмотрены места для укладки предметов экипировки экипажа, двухсуточного запаса продовольствия, а также медицинского имущества. В крыше установлен вращающийся люк командира и два люка для выхода раненых на плаву в аварийных ситуациях.

Для облегчения погрузки и выгрузки раненых на носилках у задних люков установлены направляющие. Автоматический механизм подъема носилок размещает их последовательно по три вдоль каждого борта.

На левом борту машины установлен кран-стрела для извлечения раненых из люков боевых машин и труднодоступных мест. На наружной стороне кормового бронелиста закреплена палатка, свернутая в рулон.

Палатка предназначена для размещения раненых перед оказанием им соответствующей помощи, а также для временного укрытия их от атмосферных осадков, вместимость палатки – 20 человек. Палатка стыкуется с кормовой частью БММ-П.

Для оснащения палатки предусмотрены две переносные лампы, подключаемые к бензоэлектрическому агрегату, а для ее обогрева – специальный шланг, соединяемый с коллекторным разводом теплого воздуха отопителя ОВ – 65Г.

Тактико-технические характеристики БММ-II

Тип	гусеничная, бронированная, плавающая
База	БМП-1
Масса в снаряженном состоянии, т	14
Максимальная скорость, км/ч	65
Запас хода, км	400
Внутренние размеры медицинского отделения, мм	
- длина	3400
- ширина	1980
Высота	1800
Габаритные размеры палатки, мм	
- длина	6750
- ширина	2700
- высота	2310
Экипаж, чел	3
Эвакуемкость, чел	
- на носилках	6
- сидя	12
- на носилках + сидя	3+6
Приборный комплекс для наблюдения за местностью и поиска раненых, осветитель	ТКН-ЗБ; ТНПО-170А; ОУ-ЗГА2

Авиационный транспорт

Для авиамедицинской эвакуации раненых из войскового района боевых действий в современных условиях широко применяются вертолеты Ка-60, Ми-24Д, Ми-26, Ми-8МТВ-5.

Выше перечисленные вертолеты имеют специальное оснащение для размещения раненых и ухода за ними в полете. Способность садиться и взлетать с минимальной по размерам необорудованной площадки делает их удобными для вывоза раненых из передовых этапов медицинской эвакуации (в отдельных случаях непосредственно с поля боя) и очагов массового поражения. Вертолеты могут зависать в воздухе и принимать раненых из труднодоступных мест с помощью троса и лебедки.

Медицинский вертолет МИ-8МТВ-5



Рис. 9. Медицинский вертолет *МИ-8МТВ-5*

Вертолет Ми-8МТВ-5, имеет специальное оснащение для размещения раненых и рассчитан на 12 носилочных или 24 сидячих раненых. Время погрузки (выгрузки) раненых тремя санитарями-носильщиками в вертолет - 8 минут (рис. 9).

Летно-технические характеристики:

Крейсерская скорость, км/ч	240
Практическая дальность полета, км	620
Максимальная взлетная нагрузка (кг)	13000

Медицинский вертолет Ка-60 «Касатка»

Вертолет Ка-60, имеет специальное оснащение для размещения раненых и ухода за ними в полете, рассчитан на 6 носилочных или 14 сидячих раненых. Время погрузки (выгрузки) раненых четырьмя санитарями-носильщиками в вертолет - 6 минут (рис.10).



Рис. 10. Вертолет Ка-60 «Касатка»

Летно-технические характеристики:

Крейсерская скорость, км/ч	270
Практическая дальность полета, км	700
Максимальная взлетная нагрузка (кг)	6500

Вертолет Ми-24 Д

Вертолет Ми-24 Д, имеет специальное оснащение для размещения раненых и рассчитан на 2 носилочных или 8 сидячих раненых. Время погрузки (выгрузки) раненых двумя санитарями-носильщиками в вертолет - 3 минуты (рис. 11).



Рис. 11. Вертолет Ми-24 Д

Летно-технические характеристики:

Крейсерская скорость, км/ч	228
Практическая дальность полета, км	595 (450)
Максимальная взлетная нагрузка (кг)	11500

Вертолет Ми-26

Вертолет Ми-26, имеет специальное оснащение для размещения раненых и ухода за ними в полете, рассчитан на 60 носилочных или 82 сидячих раненых. Время погрузки (выгрузки) раненых двенадцатью санитарями-носильщиками в вертолет - 30 минут (рис. 12).



Рис. 12 Вертолет Ми-26

Летно-технические характеристики:

Крейсерская скорость, км/ч	250
Практическая дальность полета, км	590
Максимальная взлетная нагрузка (кг)	56000

Ан-26М «Спасатель»

Санитарный самолёт Ан-26М разработан в 1977 году в ОКБ-473 О.К.Антонова на базе транспортного самолёта Ан-26. Принят на вооружение в 1985 году.

Ан-26М представляет собой летающую операционную (рис. 13.). Может действовать с грунтовых аэродромов. Грузовой салон базового самолёта разделён на 4 отсека: операционный, интенсивной терапии, салон для медицинского персонала, хозяйственный. Самолёт укомплектован аппаратами, приборами и лечебными средствами для оказания неотложной квалифицированной медицинской помощи. Для питания дополнительного оборудования в левой мотогондole установлено ВСУ ТА-9.

В вариант Ан-26М было переоборудовано 2 самолёта. Применялся во время войны в Афганистане.

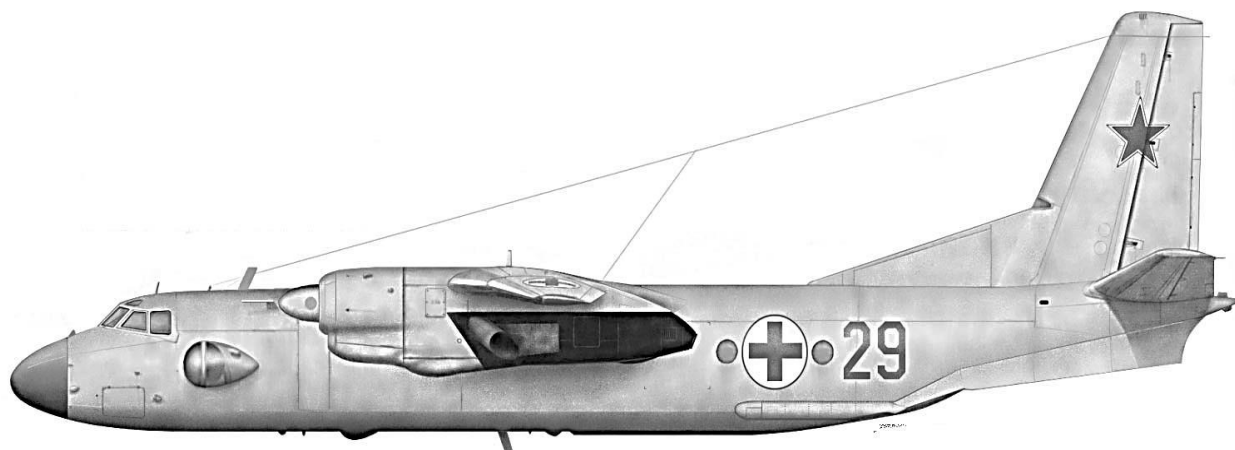


Рис. 13. Самолет неотложной реанимационно-хирургической помощи Ан-26М «Спасатель»

Таблица 4.7

Лётно-технические характеристики Ан-26М «Спасатель»

Габариты, м:	
- размах крыла	29,198
- длина	23,8
- высота	8,575
Масса, т:	
- пустого	15,85
- взлётная	23,0
Запас топлива, л	7080
Скорость, км/ч:	
- максимальная	540
- крейсерская	435
Вертикальная скорость у земли, м/с	9,2
Дальность полёта, км	2240
Практический потолок, м	7300
Время набора высоты 6000 м, мин.	19
Длина разбега, м	870
пробега, м	650
Эвакуационместимость на функциональных кроватях, чел.	4
Экипаж, чел.:	
- лётный	5
- медицинский	5

Аэромобильный госпиталь Ил-76МД «Скальпель-МТ»

Летающий госпиталь Ил-76МД "Скальпель МТ" разработан в ОКБ им. С.В.Ильюшина на базе военно-транспортного самолёта Ил-76МД (рис. 14.). Первый образец изготовлен в Ташкенте в 1983 году.

23 июля 1983 года лётчик-испытатель В.С.Белоусов впервые поднял его в небо. Принят на вооружение в 1984 году.

Данный госпиталь оборудован реанимационным, операционным, консультационно-диагностическими блоками, а также блоками УЗИ, рентгеновским аппаратом, ЭКГ и лабораторией крови. При необходимости там может быть развернут блок интенсивной терапии на 6-10 мест.



Рис. 14. Аэромобильный госпиталь Ил-76МД «Скальпель-МТ»

Автономность работы госпиталя рассчитана на 14 дней непрерывной работы. В сутки госпиталь может принять 100 — 120 пострадавших.

Все модули госпиталя представляют собой быстровозводимые пневмокаркасные сооружения из негорючей ткани. Комплекс служебных систем обеспечивает автономное функционирование аэромобильного госпиталя в различных географических зонах в диапазоне температур от -50 до +50. В случае удалённости места чрезвычайной ситуации от работоспособных аэропортов или невозможности доставки госпиталя из близко расположенных, госпиталь может быть десантирован.

В составе самолета планируется иметь 3 медицинских модуля:

- 2 эвакуационно-реанимационных на 6 тяжелораненых каждый;
- 1 эвакуационный с возможностью проведения интенсивной терапии 12 тяжелораненым. Медицинская бригада – 7 человек. Эвакоемкость – до 24 тяжелораненых (тяжелобольных). Крейсерская скорость – 800 км/ч. Дальность полета – до 5000 км.

Комплекс "Скальпель МД" применялся во время войн в Афганистане и Чечне.

3. Табельные и подручные средства выноса раненых

Санитарные носилки предназначены для переноски раненых в положении лежа, а также для перевозки их на различном санитарном и приспособленном транспорте (рис. 15.).

Санитарные носилки состоят из двух деревянных брусьев или металлических труб, двух шарнирных стальных распоров с ножками и съемного полотнища из брезента с изголовьем.

Размеры носилок стандартные (длина – 221 см, ширина – 55 см, высота – 16 см), что позволяет пользоваться ими на всех медицинских пунктах и в госпита-

лях, устанавливая их на всех видах санитарного и приспособленного транспорта, обменивая их в медицинских пунктах и госпиталях и т. д. Вес носилок колеблется от 9,5 до 10 кг.

Для удобства пользования носилками концы деревянных брусьев изготавливаются в виде ручек, а на концы металлических труб надевают резиновые рукоятки. Распоры носилок вместе с ножками крепятся к брусьям при помощи болтов с гайками. Изголовье носилок делается в виде наволочки, которую можно набивать мягким подручным материалом (сеном, соломой, травой и др.).



Рис. 15. Носилки санитарные

По обеим сторонам полотнища носилок нашиты специальные «рукава», предназначенные для надевания полотнища на брусья. Для удобства перевозки, переноски и хранения носилок в свернутом виде они снабжены двумя ремнями из тесьмы с пряжками-пятистенками.

В боевой обстановке при необходимости произвести дезактивацию, дегазацию и дезинфекцию носилок они должны быть разобраны, а полотнище снято. При разборе носилок надо сначала слегка развернуть их, отвинтить гайки, снять ножки с распорами, вынуть болты, после чего стянуть полотнище с брусьев. Подвергнув все части носилок специальной обработке, их собирают в порядке, обратном разборке.

Для развертывания носилок два санитар-носильщика расстегивают ремни; затем, потянув за ручки, раскрывают носилки и, упираясь коленом в распоры, выпрямляют их до отказа. Каждый санитар-носильщик проверяет, хорошо ли закрыты замки распоров.

Свертывают носилки путем одновременного открывания защелок замков и, подтягивая распоры на себя, полускладывают носилки; затем поворачивают носилки ножками вверх; когда полотнище провиснет на сторону, противоположную ножкам, сдвигают брусья окончательно, ставят носилки на ножки и, сложив полотнище в три складки, обвязывают их ремнями.

Носилки санитарные ковшовые из композиционного материала НККМ-1 (НККМ-2) предназначены для оснащения звена санитаров-носильщиков с целью подъема раненых с обширными травмами опорно-двигательного аппарата с минимальным травмированием без изменения положе-

ния тела при подъеме; переноски раненых в положении «лежа», переноски раненых в положении «сидя» в местах с ограниченным пространством (окопы, траншеи и т.д.), подъема раненых, размещенных на носилках в вертикальном положении из труднодоступных мест с помощью механизированных средств, использования в качестве иммобилизирующих средств при установке на носилки санитарные (рис. 16.).

Носилки состоят из телескопических полурам, замковых устройств, соединений, страховых фиксирующих ремней. Носилки НККМ-2, кроме того, имеют шарнирные устройства, обеспечивающие возможность складывания полурам в продольном направлении под углом 95-115 град., и выдвижные поворотные устройства (рукоятки-брусья).



Рис. 16. Носилки санитарные ковшовые из композиционного материала

Длина носилок: НККМ-1 - 1700-2200 мм, НККМ-2 - 1680-2350 мм;

Ширина: НККМ-1 и НККМ-2 - 480 мм;

Высота: НККМ-1 - 80 мм, НККМ-2 160 мм (при переноске сидя - 1100 мм); Масса: НККМ-1 - 4,5 кг, НККМ-2 - 6,5 кг.

Носилки траншейные предназначены для оснащения звена санитаров-носильщиков с целью выноса раненых и больных из окопов, траншей, ходов сообщений и других труднодоступных мест (рис. 17.).

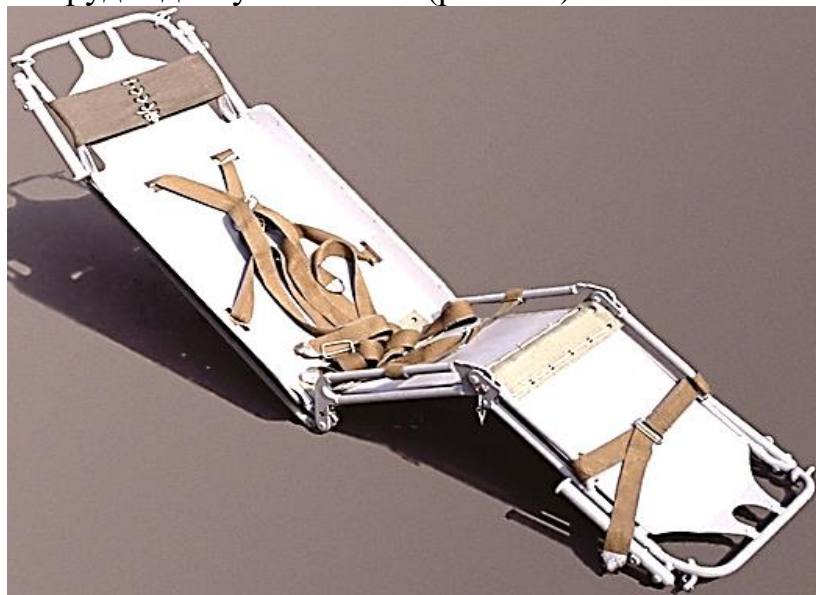


Рис. 17. Носилки траншейные

Носилки состоят из трех шарнирно соединенных между собой металлических панелей. В головной части носилок имеются две откидные ручки и брезен-

товый подголовник. Носилки имеют регулируемые фиксирующие ремни с пряжками. Длина носилок - 2100 мм, ширина - 500 мм, высота - 140 мм.

Носилки приспособлены для заплечной переноски, волочения по грунту и перемещения в вертикальной и горизонтальной плоскостях с помощью механических средств.

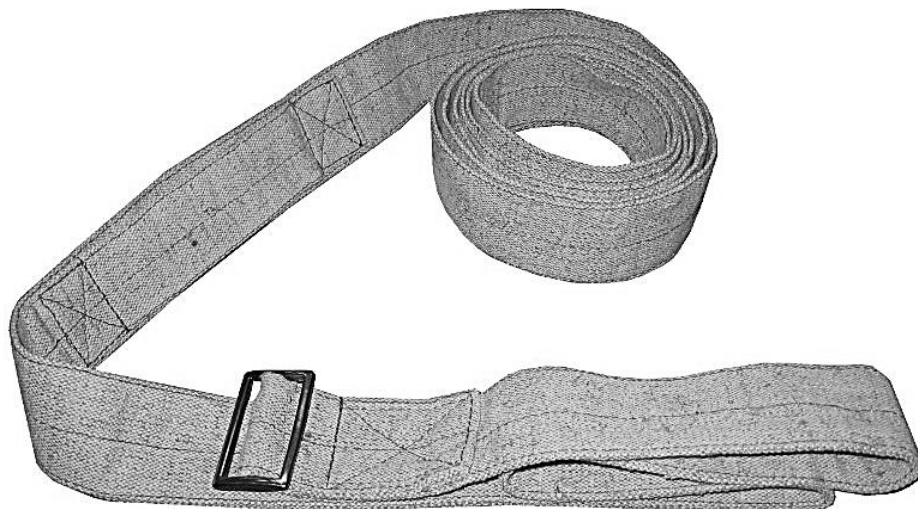


Рис. 18. Лямка медицинская носилочная

Лямка медицинская носилочная предназначена для оснащения санитар и санитарного инструктора с целью облегчения их труда при переноске раненых и больных на носилках и без носилок, а также для оттаскивания раненых с поля

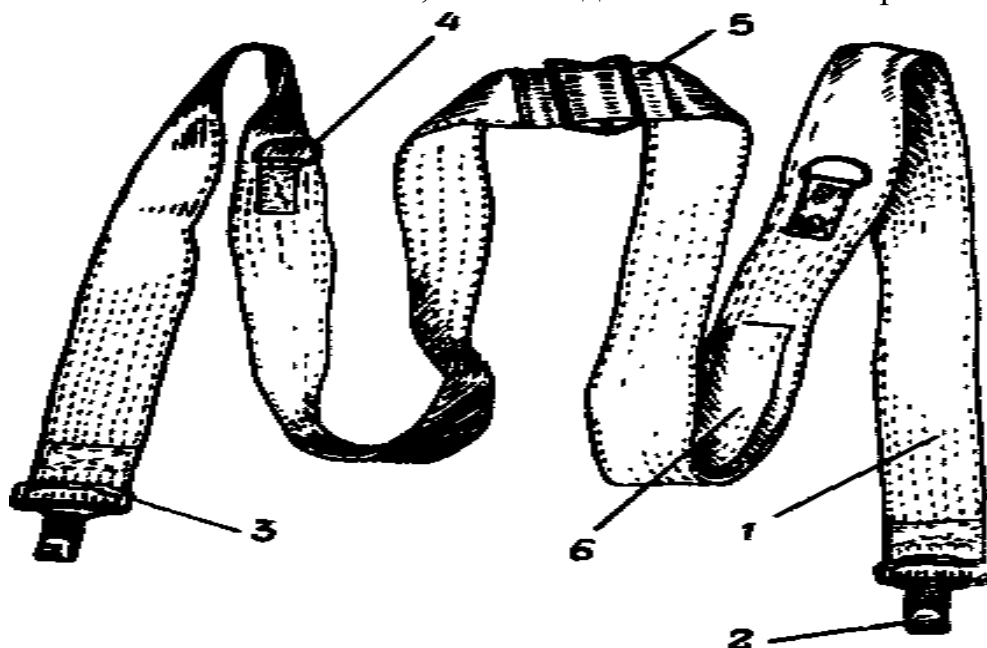


Рис. 19. Лямка медицинская специальная Ш-4

1 - собственно лямка; 2 - стальной карабин; 3 - пряжка-пятистенка; 4 - металлическое кольцо; 5 - металлическая пряжка; 6 - брезентовая накладная полоска

боя, для извлечения их из танка и труднодоступных мест (разрушенные здания, ямы).

Лямка представляет собой парусиновую ленту с накладкой в средней части и металлической пряжкой на одном конце (рис. 18.). Она выполнена из брезентового ремня длиной 360 см и шириной 6,5 см. с металлической пряжкой на

конце. Вес лямки в зависимости от материала, из которого она изготовлена, колеблется от 0,5 до 0,6 кг. На расстоянии 100 см от пряжки нашита специальная брезентовая накладка, позволяющая складывать лямку восьмеркой. В походном положении лямка, свернута и прикреплена тесемками к сумке санитара или к сумке санитарного инструктора.

Применяется лямка сложенной «восьмеркой» или «кольцом», а при использовании носилок на переправе - развернутой.

Лямка медицинская специальная (Ш-4) предназначена для оснащения санитара и санитарного инструктора с целью облегчения их труда при извлечении раненых из люков боевых машин, траншей, подвалов и других труднодоступных мест.

Лямка представляет собой парусиновую ленту с двумя металлическими рамками и накладкой из парусины в средней части, двумя металлическими полукольцами в средней трети и двумя металлическими карабинами по концам (рис. 19.). Длина лямки - 3600 мм, ширина - 65 мм, масса - 1,06 кг.

Для фиксации раненого лямка накладывается перекрестно, охватывая концами ноги в верхней части, и закрепляется карабинами за полукольца.

При отсутствии табельных носилок их можно изготовить из подручных материалов (рис.20, 21).

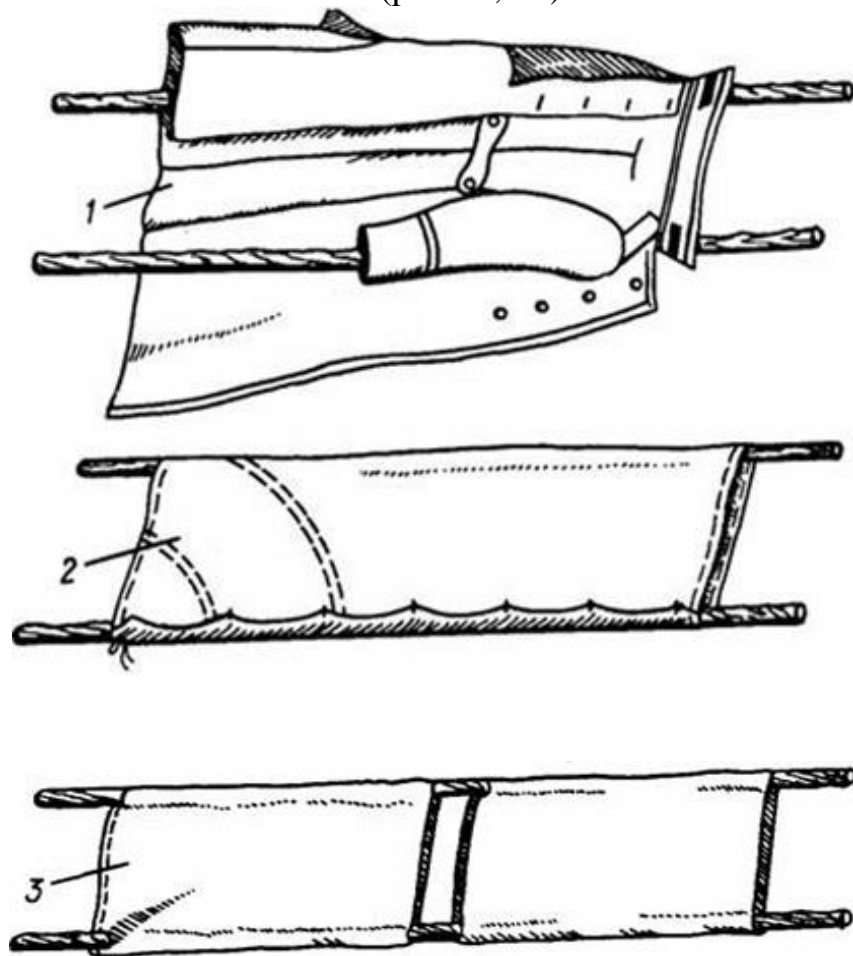


Рис. 20. Носилки из подручных средств:

1 – носилки из двух палок и шинели; 2 – носилки из двух жердей и плащ-палатки–накидки; 3 – носилки из двух жердей и двух мешков;

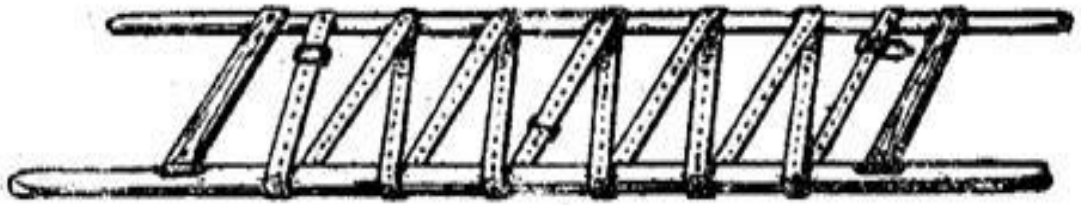


Рис. 21. Носилки из двух жердей и лямок санитарных

4. Эвакуация раненых с учетом характера ранения и вида транспорта

Автомобили, предназначенные для перевозки личного состава, раненых и больных, должны быть технически исправными, укомплектованными комплектом запасных частей, инструмента и принадлежностей, очищены от пыли и грязи, не иметь выступающих на полу и бортах платформы острых предметов, способных нанести травму личному составу.

Посадка (погрузка) раненых и больных в автомобили и их размещение производятся санитарями под руководством медицинских работников с учетом состояния здоровья раненых и больных (характера ранения или заболевания), их массы и роста, возможности наблюдения за ними в пути следования, оказания им необходимой медицинской помощи, а также создания щадящего режима при транспортировании.

При этом:

- первыми грузят раненых и больных на носилках, а затем сидячих;
- раненых и больных на носилках размещают в кузове автомобиля головами вперед (по ходу движения машины);
- при комбинированном размещении носилочных раненых и больных располагают в передней части кузова автомобиля, сидячих раненых и больных – ближе к заднему борту;
- вначале заполняются места, наиболее удаленные от места погрузки;
- при размещении носилок в несколько ярусов (на специально оборудованных автомобилях) вначале производится установка носилок верхнего яруса, затем нижних с обязательным их креплением в местах установки;
- раненых и больных на носилках, требующих наблюдения и обслуживания в пути, размещают не выше второго яруса, вдоль проходов;
- раненых и больных, имеющих массу тела свыше 80 кг, размещают на носилках нижних ярусов;
- носилочных раненых и больных с транспортными шинами или гипсовыми повязками на верхних конечностях размещают на носилках верхнего яруса, при этом поврежденные конечности направляют в сторону прохода;
- ходячих раненых и больных ростом более 180 см рассаживают на местах, не имеющих стесненных условий по высоте;
- лежачим раненым и больным обеспечивается приподнятое положение головы на мягком подголовнике за счет использования скатки шинели, вещевого мешка или наполнения кармана полотнища носилок сеном, соломой или другими подручными материалами.

При перевозке личного состава, раненых и больных необходимо соблюдать следующие правила:

- перевозка личного состава, раненых и больных осуществляется с максимально возможной скоростью доставки в пункт назначения, однако во всех случаях скорость движения автомобилей с людьми (независимо от их числа) не должна превышать 60 км/ч;

- при перевозке раненых и больных скорость движения автомобилей не должна превышать скорости, установленной сопровождаемым медицинским работником, исходя из состояния здоровья перевозимых раненых и больных;

- трогание автомобиля с места, торможение, а также преодоление неровностей дороги производятся плавно, без рывков и толчков, по возможности обеспечиваются равномерность движения автомобиля и снижение отрицательного воздействия транспортировки (тряска, переохлаждение или перегревание, шум, наличие вредных примесей в воздухе от выпускных газов автомобиля и т. п.);

- первая короткая остановка производится не позднее чем через 30 мин после начала движения в целях проверки прочности и надежности крепления оборудования, приспособлений, закрытия бортовых запоров и т. д.;

- при перевозке раненых и больных необходимо чередовать движение в течение 45 мин с 15-минутным отдыхом;

- время отдыха использовать для обслуживания больных, осмотра машин и оборудования; своевременно удалять из автомобиля раненых и больных, не выдерживающих условий перевозки, и передавать их в ближайшее медицинское учреждение (часть).

При перевозке личного состава, раненых и больных запрещается:

- перевозить людей сверх количества, предусмотренного нормами посадки на автомобили, а также на грузовых прицепах, в кузове автомобиля-самосвала, в буксируемом автомобиле;

- сидеть на бортах, стоять в кузове автомобиля, высовываться за борт во время движения, а также курить и зажигать спички в кузове автомобиля;

- личному составу выходить на проезжую часть при посадке (высадке) на автомобиль (из автомобиля);

- останавливать колонну (автомобиль) в туннелях и галереях во избежание отравления отработавшими газами;

- заправлять автомобиль горючим при нахождении в кузове автомобиля личного состава, раненых и больных;

- перевозить личный состав, раненых и больных вместе с опасными грузами.

Погрузка и размещение раненых в ГТ-СМ

На войсковом гусеничном транспортере ГТСМ раненых размещают по трем вариантам. При подготовке к перевозке по первому из них (только лежащих) боковые сиденья поднимаются и закрепляются к бортам, а поперечные штанги для верхнего и нижнего ярусов носилок вставляются в специальные, расположенные в передней части боковых бортов, скобы.

При перевозке по второму варианту (комбинированный) поднимается только одно (обычно левое) сиденье.

Когда транспортируются только легко раненые, в рабочее положение устанавливаются оба сиденья. В последнем случае съемное оборудование (поперечные штанги и др.) не используется. Для облегчения погрузки задний борт ГТСМ открывается.

Грузить и размещать раненых в транспортере могут два или три человека. В первом случае головной конец носилок устанавливается на край борта, затем

один из санитаров залезает в кузов и при помощи своего напарника протягивает носилки к кабине. Во втором – два санитаров становятся по бокам носилок и, не залезая в транспортер, подают их находящемуся в машине водителю. Ручки переднего края носилок устанавливают на поперечные штанги, а наружных ножных концов – на специальных кронштейнах. Противоположные рукоятки носилок фиксируются на штангах эластичными (резиновыми) элементами.

Размещение раненых осуществляется в следующем порядке: сначала устанавливают носилки нижнего яруса, затем – верхнего. По окончании укладки раненых производят посадку легко пострадавших, первые из которых занимают места, наиболее удаленные от заднего борта. При этом двое санитаров располагаются у заднего борта и помогают раненым войти в кузов.

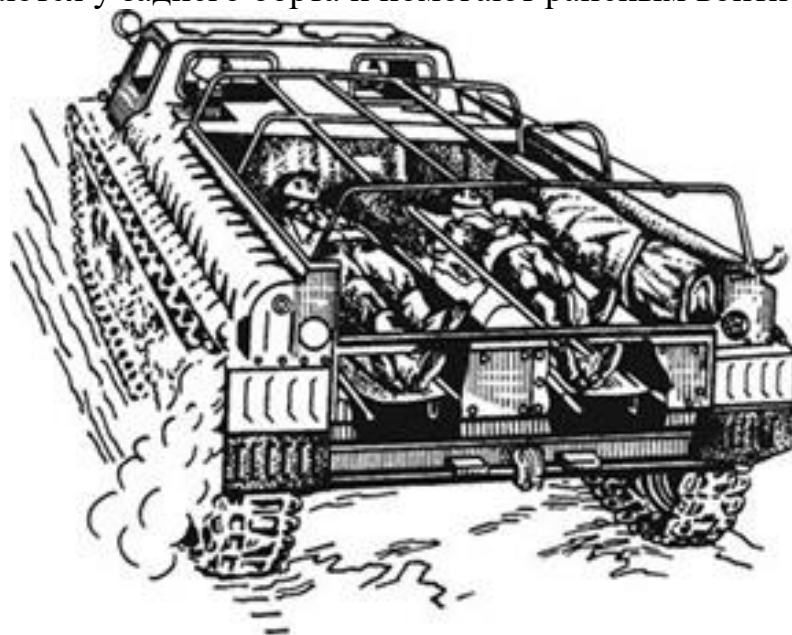


Рис. 22. Перевозка тяжелораненых на гусеничном транспортере ГТСМ на носилках

Погрузка и размещение раненых в УАЗ-3962 (452А)

Перед размещением раненых в автомобиле санитарном УАЗ-3962 (452-А) водитель-санитар открывает задние двери машины, стопорит их фиксаторами, раскладывает подножку, освобождает кузов от носилок, убирает и пристегивает боковые и передние сиденья, устанавливает в рабочее положение бортовые кронштейны и закрепляет ремни подвески в потолочных гнездах и на полу. После этого он подает команду к погрузке. Два санитар-носильщика, приблизившись с носилками к автомобилю, по команде старшего осторожно ставят их на землю.

Затем они становятся по обеим их сторонам, берутся за брусья (одной рукой – в области плеча раненого, другой – у середины бедра), поднимают носилки и устанавливают их ножками на пол кузова. В это же время водитель-санитар (он находится в кузове) берет за головные ручки носилок и вместе с одним из санитар-носильщиков вносит раненого в машину. Другой санитар-носильщик помогает водителю-санитару укрепить носилки на кронштейнах и подвесных ремнях. Вначале загружается верхний ярус, затем нижний.

В условиях дефицита времени погрузку раненых осуществляют «с ходу». Для этого передний санитар, подойдя к задней двери автомобиля, поочередно передает рукоятки носилок водителю-санитару.

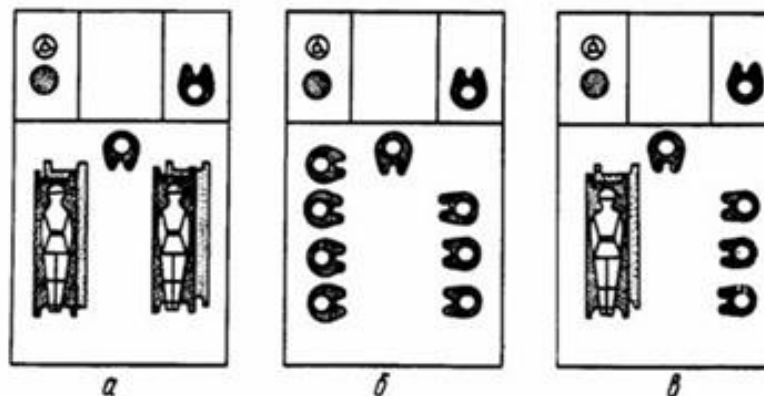


Рис. 23. Варианты размещения раненых на автомобиле санитарном УАЗ-3962 (452-А): а – 1-й вариант: лежа – 4, сидя – 1, в кабине – 1; б – 2-й вариант: сидя – 8, в кабине – 1; в – 3-й вариант: лежа – 1, сидя – 4, в кабине – 1

Вывоз раненых на БМП-1 (БТР-80)

Выделенная командиром машина заблаговременно оснащается (за счет других БТР и БМП) транспортировочными ковриками, носилками и другим необходимым имуществом. В машине остаются два санитара (санитара-стрелка). Подъезжая к тяжелораненому, водитель-механик располагает БМП (БТР) таким образом, чтобы она защищала раненого и санитаров от возможного пулевого и осколочного поражения. Последние выходят через ближайшую кормовую дверь (десантный люк), приближаются к пострадавшему, оказывают ему первую помощь и укладывают на вынесенный с собой коврик. Затем раненого фиксируют тремя (если позволяет локализация повреждения) ремнями, закрепляют нижний пол коврика и, взявшись за ручки, подтягивают (подносят) его к двери (люку) машины. Погрузка осуществляется так же, как и на санитарный транспорт. В БМП-1 первый коврик с помощью колец силовых ремней подвешивают за верхние передние и верхние задние крючки. Затем его фиксируют ремнями-растяжками крест-накрест к скобе и за трубу раздачи чистого воздуха. Второй коврик с раненым загружается на многоместное сиденье и закрепляется ремнями фиксации сидячих раненых. Аналогично загружается другая сторона десантного отделения.

В БМП-2 в связи с меньшими по длине размерами десантного отделения основным вариантом загрузки лежачих раненых является размещение их на многоместном сиденье полулежа с приподнятыми головой и плечами. В экстремальных условиях машина может быть загружена не двумя, а четырьмя человеками (так же, как в БМП-1). Но в этом случае «верхних» пострадавших размещают головой к кормовой двери, а коврики крепят за первые от края кольца задних дверей. Ремни транспортировочного коврика «нижнего» раненого закрепляют за те же крючки, а пострадавшего размещают полулежа. Чтобы он не сползал, его привязывают к сиденью ремнями фиксации сидячих раненых.

Погрузка и размещение раненых в АС-66

Для перевозки раненых на автомобиле санитарном АС-66 на носилках поднимают боковые сиденья и закрепляют их запорами к стенам. Решетки, защищающие окна, опускают, замки пристеночных кронштейнов открывают, среднюю складную скамейку убирают под потолок и фиксируют чекой. Средние опорные стойки вынимают из гнезд пола, поднимают к потолочным связям опорных стоек и закрепляют ремнями.

Размещение раненых и больных в автомобиле АС-66 возможно по четырем вариантам. Для их погрузки требуется 3–5 санитаров. Если работают 3 человека, то двое подносят носилки с раненым и переходят в кузов для их установки в места крепления, а третий остается на грунте. При погрузке впятером два санитаров размещаются вне кузова (подготавливают все погрузочные устройства, подносят и перемещают носилочных раненых в салон автомобиля, помогают пострадавшим при посадке), а трое работают в кузове. Правила погрузки такие же, как и в УАЗ-452А.

Носилки вначале устанавливаются на верхний, затем на средний и нижний ярусы с правой и левой сторон. После этого опускаются опорные стойки и на них размещают средний ряд носилок. Ручки носилок фиксируют замками кронштейнов и подвесными ремнями.

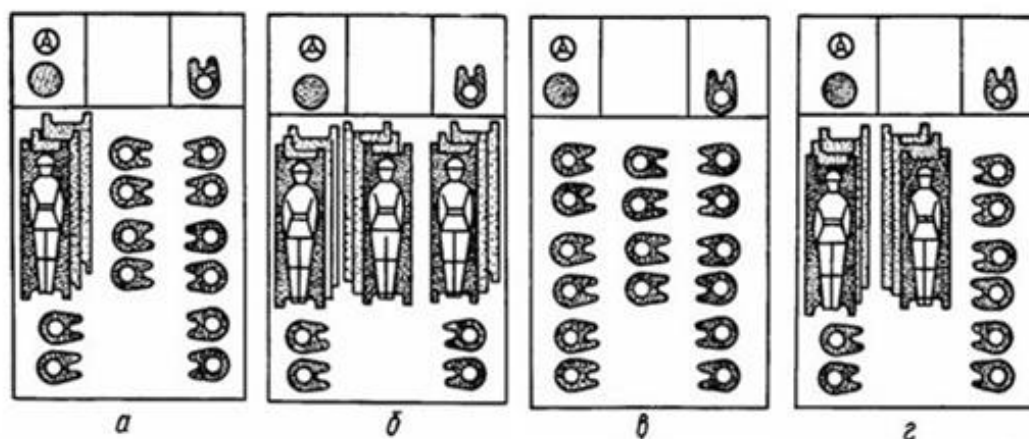


Рис. 24. Варианты размещения раненых на автомобиле санитарном АС-66:

а – 1-й вариант: лежа – 3, сидя – 12, в кабине – 1; б – 2-й вариант: лежа – 9, сидя – 4, в кабине – 1; в – 3-й вариант: сидя – 16, в кабине – 1; г – 4-й вариант: лежа – 6, сидя – 8, в кабине – 1.

Погрузка и размещение раненых в грузовых автомобилях

Расположение пострадавших в грузовых автомобилях зависит от марки машины, степени ее оборудования, наличия носилок, подручных средств и т. д. Лучше, если пострадавших эвакуируют с помощью универсальных приспособлений для грузовых автомобилей «УСП-Г».

Для того чтобы установить «УСП-Г», бортовые сиденья автомобиля поднимаются и закрепляются. Затем концы двух балок приспособления вытягиваются на нужную длину, накладываются на боковые борта и закрепляются с таким расчетом, чтобы расстояние между балками соответствовало длине носилок, а промежуток между передней балкой и кабиной автомобиля не затруднял движение санитаров. Погрузка осуществляется пятью санитарями. Трое из них работают на грунте, двое – в кузове машины. «Внутренние» санитары становятся с наружных сторон балок, лицом друг к другу, и по мере поднятия раненых на днище платформы укладывают носилки поверх балок. Первые носилки закрепляются (с помощью кронштейнов) у левого, вторые – у правого бортов, третьи (четвертые) – посередине. В такой же последовательности происходит установка второго ряда носилок на подвесных устройствах. В случае комбинированного размещения носилочные раненые сосредотачиваются в передней части автомобиля, сидячие – ближе к ее заднему борту.

Погрузка и размещение раненых на вертолеты

Погрузка раненых на вертолет (Ка-60, Ми-26, Ми-24Д, Ми-8 МТВ-5) проводится тремя санитарями, из которых два подносят носилки к грузовому люку, а третий, находясь в кабине машины, помогает в их установке в кабине. Сидячие раненые размещаются в вертолете при помощи двух санитаров, один из которых способствует эвакуируемому подняться по трапу и войти в кабину, другой усаживает перевозимых на место согласно плану посадки.

Подъем раненого с земли в режиме зависания вертолета производится на обычных носилках (с фиксацией их носилочными ремнями или с помощью других приспособлений (гамак, кресло и т. д.). Для этого штурман опускает трос, а находящийся на земле санитар прикрепляет к нему подвесную систему. По сигналу снизу включается лебедка троса и раненый осторожно подтягивается к проему двери вертолета.



Рис. 25. Положение раненого, привязанного к носилкам лямкой Ш-4

В случае если в машине находится медицинский работник, он опускается к пострадавшему на веревочной лестнице и организует его подъем в вертолет.

Подвешивание носилок с прикрепленным к ним раненым производится при помощи двух лямок Ш-4 или специальной подвесной системы. Длина подвесных петель, образованных лямками Ш-4, регулируется с помощью имеющихся на лямках пряжек. Прежде чем начать подъем, необходимо добиться такого положения, чтобы носилки с раненым находились в горизонтальном висячем положении, что достигается регулировкой длины подвесных петель.

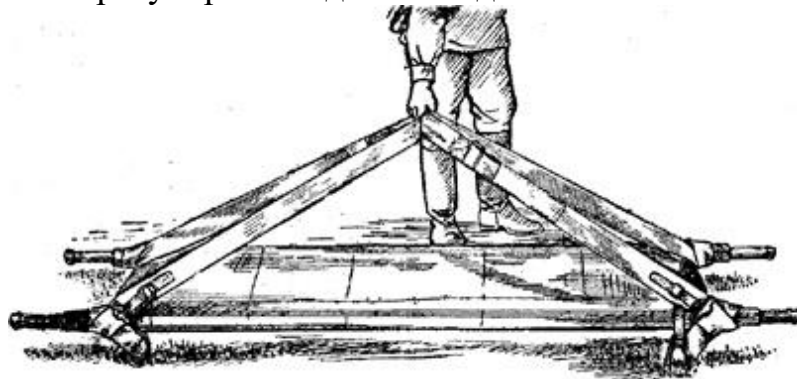


Рис. 26. Закрепление двух лямок Ш-4 на рукоятках носилок и в ножках с помощью карабинов и колец

На вертолет при помощи лебедки можно поднять и легкораненого; для этого на него заранее на земле надевается лямка Ш-4 или специальная подвесная система.

III. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Силы и средства медицинской службы для эвакуации пострадавших, их возможности?

IV. ЗАДАНИЕ НА САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ

Изучить материал по конспекту в Учебном пособии:

1. Организация и тактика медицинской службы. СПб. 2005г., стр. 259-272.
2. Руководство по медицинскому обеспечению Вооруженных Сил Российской Федерации на мирное время. М., 2002. Приказ Начальника Тыла Вооруженных Сил Российской Федерации-заместителя Министра обороны Российской Федерации № 1-2001.,
3. Справочник. Оказание первой медицинской, первой реанимационной помощи на месте происшествия и в очагах чрезвычайных ситуаций. СПб, 2005., стр. 204-220.
4. Учебник санитаря инструктора. Воениздат, М. 2002г.

Разработал ст. преподаватель

подполковник

Д. Груздев

____. ____ . 20__ года.

Рецензировал начальник 2-го отдела

полковник

В. Козырев

____. ____ . 20__ года.

IV. ЗАМЕЧАНИЯ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО СОДЕРЖАНИЮ ЗАНТИЯ
