

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»

Занятие № 3.

«Порядок и правила оказания медицинской помощи на поле боя»

Методическая разработка обсуждена
на заседании предметно - методической
комиссии 2 отдела
Протокол № _____
от ____ . ____ . 20__ года.

УЧЕБНЫЕ ЦЕЛИ:

ЗНАТЬ способы извлечения раненых из труднодоступных мест, их выноса (вывоза) с поля боя;

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 розыска, сбора в зависимости от характера обстановки и местности, днем и ночью. Укрытие и маскировка раненых на поле боя
2. Извлечения раненых из боевых машин, оборонительных сооружений и труднодоступных мест.
3. Приемы и способы переноски с помощью подручных материалов.

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. Учебник санитарного инструктора. Воениздат, М. 2002г.
2. Справочник. Оказание первой медицинской, первой реанимационной помощи на месте происшествия и в очагах чрезвычайных ситуаций. СПб. 2005г.

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 обучающихся;
- проверить наличие литературы, наглядных пособий, тетрадей, канцелярских принадлежностей;
- уточнить, кто из обучающихся и по какой причине не готов к занятию;
- 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, преподаватель может провести 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

В основной части лекции преподаватель излагает содержание учебных вопросов с соблюдением дидактических принципов обучения и применением наиболее целесообразных методических приемов.

Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводными к последующему вопросу лекции. Выводы должны излагаться четко, ясно.

В заключении преподаватель кратко подводит итог лекции, делает общие выводы, вытекающие из содержания основной части лекции. Дает задание на самоподготовку и рекомендации по самостоятельной работе для углубления, расширения и практического применения знаний по данной теме.

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 розыска, сбора в зависимости от характера обстановки и местности, днем и ночью. Укрытие и маскировка раненых на поле боя.

Под розыском раненых (пораженных) понимается совокупность проводимых командованием и медицинской службой мероприятий, заключающихся в обследовании района боевых действий (очага массовых санитарных потерь) в целях обнаружения оставшихся не вывезенными (не вынесенными) раненых (пораженных).

Розыск с помощью механизированных средств, сбора, когда для обнаружения раненых используются транспортеры санитарные (ГТМУ, ГТСМ, МТЛБ), БММ, боевые бронетранспортеры, вертолеты различного предназначения, аэросани, а в отдельных случаях и боевые машины пехоты.

Розыск раненых осуществляется следующим образом: в наступательном бою водитель-механик-санитар самостоятельно или совместно с санитаром (санитарным инструктором), передвигаясь зигзагообразно за выдвигающимися подразделениями, внимательно осматривает территорию в назначенной полосе, разыскивает раненых, оказывает им при необходимости первую помощь и доставляет на маршрут передвижения отделения оказания медицинской помощи медицинского пункта батальона. Для лучшего просматривания местности расстояния между витками зигзагообразного пути не должны превышать 300–350 м.

В ходе наступления особое внимание обращается на места, где вероятнее всего могут находиться пострадавшие (рубежи развертывания, спешивания и высадки раненых, районы дозаправки боевых машин, поврежденная техника и местность вокруг нее и т. д.).

В оборонительном бою более тщательно обследуются фортификационные сооружения (окопы, ходы сообщения, перекрытия, различного рода убежища), завалы, районы пожарищ и т. д.

Если санитарный транспорт (БММ, МТЛБ, ГТМУ, ГТСМ) по каким-либо причинам (интенсивный огонь противника, изрытая разрывами бомб и снарядов местность, наличие непреодолимых инженерных сооружений и др.) не может приблизиться к раненому или месту его вероятного нахождения, машину останавливают у преграды. Санитар, сопровождающий санитарный транспорт, осматривает «подозрительный» район, подносит раненого (в случае его обнаружения) к месту стоянки машины. После погрузки механик-водитель-санитар везет пострадавшего на ось перемещения отделения оказания медицинской помощи медицинского пункта батальона, а санитар до его возвращения продолжает розыск.

Бронетранспортеры и боевые машины пехоты применяются для розыска по решению командира, когда местность непроходима для санитарного транспорта, отсутствуют другие средства и имеются к тому реальные возможности. Розыск раненых, находящихся в боевых машинах, потерявших боеспособность или ведущих боевые действия, но не способных передвигаться, необходимо осуществлять в тесном взаимодействии с пунктом технического наблюдения роты (бата-

льона) и ремонтно-эвакуационной группы батальона.

В труднодоступных для автомобильного транспорта районах (в горах, пустынях, лесисто-болотистой местности, зимой при глубоком снежном покрове и т. д.) розыск лучше проводить на вертолетах. При этом местность просматривается последовательно, участок за участком. Наиболее благоприятные условия видимости создаются на высоте полета, не превышающей 400–500 м. Особое внимание при этом обращается на ущелья, перевалы, районы лесных пожаров, просеки, межбарханные пространства и т. п.

Розыск раненых методом наблюдения

Розыск раненых методом наблюдения применяется в случае ведения наступательного боя в пешем строю на хорошо просматриваемой местности и в условиях, когда использовать автосанитарные средства сбора не представляется возможным (интенсивное огневое воздействие противника, в степях, пустынях, на сильно заснеженной местности, во время распутицы и т. д.).

При работе этим методом санитар-стрелок (санитарный инструктор), находясь в боевых порядках (или непосредственно за ними), ведет наблюдение за наступающими и запоминает места их падения. Кроме того, он наблюдает за районами разрывов снарядов в боевых порядках, поврежденными боевыми машинами и за сигналами вызова к раненому. В случае появления признаков, говорящих о вероятности ранения солдата или офицера (неестественное падение в ходе перебежки, длительное нахождение без движения на одном месте и др.), санитар-стрелок (санитарный инструктор) приближается к пострадавшему, оказывает ему помощь, оттаскивает в укрытие и обозначает установленным знаком.

В обороне метод наблюдения дополняется обследованием инженерных сооружений, завалов, поврежденной техники и других мест, где могут находиться раненые.

Если боевые действия ведутся на резко пересеченной местности, в населенных пунктах, укрепленных районах, а также в очагах массовых поражений (т. е. в местах, где поле боя плохо или совсем не просматривается), а санитарный транспорт применять нельзя, розыск следует проводить поисковыми группами. Они создаются за счет солдат, выделенных командованием; желательно, чтобы каждая группа (4–5 человек) возглавлялась санитаром или санитарным инструктором. Группа работает в полном составе или звеньями (по 2–3 человека). Она осматривает местность, обследует различные сооружения и извлекает пострадавших из труднодоступных мест. Личный состав группы оснащается всем необходимым для обеспечения эффективного розыска в горах. Сюда входят простейшее альпинистское снаряжение, средства освещения и другое имущество.

В случае форсирования войсками водных преград розыск раненых проводят санитарные патрули. Их число во многом зависит от ширины участка форсирования. Каждому патрулю назначается сектор наблюдения. В него входят прибрежная часть и водная поверхность. Обнаружив раненого в воде или на суше, патруль доставляет его к месту сосредоточения. Для извлечения пострадавшего из воды патруль должен быть обеспечен соответствующими плав. средствами (транспортер санитарный, лодка, подручные плав. средства).

В лесу, кустарнике, ночью, в туман, пургу, при отсутствии на местности инженерных сооружений, прицельного огня противника и при малой активности

авиации розыск раненых осуществляется способом санитарных грабель. В этом случае выделенные командиром солдаты или присланные старшим начальником медицинской службы санитары расставляются на таком расстоянии друг от друга, чтобы обеспечивались зрительная связь между ними и надежный осмотр местности. Цепь продвигается вперед и тщательно обследует назначенную полосу. Особое внимание обращается на окопы, кустарники, воронки от снарядов и другие закрытые места, где могут быть раненые. При обнаружении пострадавшего ему оказывают помощь и выносят в укрытие, расположенное по пути движения санитарного транспорта. После обозначения укрытия разыскивающие вновь следуют вместе с цепью. При розыске раненых на сильно пересеченной местности санитары осматривают участок дважды – сначала в направлении от тыла к фронту, а затем вдоль фронта. Указанный способ требует участия большого числа санитаров и применяется в основном после окончания боя.

Розыск раненых в условиях плохой видимости (ночью, в горах, в лесу, среди болот) может производиться с помощью специально подготовленных собак. Продвигаясь зигзагообразно на участке 200 м в глубину и 200 м по фронту, они находят раненого и оповещают об этом вожатого (принеся в пасти брингзель, прикрепленный в обычном состоянии к ошейнику). Санитарная собака снабжается выюком с предметами первой помощи. Не исключено применение розыскных собак и на поводке.

Ночью розыск производится всеми вышеперечисленными методами с помощью приборов ночного видения (индивидуальных или установленных на санитарном транспорте), портативных (карманных, аккумуляторных) фонарей или без них. Более эффективным розыск становится в моменты боя, когда войсками применяются прожекторы, осветительные ракеты, а также на местности, освещенной заревом пожара. Лучше, если район, где предполагаются ночные боевые действия, изучается днем. В этом случае заранее намечаются подходы к установленным ориентирам, места предполагаемых укрытий, пути выноса (вывоза) и т. п.

В очагах массового поражения розыск осуществляется специально создаваемыми отрядами и личным составом подразделений, подвергшихся нападению. Для облегчения и большей эффективности в работе очаг разбивается на секторы (участки), которые обозначаются ориентирами, видимыми на местности. Розыск проводится, как правило, по направлению от эпицентра к периферии или со стороны очага, которому противник угрожает захватом. При розыске необходимо обращать особое внимание на завалы, пожарища, разрушенные сооружения.

После обнаружения пораженных и оказания первой помощи их выносят или вывозят на установленные места или рубежи.

Укрытие и маскировка раненых на поле боя

Сосредоточенных в укрытиях или отдельно расположенных раненых надо хорошо обозначить. Это сокращает сроки их повторного розыска и, следовательно, уменьшает риск ухудшения состояния пострадавших.

Желательно, чтобы укрытия не только защищали раненых от повторных поражений (от огня противника, попадания под гусеницы и колеса боевой техники), но и по возможности снижали воздействие таких неблагоприятных факторов, как холод и жара. Поэтому, прежде чем обозначить место нахождения ране-

ного (раненых), следует принять все возможные меры по предупреждению нежелательных осложнений.

Зимой его лучше укрыть накидкой медицинской (плащ-палаткой) и завязать шапку-ушанку. Если позволяет время, можно углубить снежный покров и разместить в этом ложе пострадавшего. Летом необходимо принять меры по предупреждению теплового удара или перегревания (оттащить раненого в окоп, ход сообщения и накрыть его сверху травой, верблюжьей колючкой, плащ-палаткой и т. д.). Во избежание ожогов от раскаленного песка можно лопаткой снять его верхний слой и положить раненого в создавшуюся котловину.

Для обозначения мест сосредоточения и отдельных раненых используются различные средства. Широкое распространение для обозначения раненых получили такие средства, как ракеты цветного дыма, светящиеся указки и ткани, свистки и предметы оснащения военнослужащего.

В Великую Отечественную войну применялись также куски бинта, нарукавные знаки красного креста, флажки, надписи на стенах и т. д.

Знак, которым обозначено место нахождения раненого, должен выделяться на фоне местности, быть хорошо заметным при движении из тыла и в то же время не должен быть виден со стороны противника.

2. Извлечения раненых из боевых машин, оборонительных сооружений и труднодоступных мест.

Извлечение раненых из боевых машин.

Чтобы оказать первую помощь раненому, находящемуся в бронеемкости (танк, боевая машина пехоты, бронетранспортер), его надо оттуда извлечь.

Малые размеры боевых отделений, необходимость изменения положения приборов и механизмов, сложность приближения к раненым резко затрудняют осуществление медицинской помощи внутри машины. Поэтому здесь она оказывается экипажем или медицинскими работниками только в случаях, не терпящих отлагательств (угрожающая жизни кровопотеря, асфиксия, воспламенение одежды).

Способы извлечения раненых зависят от конструктивных особенностей техники, степени ее повреждения, условий боевой обстановки и состояния пострадавшего.

Для посадки членов экипажа и десанта, его выхода, а также для извлечения раненых в боевых машинах имеются соответствующие люки и двери.

В танке таких люков четыре. Люки командира танка и наводчика находятся в крыше башни (первый – справа, второй – слева) и могут открываться как изнутри, так и снаружи; люк механика-водителя расположен в средней части крыши корпуса машины (перед башней); люк запасного выхода – за сиденьем механика-водителя в днище корпуса. Оба они открываются только изнутри.

Боевая машина пехоты имеет три люка для экипажа (командира, механика-водителя и наводчика-оператора), четыре десантных люка и кормовые двери. Люк механика-водителя, как и в танке, расположен в передней части корпуса (перед башней), люк командира размещен позади него, люк оператора-наводчика – в башне. К наводчику-оператору можно приблизиться также через правое де-

сантное отделение. Люки десантного отделения смонтированы позади башни, на крыше задней части машины. Двумя кормовыми дверями заканчивается задняя часть БМП. Люк механика-водителя БМП открывается только изнутри машины, остальные люки и кормовые двери – как изнутри, так и снаружи.

Бронетранспортер БТР-60пб оснащен двумя посадочными люками, расположенными на крыше корпуса перед башней, и люками запасного выхода (по одному с каждой стороны) – на верхних накладных листах бортов корпуса.

Бронетранспортер БТР-80 обеспечен люками командира и механика-водителя (перед башенной установкой параллельно друг другу), а также боковыми люками. Первые два открываются снаружи.

Для того чтобы проникнуть в боевую машину или помочь извлечь раненого из нее, оказывающий помощь должен подать экипажу заранее установленный сигнал. Таким сигналом может быть постукивание железным предметом (например, малой саперной лопатой) по корпусу машины либо команда, передающаяся по средствам связи. Установив взаимодействие, оказывающий помощь при помощи экипажа (десанта) открывает (специальным ключом) намеченный люк машины и проникает внутрь ее.

Чтобы легче было это сделать, надо снять с себя медицинскую сумку и опустить ее в люк, если позволяет обстановка, можно таким же образом поступить и с противогазом. Удобнее залезать в машину и работать в ней без верхней одежды. После проникновения в машину включают внутренний свет и приступают к извлечению пострадавшего.

Из верхних люков оно может проводиться вручную или с помощью лямки специальной (Ш-4).

В зависимости от обстановки, положения раненого, а также от характера и места ранения лямку можно накладывать на раненого несколькими способами.

Первый способ – накладывание лямки со стороны головы раненого, который сидит или лежит.

Развернув лямку, пропускают оба конца ее под руки раненого в направлении от спины к груди и перекрещивают их у основания грудной клетки. Затем конец лямки, идущий из-под правой руки, протягивают до наружной стороны верхней трети левого бедра, а конец лямки, идущий из-под левой руки в противоположную сторону, к правому бедру. После этого, подведя карабины сначала под правое, а затем под левое бедро, подтягивают концы лямки между ног настолько, чтобы можно было свободно застегнуть карабины за кольца (рис. 15.). Перед застегиванием необходимо тщательно расправить лямку, не допуская ее перекручивания.

Прежде чем начать извлекать раненого из танка, надо придать лямке наиболее удобное положение, для чего подвести сначала одну петлю (лежащую вокруг бедра), а затем другую как можно ближе к ягодице, в область седалищных бугров, чтобы во время извлечения не произошло подтягивания коленей к груди. После этого путем внимательного осмотра, а если возможно, то и опроса раненого проверить правильность наложения лямки, для чего осторожно потянуть ее за свободный конец, находящийся за спиной у раненого.

Убедившись в правильности наложения лямки, извлекают раненого из танка, не допуская при этом ударов о края люка.

На подготовку и накладывание лямки затрачивается от 50 до 70 секунд.

При извлечении танкиста, раненного в бедро, таз или нижний отдел позвоночника, в дополнение к ляжке, наложенной таким способом, для уменьшения давления на раненую часть тела необходимо использовать поясной ремень.

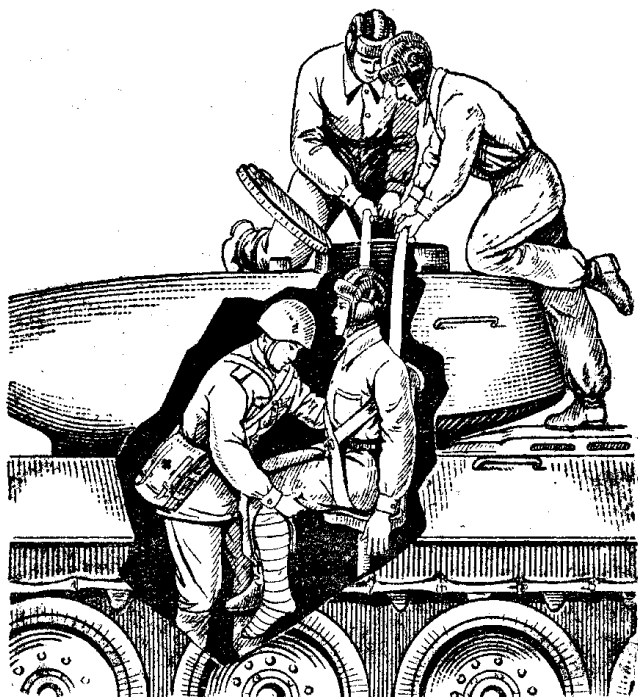


Рис. 16. Извлечение раненого через люк



Рис. 15. Правильно наложенная ляжка Ш-4

Его надевают на грудь раненого пряжкой вперед; свободный конец лямки, находящийся за спиной раненого, пропускают один раз под ремень в направлении снизу-вверх (рис. 17.).

При извлечении раненого из танка нельзя допускать резких рывков. Извлеченного раненого снимают с кормы танка и переносят в безопасное место на руках или на санитарных носилках.

Второй способ – наложение лямки со стороны ног раненого.

Санитар, располагаясь около раненого со стороны ног, разворачивает ляжку и кладет ее так, чтобы один ее конец (с карабином) оказался около наружной стороны левого бедра, а второй – около наружной стороны правого бедра. Затем карабин с ляжкой поочередно подводят под правое и левое бедро так же, как и при первом способе.

Застегнув оба карабина за кольца и взяв каждую руку по концу ляжки, перекрещивают их на животе или у основания грудной клетки так, чтобы ляжка от правого бедра шла к левой подмышечной области, а от левого бедра – к правой подмышечной области. Перед извлечением раненого свободный конец ляжки необходимо разместить за его спиной.

При этом способе тоже может быть дополнительно использован поясной ремень, который накладывается вокруг груди, раненого.

Третий способ – наложение ляжки кольцом вокруг груди раненого. Взяв в каждую руку по карабину, застегивают один из них за пряжку другого, затем приподнимают руки раненого и надевают на него ляжку так, чтобы карабины

оказались со стороны спины. Сделав перекрест на груди раненого, переносят остальную часть лямки (большая петля) за его спину, приподнимая поочередно руки раненого так, чтобы лямка оказалась у него подмышками. Затем, зайдя за спину раненого и взявшись обеими руками за свободную петлю лямки, подтягивают ее вверх, чтобы убедиться в правильности наложения лямки. После этого приступают к извлечению раненого из танка. Лямка накладывается этим способом 30–40 секунд.

Наложить тем или иным способом лямку на механика-водителя БМП можно и не залезая в люк. В этом случае санитар ложится на трансмиссию, свешивается в люк и надевает лямку на пострадавшего.

После наложения лямки приступают к извлечению раненого. Командира машины, механика-водителя и наводчика (оператора-наводчика) обычно вытаскивают из предназначенных для них люков.

При необходимости (заклинило один из люков) механика-водителя танка можно вытащить через люк командира, командира – через люк наводчика, а наводчика – через люк командира. Но для этого требуется соответствующая подготовка. Откидывается спинка сиденья механика-водителя, снимаются стеллаж с запасными приборами наблюдения командира, гильзоулавливатель, коробки для боеприпасов и все это укладывается в отделение управления. Затем откидывается ограждение сиденья командира, а щиток пушки у наводчика сдвигается вперед до упора. Следует также помнить, что при извлечении механика-водителя через его люк необходимо предварительно повернуть башню на 15–45°.

При невозможности извлечь танкистов через верхние люки их эвакуируют из люка запасного (аварийного) выхода. Здесь применяется ручной способ, когда один из танкистов опускает раненого на расстеленную на земле плащ-палатку. По мере извлечения санитар подтягивает плащ-палатку к себе, а затем оттаскивает на ней раненого. Если пространство между днищем танка и поверхностью земли не позволяет вытащить пострадавшего, необходимо увеличить это пространство путем снятия слоя земли или снега. Оператора-наводчика БМП при неисправности его люка можно извлечь через правое десантное отделение.

При отсутствии лямок специальных раненых из верхних люков можно извлекать с помощью лямок санитарных, поясных ремней и вручную.

Лямка санитарная накладывается восьмеркой или кольцом. В первом случае петли восьмерки попеременно надевают на ноги (поближе к ягодицам) пострадавшего. При этом раненый должен сидеть на перекресте лямки, а петли с обеих сторон накладывают на его надплечья. При другом варианте перекрест должен

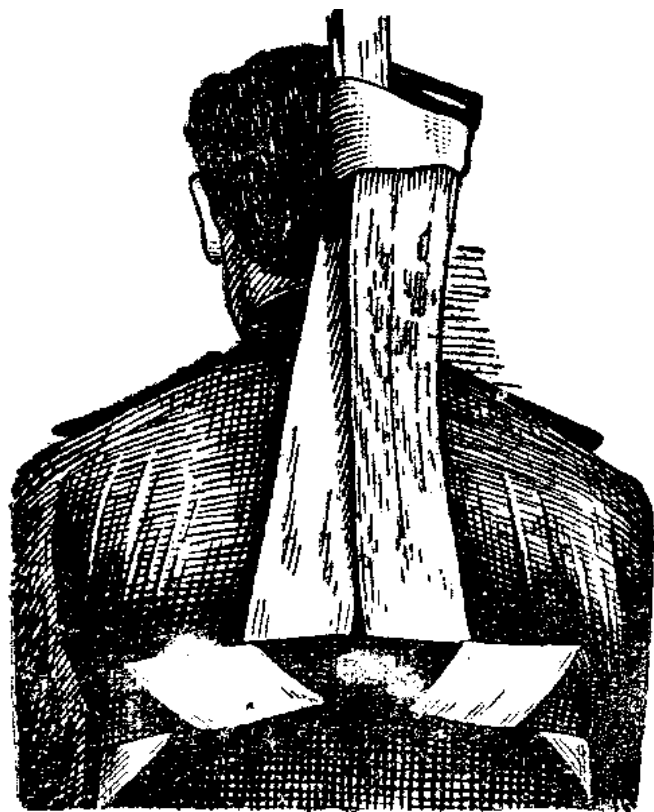


Рис. 17. Дополнительное к лямке Ш-4 использование поясного ремня

находиться за головой вытаскиваемого, который сидит на петлях ляжки. Извлекать с помощью кольца (петли) можно только в случае, когда у раненого не повреждена грудная клетка. При этом способе свободный конец ляжки просовывают в пряжку и образующуюся петлю накладывают на раненого под мышками.

Легко выполним способ извлечения с помощью двух поясных ремней: одним ремнем плотно обхватывают пострадавшего на груди под мышками, а второй (перпендикулярно первому) застегивают на спине.

При извлечении вручную поступают следующим образом. Один человек подхватывает раненого за подмышечные впадины и подтягивает его наружу, а второй (находящийся внутри машины), поддерживая пострадавшего за бедра и голени, направляет его к отверстию (при ранениях плеча и грудной клетки раненого надо приподнимать за одежду, поясной ремень или ворот комбинезона).

Наиболее легко извлекать пострадавших из кормовых дверей БМП, боковых люков БТР-80(БТР-82).

Извлечение раненых из оборонительных сооружений и труднодоступных мест.

Во время боев за населенные пункты, в горах и при других обстоятельствах раненые могут оказаться в разрушенных зданиях, на чердаках, балконах, под обвалившимися потолочными перекрытиями, в подвалах, смотровых колодцах, на труднодоступных участках гор, в засыпанных полевых фортификационных сооружениях и т. д. В этих случаях применяются различные методы извлечения.



Рис. 18. Извлечение раненого из труднодоступного места



Рис. 19. Спуск раненого с верхнего этажа здания

Из неглубоких мест раненых вытаскивают вручную или с помощью лямок (подручных средств). Лямка специальная накладывается так же, как и при извлечении из боевой техники. Лямка санитарная в зависимости от области ранения используется восьмеркой или в виде кольца. При расположении пострадавшего

на значительной глубине лямки (веревки) наращиваются (рис. 18.). С помощью указанных средств пострадавшие спускаются с верхних этажей разрушенных зданий, в горах, кроме того, применяются отдельные предметы альпинистского снаряжения (носилки специальной конструкции, крючья, веревки и т. д.), вертолетный транспорт. Опуская раненых с верхних этажей разрушенных зданий или с гор, необходимо принимать меры для предупреждения травм головы, плеч, позвоночника от возможного падения сверху тяжелых предметов (кирпичи, части разрушенных конструкций, осколки скал и т. д.). С этой целью следует использовать несложное устройство в виде «зонты» из веток, привязанных к веревке над головой раненого, или надевать ему на голову каску, шлем, шапку-ушанку и т. п. (рис. 19.).

3. Приемы и способы переноски с помощью подручных материалов.

Приемы и способы переноски с помощью подручных материалов

Вынос (вывоз) раненых – это начальное, наиболее трудное и ответственное звено эвакуации пострадавших от места поражения до поста санитарного транспорта (района сосредоточения), а нередко и до ближайшего этапа медицинской эвакуации.

Вынос должен осуществляться непрерывно, в любую погоду, независимо от времени суток. В первую очередь выносятся раненые с артериальным кровотечением, выраженным удушьем, проникающим ранением живота, с выпадением внутренностей, открытым переломом бедра, обширным размождением конечности, выраженной картиной шока, общим тяжелым состоянием, находящиеся без сознания. Быстрому выносу подлежат также раненые и больные с зараженной радиоактивными и отравляющими веществами местности, особенно если на них не надеты средства защиты или область ранения (ожога) не закрыта повязкой.

Способы выноса в основном зависят от условий боевой обстановки, характера и локализации повреждения. В каждом конкретном случае санитарный инструктор (санитар) должен решить, какой из них является наименее травматичным для раненого и удобным для выноса.

Способы выноса раненого одним санитаром (санитаром-носильщиком) без вспомогательных средств

Санитар может выносить раненого на руках, на плече и на спине.

Наиболее бережным является вынос на руках. Этот способ применим при большинстве ранений (кроме ранения в живот), но он очень трудоемкий и пригоден лишь при небольших расстояниях.

На спине переносят в случаях, когда не повреждены верхние конечности и пострадавший не потерял сознания.

Вынос на плече противопоказан при ранениях головы и живота.

Все три способа непригодны при переломе бедра, костей таза и позвоночника.

Для того чтобы удобнее взять раненого на спину, желательно предварительно посадить его на какое-нибудь возвышение (бугорок, пень, камень и т. д.). После этого надо стать к пострадавшему спиной, опуститься на одно колено, завести свои руки назад, взять раненого под бедра и вместе с ним встать. В это же время выносимый обхватывает санитара за плечи или удерживается за его пояс.



Рис. 20 Переноска раненого одним санитаром-носильщиком на спине.



Рис. 21 Переноска раненого одним санитаром-носильщиком на руках.

Вынос на плече начинается аналогичным способом, только санитар становится к пострадавшему не спиной, а лицом. Опускаясь на одно колено, он подсовывает свою голову под руку раненого и наваливает его животом на свое плечо с таким расчетом, чтобы голова пострадавшего находилась за спиной санитара, а ноги – на его груди. Для более надежной фиксации санитар одной рукой обхватывает ноги раненого и берет его за запястье одноименной руки, а другой рукой поддерживает пострадавшего за локоть.

При выносе на руках санитар становится сбоку лежащего раненого на одно колено, подсовывает свои руки под его спину и ягодицы и встает вместе с пострадавшим.

Способы выноса раненого двумя санитарами (санитарами - носильщиками) без вспомогательных средств.

Вынос раненого двумя санитарами (санитарами-носильщиками) без вспомогательных средств может осуществляться тремя способами: на «замке», между собой и на руках.

При выносе первым способом используется «замок» из четырех или трех рук. На «замок» раненого размещают следующим образом. Два санитара становятся на разноименные колени (лицом друг к другу) у ног пострадавшего, уса-

живают его на плотно сомкнутые колени, подводят «замок» под ягодицы, встают и начинают движение. «Замок» из четырех рук применяется, если раненый может держаться своими руками за шею носильщиков, в противном случае надо использовать «замок» из трех рук. Если пострадавший, кроме того, и без сознания, его лучше располагать на двух руках, а двумя другими поддерживать за плечи.



Рис. 22 Вынос раненого на «замке» из рук

При втором способе (между собой) один из санитаров становится у изголовья раненого, другой – между его ног и спиной к нему. По команде «Берись» первый подсовывает обе руки под мышки пострадавшего, второй – под коленные суставы. По команде «Поднимай» оба санитары встают и начинают движение. В ходе переноски нельзя допускать сдавливания грудной клетки руками. Способ непригоден при переломах конечностей, ранениях верхней части груд-

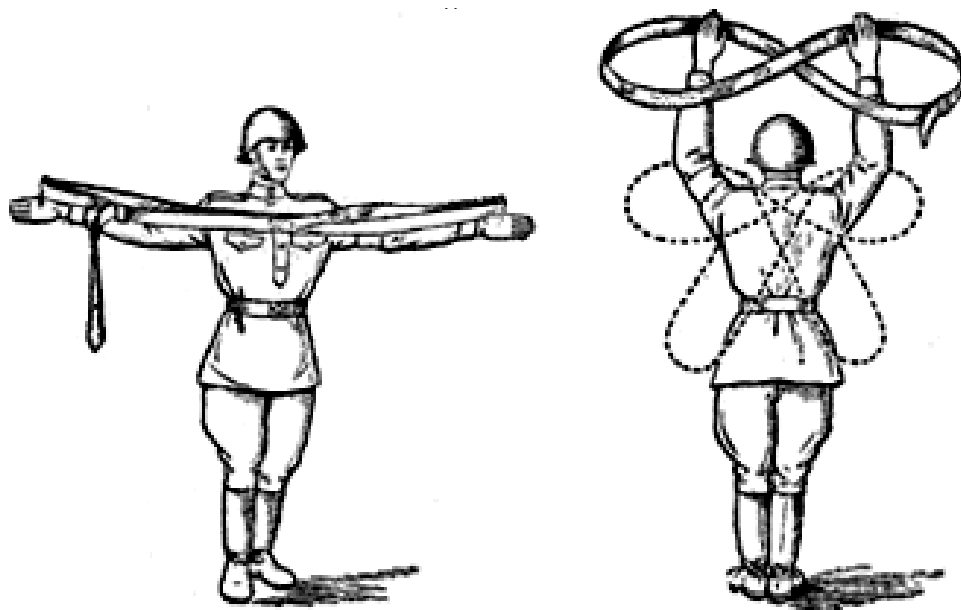


Рис. 23 Правильно подогнанная лямка, сложенная восьмеркой; надевание лямки, сложенной восьмеркой, первым способом.

Третий способ (на руках) как наиболее трудоемкий используется при выносе на короткие расстояния. Санитары становятся сбоку от раненого (с его здоровой стороны), опускаются на одно колено, подводят руки (один под спину и поясницу, второй – ягодицы и колени) под пострадавшего, встают и несут перед собой.

Способы выноса раненого одним санитаром (санитаром-носильщиком) с использованием лямки

В зависимости от характера работы лямку можно складывать восьмеркой, кольцом или петлей.

Для того чтобы сложить лямку восьмеркой, ее надо развернуть и, пропустив свободный конец под брезентовую накладку, закрепить его в металлической пряжке. Образующаяся фигура двух соединенных между собой колец (петель) напоминает цифру 8.

Перед использованием ляжкой ее надо подогнать по своему росту. Размер петель правильно подогнанной ляжки должен равняться размаху вытянутых на уровне плеч рук. Подогнанная таким образом ляжка предназначена для работы в летнем обмундировании.

Зимой длину сложенной ляжки надо несколько увеличить. Лямку, сложенную восьмеркой, можно надевать на себя двумя способами.

Первый способ. Сначала надевают поясной ремень и поправляют все носимые на нем предметы, а затем носи-



Рис. 24 Положение ляжки, сложенной восьмеркой, при надетом снаряжении

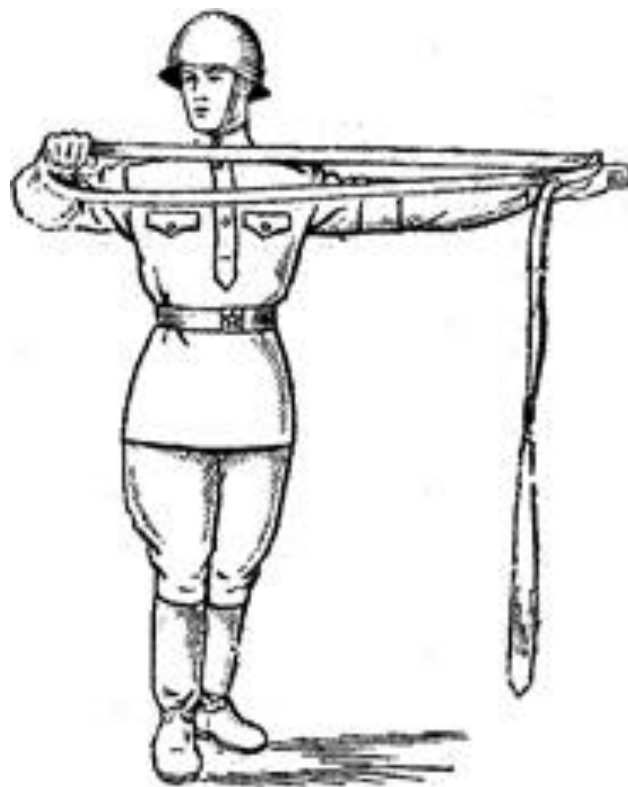


Рис. 25 Правильно подогнанная ляжка, сложенная кольцом

лочную лямку. Для этого ее берут, в руки, вытянутые над головой, и опускают на плечи так, чтобы перекрест ляжки лег между лопатками в верхней части спины. После того как ляжка надета и рас-

правлена, надевают сумку санитара (санитарного инструктора); длина ее ремня заранее подгоняется по своему росту.

Неправильно подогнанная или неправильно надетая лямка значительно затрудняет пользование ею. Так, если перекрест лямки расположен слишком высоко, лямка будет сдавливать шею, а при низком его расположении будет соскальзывать с плеч.

Снимают снаряжение в обратном порядке. При необходимости лямку можно снять, не снимая остального снаряжения. Для этого одну руку нужно просунуть в петлю так, чтобы петля оказалась снаружи, после чего другой рукой выдернуть лямку из-под снаряжения.

Второй способ. Лямку надевают, находясь в полном снаряжении. Ее складывают восьмеркой и продевают под ремни снаряжения, после чего устанавливают перекрест лямки между лопатками, а петли расправляют по сторонам туловища. На все это требуется 50–70 секунд.

Для переноски раненого одним санитаром-носильщиком лямку складывают кольцом. Перед использованием лямкой, сложенной кольцом, ее необходимо подогнать по своему росту, так чтобы длина кольца равнялась размаху одной вытянутой руки и другой, согнутой в локте под прямым углом. Сложить лямку кольцом можно за 20–25 секунд.

Складывание лямки петель производится при оттаскивании раненого на плащ-палатке, в лодке-волокуше, на лыжно-носилочной установке и в других случаях, когда за лямку приходится тянуть. Чтобы сложить лямку петлей, надо пропустить конец ее через пряжку - пятистенку и образовать небольшую петлю (соразмерно своему росту). При оттаскивании раненого санитар-носильщик надевает петлю себе через плечо, а оставшийся длинный свободный конец привязывает к лодке-волокуше или лыжно-носилочной установке. К плащ-палатке лямку для прочности привязывают корабельным узлом.

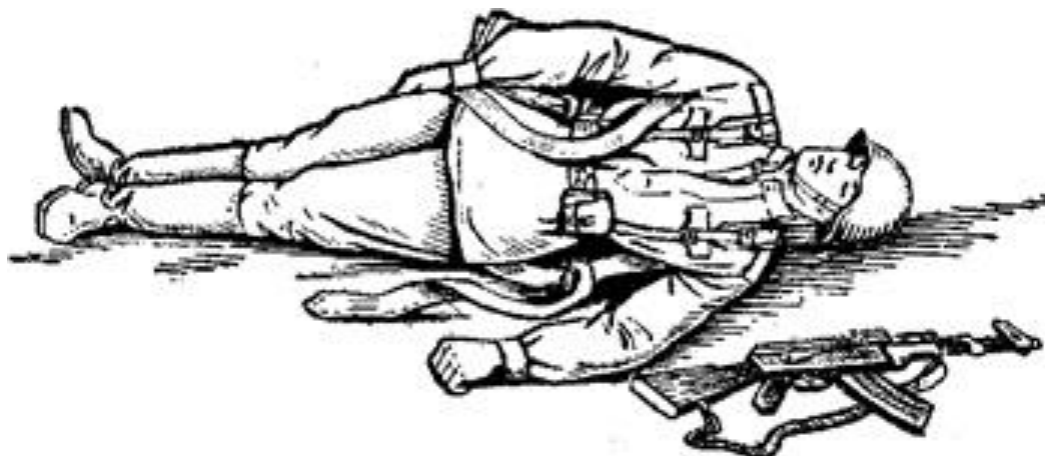


Рис. 26 Раненый, подготовленный к переноске с помощью лямки, сложенной кольцом

Для переноски раненого санитар может использовать лямку санитарную, сложенную в виде «кольца» или «восьмерки». Лямка, сложенная «кольцом», применяется в случае, если пострадавший не может держаться за носильщика руками или, когда санитару надо иметь свободными руки (например, в горах). «Кольцо» подсовывается под лежащего на здоровом боку раненого с таким рас-

четом, чтобы им были охвачены: вверху надлопаточная область, внизу – ягодичы. Оставшиеся части «кольца» выводят через подмышки на грудь и переднюю поверхность бедер.

После этого санитар ложится спиной к раненому, надевает на свои надплечья оба полукольца, связывает их концом ляжки, поворачивается вместе с раненым на живот, становится на четвереньки и поднимается во весь рост.



Рис. 27 Переноска раненого с помощью ляжки, сложенной кольцом



Рис. 28 Переноска, раненого на ляжке, сложенной, восьмеркой

В случае использования ляжки в виде «восьмерки» ноги раненого просовывают в ее петли. Последние должны быть расположены так, чтобы полотнища колец подхватывали ягодичы, а перекрест ляжки находился под тазом пострадавшего или на уровне его подбородка. Санитар ложится спиной к раненому, просовывает свои руки в свободные части петель ляжки и надевает их на плечи так, как надевают вещевой мешок или рюкзак. Во втором варианте перекрест ляжки должен быть зафиксирован на груди санитара.

Способы выноса раненого двумя санитарами (санитарами-носильщиками) с помощью табельных или подручных средств

Два санитара (санитара-носильщика) могут переносить раненого на ляжке, носилках (табельных или импровизированных) и других подручных средствах.

Вынос на ляжке осуществляется двумя способами.

При первом способе ляжку, сложенную «восьмеркой», надевают таким образом, чтобы ее петли были наложены на разноименные плечи санитаров, а перекрест оказался на уровне их тазобедренных суставов. После этого они становятся у изголовья раненого (лицом друг к другу), опускаются на одно колено, приподнимают пострадавшего, усаживают его на перекрест ляжки, встают и начинают движение.



Рис. 29 Переноска раненого на лямке, сложенной восьмеркой (первый способ)

Поднять раненого с земли и уложить на носилки можно тремя способами.

Первый способ получил название «укладывание на руках». Для выполнения этого приема санитары становятся с противоположной стороны от носилок, опускаются на колени, подсовывают свои руки под раненого (один под спину и поясницу, второй под ягодицы и голени) и по командам «Поднимай», «Опускай» осторожно укладывают его на носилки.



Рис. 30 Переноска раненого на лямке, сложенной восьмеркой (второй способ).

При втором способе раненый сидит на перекресте верхом и опирается спиной на грудь заднего санитаря.

На носилках раненого выносит звено из двух или более человек. В каждом из них назначается старший. После его команды «Носилки взять» оба номера берут носилки и в свернутом состоянии доносят их до раненого. Затем по команде «Развернись» носильщики становятся друг к другу лицом, раскрывают носилки и, упираясь коленом в каждую из распорок, выпрямляют их до отказа. По команде «Носилки ставь» последние кладут вдоль раненого, головным концом к голове. Сняв с пострадавшего вещевой мешок, скатку и снаряжение, санитары размещают их на носилках так, чтобы они не мешали при переноске.

Поднять раненого с земли и уложить на носилки можно тремя способами.

Второй способ – «поднятие за одежду». Один из санитаров (обычно старший) одну руку подсовывает под шею раненого, а другой берется за его поясной ремень. Второй санитар захватывает складки брюк на обеих конечностях и края голенищ сапог. Способ непригоден при наличии у раненых переломов нижних конечностей.

Третий способ – «укладывание методом наката» применяется в случаях интенсивного огневого воздействия противника. Санитары подползают к раненому, кладут развернутые носилки вдоль его неповрежденной

стороны, переползают на противоположную сторону, подсовывают свои руки под пострадавшего так же, как и при первом способе, и, наклоня носилки, одновременно накатывают на них раненого.

Правила переноски раненых на носилках в различных условиях

Прежде чем приступить к выносу пострадавшего, ему надо придать наиболее удобное положение. При этом необходимо учитывать характер и тяжесть ранения.

Раненных в челюсть и находящихся без сознания размещают лицом вниз. Под лоб им подкладывается согнутая рука, скатка или вещевого мешок. Делается это для того, чтобы пострадавший не погиб от попадания в дыхательные пути крови или рвотных масс.

Раненных в грудь переносят в полусидячем положении. В этих целях также используются скатка шинели или вещевого мешок.

Раненого в живот кладут на спину с согнутыми в коленях ногами. Под них подкладывают валик из одежды.



Рис. 31 Поднятие раненого за одежду и укладывание его

Раненого в нижнюю конечность укладывают на здоровый бок.

При повреждениях позвоночника поверх полотнища носилок надо предварительно положить какую-нибудь жесткую основу (фанеру, доски и др.).

В случае перелома костей таза под поврежденную область также размещается твердая прокладка, а под колени – валик.

Раненных в грудную клетку с повреждениями позвоночника и таза, а также с комбинированными поражениями и обширными ожогами лучше выносить на иммобилизирующих вакуумных носилках. В окопах, ходах сообщения следует пользоваться специальными траншейными носилками.

После того как раненый уложен на носилки, подается команда «По местам». В связи с тем, что пострадавших в большинстве случаев переносят ногами вперед, один из санитаров становится к головному концу носилок, лицом к раненому, а другой – к ножному, спиной к нему. По команде «На лямки» они сгибаются и надевают на ручки носилок петли сложенной «восьмеркой» и надетой на плечи лямки. По сигналам «Поднимай», «Марш» носильщики выпрямляются и начинают движение, стараясь идти не в ногу.

Переноса раненого, следует всегда помнить, что его состояние может значительно ухудшиться от резких толчков в ходе выноса, чрезмерных наклонов носилок в стороны и по вертикали, сползания с них пострадавшего, воздействия на него неблагоприятных факторов климата и т. д.

Нести раненого надо бережно, плавно, стараясь сохранить горизонтальное положение носилок в любых условиях. При этом санитар, идущий сзади, должен наблюдать за состоянием выносимого и, если надо, подавать сигнал о необходимости оказания ему помощи. Особенно внимательным следует быть при действиях на труднопроходимых участках местности, при подъемах и спусках, выносе по горным тропам и узким ходам сообщения. Во время движения впереди идущий санитар должен предупреждать заднего о неровностях пути, сложных поворотах и др. Если на маршруте выноса встречаются какие-либо препятствия, их надо обойти или преодолеть с соблюдением мер предосторожности. Для переноса носилок через невысокий забор или ограду санитары опускают их на землю, встают по обе стороны, берутся за среднюю часть брусьев и, осторожно поднимая, опускают ручки переднего конца носилок на препятствие. Затем один из санитаров удерживает противоположный конец носилок, а другой, перебравшись через препятствие, принимает их. Подняв носилки, они оба проносят их над забором (оградой) и опускают ручки ножного конца на препятствие, с другой стороны. После этого перелезает второй санитар. Он берет свой конец носилок и вместе с первым санитаром продолжает движение вперед.

Так же происходит перенос раненых через рвы, окопы, канавы и т. п. препятствия, с той лишь разницей, что носилки предварительно ставят на край преграды. При подъеме в гору пострадавшего несут головой вперед (за исключением тех случаев, когда повреждены нижние конечности или выносу предшествовала большая кровопотеря). Для того чтобы раненому придать нужное положение, санитары ставят носилки на землю и поворачиваются на 180°. Затем они снова берут их и по команде «Налево» (направо) кругом» носильщик, оказавшийся спиной к голове раненого, заходит влево (вправо) кругом, а второй поворачивается на месте в ту же сторону. Выйдя на нужное направление, они начинают движение.

Подъем в гору удобнее проводить усиленным звеном (3–4 человека). При этом идущий впереди санитар пользуется лямкой носилочной и держит носилки за их ручки; задние санитары несут носилки на плечах, обеспечивая раненому горизонтальное положение.

При спуске поступают наоборот. Двое идущих впереди укладывают ручки носилок на плечи, а третий сзади поддерживает их руками и лямкой.

Санитары-носильщики должны уметь повернуться кругом - не ставя носилки на землю (например, на зараженной местности). Санитар-носильщик, идущий впереди, выставляет несколько вперед полусогнутую в колене ногу, развертывая

ее коленом наружу. Положив затем носилки себе на бедро согнутой ноги, опускает руку с одной ручки носилок и перехватывает другую ручку носилок.

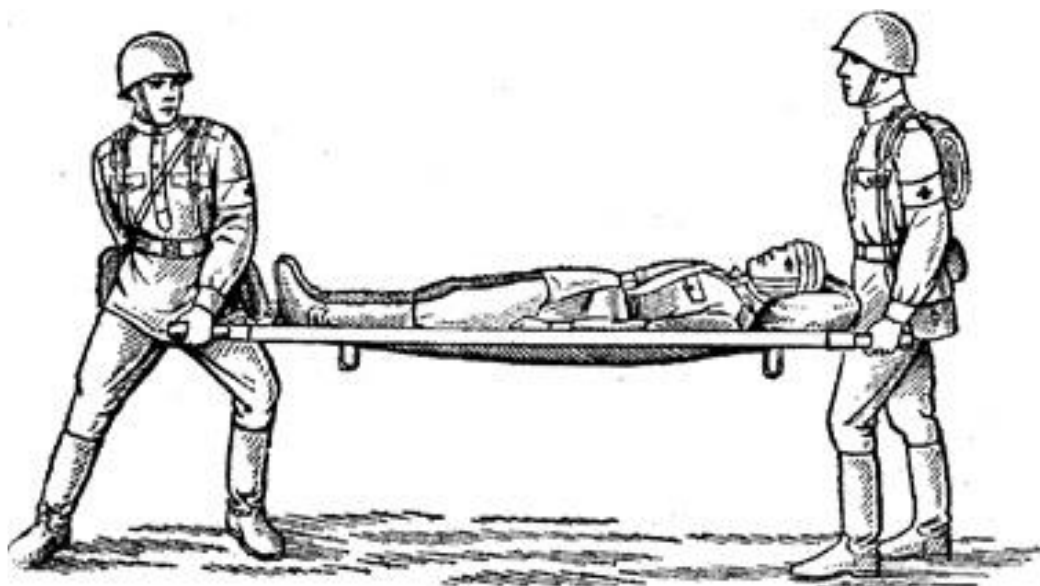


Рис. 33 Санитар-носильщик (первый номер) выполняет команду «Кругом»

После этого он меняет положение другой руки и заканчивает поворот, становясь лицом к другому санитару-носильщику. Затем таким же образом производит поворот второй санитар-носильщик.

В ходах сообщения полного профиля носилки переносят на плечах, в неглубоких окопах и ходах сообщения – на руках.

Всех раненых выносят обязательно с их личным оружием, которое затем передают командиру подразделения или сдают вместе с пострадавшим на медицинском пункте. При переноске зимой раненого нужно хорошо укутать и снабдить по возможности грелкой. Летом уберечь пострадавшего от интенсивного облучения солнечными лучами можно путем укрытия его накидкой медицинской или плащ-палаткой.



Рис. 32 Переноска раненого в горах усиленным звеном санитаров-носильщиков (подъем)

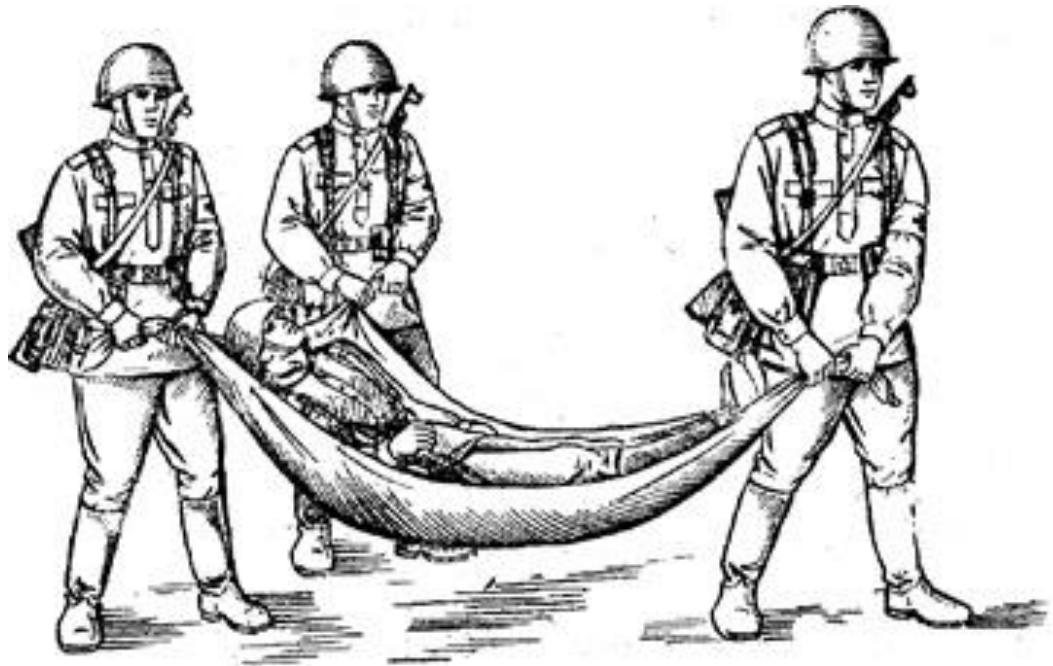


Рис. 34 Переноска раненого на плащ-палатке (одеяле)

Большие расстояния (свыше 600–800 м) преодолеваются эстафетным способом. При этом весь маршрут разбивается на участки по 200–300 м. В начале каждого из них располагается звено санитаров-носильщиков, которое переносит раненого только до соседней «подставы». Получив взамен грузеных свободные носилки, оно возвращается в исходное положение.

Для переноски раненого на близкие расстояния можно использовать плащ-палатку, одеяло или простыню

III. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Организация розыска, сбора в зависимости от характера обстановки и местности, днем и ночью?
2. Укрытие и маскировка раненых на поле боя?
3. Извлечения раненых из боевых машин?
4. Извлечения раненых из оборонительных сооружений и труднодоступных мест?

IV. ЗАДАНИЕ НА САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ РАБОТУ

1. Справочник. Оказание первой медицинской, первой реанимационной помощи на месте происшествия и в очагах чрезвычайных ситуаций. СПб, 2005., стр. 204-220
2. Учебник санитарного 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 ЗАНЯТИЯ
