

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Военная кафедра

Г. В. ГОЛУБ

**РАБОТА САНИТАРНОГО ИНСТРУКТОРА РОТЫ
(САНИТАРА-СТРЕЛКА) НА ПОЛЕ БОЯ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 3 курса, обучающихся на военной кафедре
по программе подготовки офицеров запаса**

Гомель 2008

УДК 614.38:355

ББК 51.1(2)5

Г 62

Автор:

Г. В. Голуб

Рецензент:

декан факультета довузовской подготовки учреждения образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

кандидат военных наук, доцент *И. М. Отрощенко*

Голуб, Г. В.

Г 62 Работа санитарного инструктора роты (санитара-стрелка) на поле боя: учеб.-метод. пособие для студентов 3 курса, обучающихся на военной кафедре по программе подготовки офицеров запаса / Г. В. Голуб. — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2008. — 44 с.

ISBN 978-985-506-130-5

Составлено для студентов 3 курса учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет», обучающихся на военной кафедре по программе подготовки офицеров запаса, дисциплине «Организация медицинского обеспечения войск», предназначено для использования в учебном процессе и для самостоятельной работы студентов по совершенствованию знаний.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 29 июня 2007 г., протокол № 5.

УДК 614.38:355

ББК 51.1(2)5

ISBN 978-985-506-130-5

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2008

1. ОБЯЗАННОСТИ САНИТАРНОГО ИНСТРУКТОРА РОТЫ И САНИТАРА-СТРЕЛКА

Обязанности санитарного инструктора роты и санитар-стрелка будут различными в межбоевой период и в период ведения боевых действий.

В межбоевом периоде санитарный инструктор роты (санитар-стрелок) осуществляет наблюдение за выполнением личным составом правил личной и общественной гигиены, контролирует своевременность помывки личного состава и смены белья, проводит телесные осмотры. При необходимости проводит дезинфекционные и другие санитарно-гигиенические мероприятия.

Выявив больных, оказывает им первую медицинскую помощь и, с разрешения командира роты, направляет их в медицинский пункт батальона (МПБ). По указанию начальника медицинского пункта батальона наблюдает за состоянием здоровья военнослужащих, подвергшихся воздействию оружия массового поражения (ОМП), но сохранивших боеспособность и проводит им назначенные лечебно-профилактические мероприятия.

Одной из важных задач санитарного инструктора в межбоевой период, является проведение медицинской разведки районов расположения и боевых действий роты для определения путей приближения к раненым и их эвакуации, мест укрытия раненых («гнезд раненых») и оборудования медицинского поста роты (МПР). Перед боем санитарный инструктор должен обеспечить личный состав своей роты предметами индивидуального медицинского оснащения. Кроме этого, санитарный инструктор (санитар-стрелок) в этот период проводит военно-медицинскую подготовку личного состава (обучает личный состав роты приемам оказания само- и взаимопомощи) и санитарно-просветительную работу в подразделениях.

В бою санитар-стрелок обязан:

- знать задачу роты и своего взвода в бою, местонахождение командира своего взвода, санитарного инструктора роты, местонахождение поста санитарного транспорта, батальонного медицинского пункта и в случае необходимости — пункта сбора пораженных;
- находиться неотрывно при взводе, постоянно следить за полем боя, запоминать места падения раненых и разыскивать их;
- возможно быстрее оказывать первую помощь раненым, обожженным и пораженным отравляющими, радиоактивными веществами и бактериальными средствами;

- оттаскивать тяжело раненых и пораженных в укрытия, расположенные не далее 5–10 м, если нет других тяжело раненых, которым необходимо немедленно оказать первую помощь (сильное кровотечение, удушье, судороги);

- по сигналу тревоги в целях защиты раненого, пораженного и себя от действия ядерного оружия использовать в качестве укрытия оборонительные сооружения, складки местности, различные предметы, а также индивидуальные средства защиты;

- по сигналу химической тревоги для защиты раненого и себя пользоваться индивидуальными табельными средствами, а при отсутствии их — подручными;

- изучать по возможности местность, чтобы найти наиболее безопасный путь подхода к раненому, пораженному и выхода из зараженного очага;

- указывать раненым и пораженным, которые способны самостоятельно передвигаться, наиболее короткий и безопасный путь к батальонному медицинскому пункту, посту санитарного транспорта или к пункту сбора пораженных (раненый или пораженный могут покинуть поле боя только с разрешения командира);

- проверять и при необходимости исправлять первичные повязки, наложенные в порядке само- и взаимопомощи;

- в случае необходимости наложить раненому жгут, сделать об этом заметный, бросающийся в глаза знак на одежде или повязке и обязательно обозначить цветным или химическим карандашом время наложения жгута;

- обозначать местонахождение тяжело раненых условным знаком, хорошо видимым (как днем, так и ночью) при подходе с тыла и скрытым от противника;

- своевременно докладывать командиру взвода и санитарному инструктору роты о проделанной работе и необходимой помощи (выделение вспомогательных санитаров, пополнение сумки и пр.), пользуясь для этого всеми доступными средствами связи.

Главная задача санитар-стрелка состоит в быстром оказании первой помощи всем тяжелораненым, обожженным, больным и пораженным ОМП.

Своевременно и правильно оказанная помощь спасает жизнь тяжело раненым, больным и пораженным. Она обеспечивает успех их дальнейшего лечения, и быстрее возвращение в строй. При несвоевременном оказании первой помощи раненый может погибнуть от потери крови, остановки дыхания (асфиксии), его рана может подвергнуться вторичному загрязнению, что ведет к опасным осложнениям, из-за которых раненый нередко умирает (столбняк, газовая гангрена). Тяжело раненый, которому первая помощь оказана несвоевременно, теряет много крови, испытывает сильную боль, в результате чего у него развивается шок, и он может погибнуть.

Санитарный инструктор проводит комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья личного состава, поддержание санитарно - гигиенического и эпидемического благополучия, защиту личного состава от оружия массового поражения, оказание первой медицинской помощи при ранениях и заболеваниях военнослужащих, их быструю эвакуацию на медицинские пункты. Он осуществляет медицинскую разведку района действий (расположения) роты, контролирует его санитарное состояние, качество питьевой воды, готовой пищи и продуктов, поступающих на снабжение роты, следит за выполнением личным составом правил личной и общественной гигиены.

Санитарный инструктор обеспечивает личный состав роты индивидуальными перевязочными пакетами, аптечками индивидуальными (АИ), индивидуальными противохимическими пакетами (ИПП), средствами для обеззараживания воды во флягах. Все эти предметы он должен своевременно получать на медицинском пункте батальона (МПБ).

Санитарный инструктор обучает личный состав роты приемам само- и взаимопомощи при ранениях, поражениях и заболеваниях, методам извлечения раненых из боевой техники, их выноса и укрытия, правилам пользования индивидуальным медицинским оснащением, использования подручных, средств для оказания само- и взаимопомощи и т.д. Особое внимание обращает на обучение стрелков-санитаров приемам и навыкам работы по розыску, оказанию первой медицинской помощи и выносу раненых и пораженных с поля боя.

Санитарный инструктор роты во время боя обязан:

- знать задачу роты, наличие раненых и больных в ее подразделениях, место медицинского пункта батальона и маршрут (направление) его перемещения во время боя;
- организовать и осуществлять розыск раненых и больных на поле боя, оказывать первую медицинскую помощь тяжелораненым и тяжело-больным, проводить их сбор, укрытие и обозначение;
- контролировать своевременность и качество первой медицинской помощи, оказанной в порядке само- и взаимопомощи и санитарями-стрелками;
- обеспечить эффективное использование сил и средств сбора и вывоза раненых и больных, работающих на направлении роты;
- выявлять больных, оказывать им первую медицинскую помощь и с разрешения командира роты отправлять на медицинский пункт батальона;
- проводить медицинскую разведку района расположения и боевых действий роты;
- по указанию начальника медицинского пункта батальона осуществлять наблюдение за состоянием здоровья военнослужащих, подвергшихся

воздействию оружия массового поражения, но сохранившим боеспособность, и проводить им лечебно-профилактические мероприятия;

- контролировать выполнение личным составом правил личной гигиены, санитарное состояние района расположения и действий роты;

- контролировать своевременность помывки личного состава и смены белья, проводить телесные осмотры;

- обеспечивать личный состав роты медицинскими средствами профилактики поражений и оказания первой медицинской помощи, контролировать правильность их применения;

- обучать личный состав роты приемам самопомощи и взаимопомощи при ранениях и заболеваниях, а также правилам личной гигиены;

- докладывать командиру роты и начальнику медицинского пункта батальона данные о количестве раненых и больных, подлежащих вывозу (выносу) с поля боя, и местах их размещения.

2. МЕРОПРИЯТИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Первая медицинская помощь оказывается на поле боя или в очаге массовых санитарных потерь в виде само- или взаимопомощи, а также санитарными инструкторами и санитарями-стрелками. Во время локальных конфликтов она может оказываться фельдшером и даже врачом.

Первая медицинская помощь, по данным Великой Отечественной войны, локальных войн в 35–40% осуществлялась в виде взаимопомощи, а в очагах массового поражения предполагается, что в 70–80% случаев она будет оказываться в виде самопомощи.

Первая медицинская помощь направлена на временное устранение причин, угрожающих жизни раненого (больного) в данный момент. Цели ее посредством проведения простейших медицинских пособий спасти жизнь раненого, а также предупредить или уменьшить тяжелые последствия ранения (поражения) и возникновения осложнений. В современных условиях оказание первой медицинской помощи приобретает еще большее значение.

Так в Афганистане у 16% раненых причиной смерти на поле боя явилась кровопотеря, а увеличение в нынешних локальных войнах сочетанных и множественных ранений до 25–62% (в период ВОВ 14,2%) приводит к гибели от шока значительного количества раненых (летальность достигает 32,4%). Кроме того, в Афганистане имели место существенные недостатки, когда первая помощь оказывалась в неполном объеме (в 55% случаев), а в 15–20% случаев она не оказывалась вообще.

Во время боевых действий Российской армии в Чечне первую помощь получили 64,1% раненых. Средний срок ее оказания составил 35 мин после ранения. В порядке само- и взаимопомощи она была оказана в 28,6% случаев.

Санитарным инструктором или фельдшером первая медицинская помощь была оказана в 13,1% случаев, врачом — в 16,2%. В 59,5% случаев она была оказана на поле боя, в 2,8% — в медицинском пункте батальона, в 19,8% — в медицинском пункте полка, в 17,9% место ее оказания было неизвестно.

Мероприятия первой медицинской помощи включают:

- временная остановка наружного кровотечения (пальцевое прижатие, сгибание конечности, давящая повязка, закрутка, жгут);
- устранение асфиксии (очистка полости рта, фиксация языка, постановка S-образной трубки);
- инъекция раствора анальгетика;
- наложение асептической повязки на рану или ожоговую поверхность;
- иммобилизация поврежденной области (подручные средства, фиксация к туловищу или здоровой конечности, табельные средства);
- прием внутрь антибиотика;
- утоление жажды раненого (за исключением ранений в живот);
- прием внутрь таблетки радиопротектора в случае поражения ионизирующим излучением;
- применение антидотов и первичная дегазация раны при комбинированных поражениях.

В первую очередь производят остановку кровотечения и устранение асфиксии, при необходимости выполняют реанимационные мероприятия (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца).

О важности оказания первой медицинской помощи говорит тот факт, что летальность у раненых в Чечне, которым эта помощь не оказывалась, в 4,5 раза выше, чем у тех, кто эту помощь получил.

Транспортная иммобилизация показана при следующих повреждениях:

- переломы костей;
- повреждения суставов;
- обширные травмы мягких тканей;
- повреждения магистральных сосудов и нервов конечностей;
- глубокие ожоги и отморожение конечностей.

Для предупреждения шока раненому на поле боя необходимо быстро остановить кровотечение, наложить первичную повязку, иммобилизовать конечность. С целью улучшения кровоснабжения мозга необходимо приподнять ножной конец носилок.

При оказании первой медицинской помощи в первую очередь используются медицинские средства профилактики и оказания первой медицинской помощи, имеющиеся у раненого (больного).

3. ОСНАЩЕНИЕ САНИТАРНОГО ИНСТРУКТОРА РОТЫ,

САНИТАРА-СТРЕЛКА

Для оказания первой медицинской помощи личному составу подразделений и обеспечения эвакуации раненых с поля боя, санитары, водители-санитары, санитары-носильщики оснащаются сумкой санитаря, а санитарный инструктор и (нештатный) санитар-стрелок — сумкой медицинской войсковой. Кроме того, они оснащаются лямками санитарными, а в танковых подразделениях и лямками санитарными специальными, нарукавным знаком Красного Креста, шлемом для раненых в голову (ШР).

Также они могут оснащаться носилками санитарными, накидками медицинскими, средствами обозначения раненых.

Сумка медицинская войсковая (СМВ) предназначена для оказания первой медицинской помощи раненым и больным (рисунок 1). Является оснащением санитарного инструктора и фельдшера, рассчитана сумка на оказание помощи 30 раненым и больным. Вес сумки — 3,9 кг.



Рисунок 1 — Сумка медицинская войсковая

Сумка санитаря (СС), предназначена для оказания первой медицинской помощи раненым и больным. Она рассчитана на 30 раненых и больных. Вес сумки — 4,2 кг

Лямка носилочная используется санитаром для оттаскивания тяжело раненых и пораженных в укрытия, расположенные на расстоянии не более 5–10 м, для извлечения раненых из боевых машин (танков) и других труднодоступных мест (завалов), для облегчения труда санитаря при переноске раненых (больных) на носилках и без носилок (рисунок 2).

Лямка представляет собой парусиновую ленту с накладкой в средней части и металлической пряжкой на одном конце. Применяется сложенной «восьмеркой» или «кольцом», а при использовании носилок на переправах — развернутой.

Техническая характеристика:

Время приведения в рабочее состояние	мин	1
Габаритные размеры	мм	3615×65
Масса	кг	0,65



Рисунок 2 — Лямка носилочная

Нарукавный знак Красного Креста по международным соглашениям является знаком, отличающим лиц, в задачу которых входит оказание помощи раненым, больным и пораженным.

Лямка специальная предназначена для извлечения раненых из люков боевых машин, траншей, подвалов и других труднодоступных мест (рисунок 3).

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

Техническая характеристика:

Время приведения в рабочее состояние	мин	1
Габаритные размеры	мм	3600×65
Масса	кг	1,06



Рисунок 3 — Лямка специальная (Ш-4)

Накидка медицинская НМ предназначена для защиты раненых и больных от неблагоприятных метеорологических факторов (низких температур, осадков, интенсивной солнечной радиации и др.) (рисунок 4).

Накидка представляет собой полотно из лавсановой пленки, металлизированной с одной стороны слоем алюминия.

Сохранение температуры у раненого (больного) при укутывании накидкой достигается вследствие отражения теплового излучения тела металлизированным слоем накидки.

Техническая характеристика:

Максимальная продолжительность защиты от переохлаждения при температуре окружающей среды минус 20°C	ч	3
Время укутывания	мин	3–4
Кратность циклов использования		До 3
Габаритные размеры в развернутом виде	мм	2500×2300
Габаритные размеры в упаковке	мм	160×120×20
Масса	кг	0,16



Рисунок 4 — Накидка медицинская

Носилки санитарные складные предназначены для транспортирования и временного размещения раненых и больных (рисунок 5).

Носилки состоят из двух дюралюминиевых несущих брусьев с резиновыми рукоятками на концах, четырех стальных ножек, двух шарнирных стальных распорок и парусинового полотнища с карманом-подголовником.

Техническая характеристика:

Время приведения в рабочее состояние	мин	0,5
Габаритные размеры	мм	2200×560×165
Масса	кг	8,5

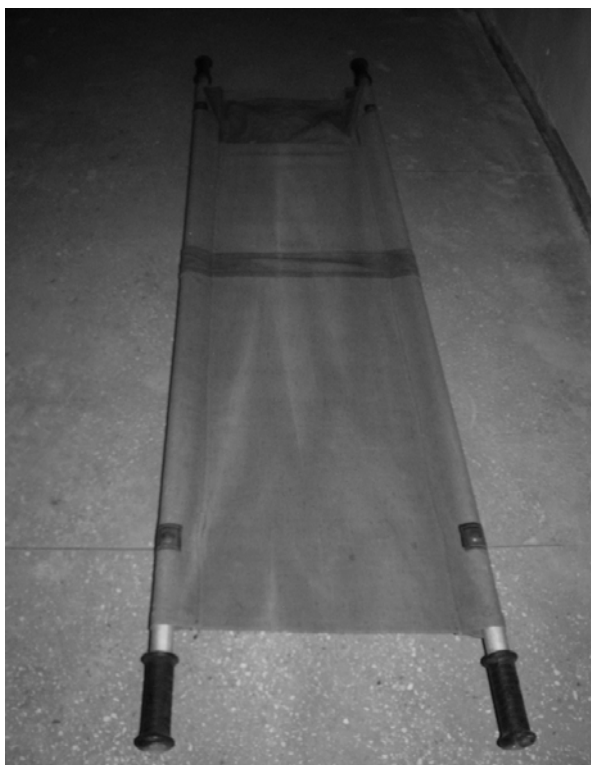


Рисунок 5 — Носилки санитарные



Рисунок 6 — Носилки траншейные

Носилки траншейные НТ предназначены для выноса раненых (больных) из окопов, траншей, ходов сообщения и других труднодоступных мест (рисунок 6).

Представляют собой носилки металлические, складывающиеся на двух уровнях по длине. Они приспособлены для заплечной переноски, вложения по грунту и перемещения в вертикальной и горизонтальной плоскостях с помощью механических средств. Состоят из трех шарнирно соединенных между собой панелей. В головной части носилок имеются две откидные ручки и брезентовый подголовник. Носилки имеют регулируемые фиксирующие ремни с пряжками.

Техническая характеристика:

Габаритные размеры носилок:

в рабочем положении	мм	2100×500×140
в свернутом виде	мм	1075×500×185
Масса	кг	11

4. РАБОТА САНИТАРНОГО ИНСТРУТОРА РОТЫ И САНИТАРА-СТРЕЛКА ПО РОЗЫСКУ, СБОРУ, ВЫНОСУ (ВЫВОЗУ) РАНЕНЫХ С ПОЛЯ БОЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ТАБЕЛЬНЫХ И ПОДРУЧНЫХ СРЕДСТВ

4.1. Способы розыска раненых в бою

В бою **санитарный инструктор** действует непосредственно в боевых порядках роты. Он ведет наблюдение за полем боя, организует работу стрелков-санитаров, лично участвует в розыске раненых и пораженных, в оказании им первой медицинской помощи, организует сосредоточение раненых в местах укрытия — в «гнездах раненых», обозначает эти места условными знаками. Легкораненым и легкопораженным санитарный инструктор указывает наиболее безопасный путь движения на МПБ или к посту санитарного транспорта (ПСТ).

При использовании противником средств массового поражения, санитарный инструктор принимает участие в спасательных работах в очаге поражения, организует оказание раненым и пораженным первой медицинской помощи, своевременно обеспечивает личный состав и санитаров-стрелков необходимым медицинским имуществом. В ходе боя санитарный инструктор докладывает командиру роты и начальнику МПБ о медицинской обстановке, числе раненых, необходимой помощи.

В бою **санитар-стрелок**, продвигается непосредственно за боевым порядком своего взвода и находится, по возможности, вблизи командира взвода, там, откуда удобно наблюдать за ходом боя и можно быстрее приблизиться к раненым для оказания им помощи (рисунок 7). На марше санитар-стрелок следует в хвосте колонны своего взвода.

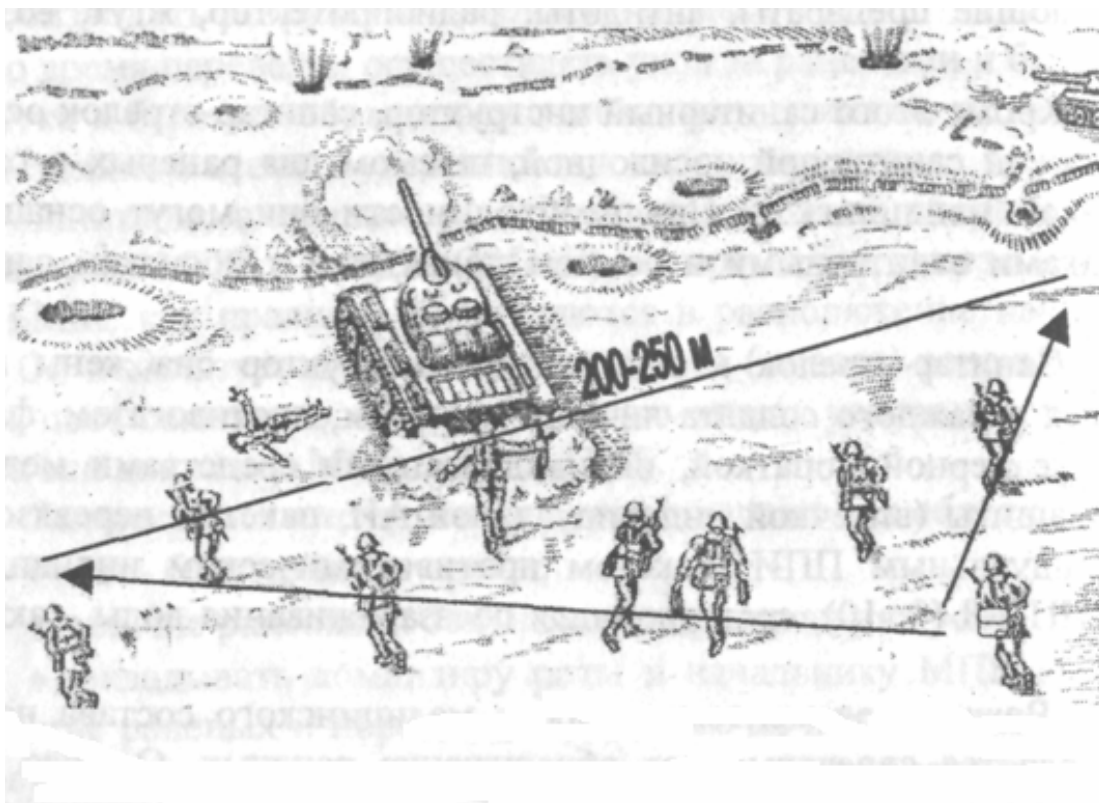


Рисунок 7 — Розыск раненых методом наблюдения за полем боя

Санитару-стрелку взвода, запрещается во время боя оттаскивать раненых на расстояние свыше 5–10 метров, а тем более принимать участие в выносе их на МПБ, пост санитарного транспорта, поскольку это мешает ему выполнять основную задачу — оказывать первую помощь раненым своего взвода.

Во время боя санитары разыскивают раненых и оказывают им помощь непрерывно, учитывая при этом характер местности и боевую обстановку и используя все благоприятные моменты в ходе боя (подавление огневых точек противника, продвижение своих войск вперед, перенос противником огня на другие цели и т. п.).

Перед началом марша и перед боем санитарный инструктор роты, руководствуясь указаниями командира роты и начальника медицинской службы батальона, инструктирует подчиненных ему санитаров и распределяет их по взводам.

Он сообщает санитарам условные сигналы, установленные им с разрешения командира роты. Обычно санитарный инструктор устанавливает два основных сигнала: «Вызов санитарного инструктора» и «Требуется вынос (вывоз)». Первый сигнал подается маятникообразным размахиванием руки (флажком), а также голосом или редко повторяющимися отдельными звуками (ударами). Второй сигнал подается быстрым подъемом руки (флажка) вверх, а также голосом или частыми непрерывными звуками (ударами).

На марше санитары находятся при тех взводах, в которые они выделены, и следуют вместе с ними на машинах. Они оказывают первую помощь раненым, пораженным и больным, выявленным во время движения, передают их на автомобильный транспорт батальонного медицинского пункта для эвакуации в тыл или везут за собой на боевых и транспортных машинах до развертывания подразделений в боевые порядки. При развертывании подразделений в боевые порядки раненых, пораженных, и больных собирают и выносят (вывозят) из взводов на МПБ санитары-носильщики, которых вызывают санитары, находящиеся во взводах.

С началом боя санитар-стрелок, находящийся во взводе, тщательно наблюдает за полем боя и запоминает места падения раненых. К обнаруженному на поле боя раненому (пораженному) санитар обычно вынужден приближаться ползком, скрытно, тщательно маскируясь и используя складки местности, перерывы и ослабление огня противника или делая короткие перебежки. Способ приближения на поле боя к раненому (пораженному) санитар выбирает в зависимости от силы огня противника, от рельефа и других особенностей местности (маскировка), времени года, суток, состояния погоды. Приближаясь к раненому для оказания ему первой помощи, санитар может снять на время предметы снаряжения (вещевой мешок, скатку), стесняющие его движения, и оставить при себе только то, что необходимо для оказания первой помощи, а также оружие (рисунок 8).

На местности, зараженной радиоактивными веществами, например в очаге ядерного поражения, или на участке, зараженном стойкими отравляющими веществами, а также в районе применения противником бактериальных средств, санитар должен работать в индивидуальных средствах противохимической защиты. Чтобы не подвергнуться действию радиоактивных и отравляющих веществ, а также бактериальных средств, он должен действовать как можно быстрее и использовать для подхода к раненому наименее зараженные участки.

Во время работы в населенном пункте, санитару следует подходить к раненому не по улице, а через проломы в стенах домов, дворы, сады, огороды. Зимой на снегу санитар работает в маскировочном халате. В тех случаях, когда санитару приходится приближаться к раненому, делая перебежки, он предварительно намечает путь движения и укрытые пункты остановок для передышки. Быстро вскочив с земли и стремительно пробежав до пункта остановки (в среднем 20–40 шагов до каждого пункта остановки в зависимости от местности и огня противника), санитар должен с бега лечь и отползти несколько в сторону. При перебежке он должен держать оружие (карабин, автомат) в правой руке.

В тех случаях, когда санитар продвигается к раненому, (пораженному) ползком, он также заранее намечает путь движения и укрытые пункты остановок для передышки.

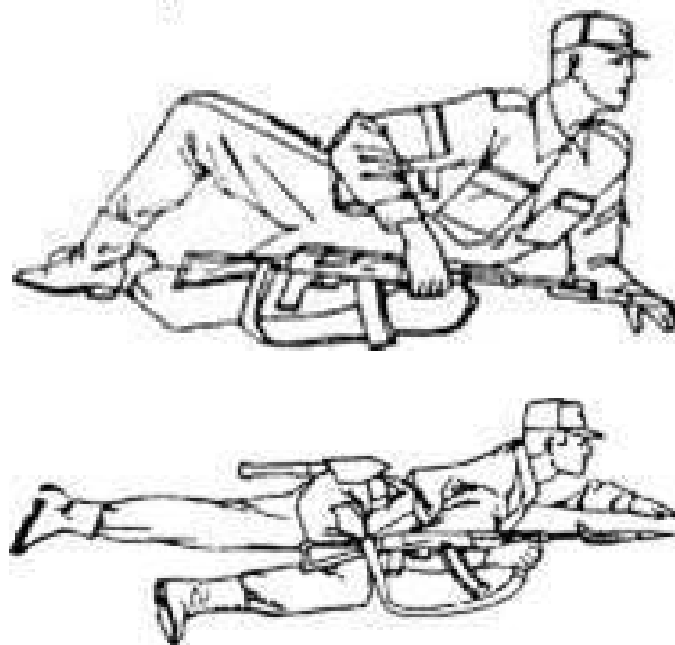


Рисунок 8 — Способы приближения к раненому

Приближаться к раненому на поле боя необходимо, тщательно маскируясь, чтобы не привлечь к себе внимание противника. Приблизившись к раненому (пораженному), санитар оказывает ему первую помощь, обозначает его местонахождение и, подав сигнал «Требуется вынос», не теряя времени, направляется к другому раненому (пораженному). Легкораненым он указывает направление и скрытые пути выхода на медицинский пункт батальона или пост санитарного транспорта, а из очага поражения ОМП на пункт сбора пораженных. Если санитар обнаружит несколько раненых, лежащих вблизи друг от друга, он в первую очередь обязан оказать первую помощь наиболее тяжело раненому (сильное кровотечение, удушье, судороги). Санитар должен помнить, что крики, громкие жалобы и общее беспокойство еще не доказывают тяжести ранения (поражения). Чаще тяжело раненый, нуждающийся в первоочередной помощи, лежит молча, почти не отвечает на вопросы. У него бледное лицо, неподвижный взгляд, едва приметное дыхание и слабый пульс (шоковое состояние). Признаками тяжелого состояния раненого могут служить его одежда, обильно промокшая кровью или сильно обгоревшая и приставшая к телу (на туловище, на обеих ногах, на груди и спине, на спине и ягодицах), резко затрудненное свистящее дыхание, судороги, выпавшие из раны внутренности (например, кишки).

При обнаружении более трех тяжело раненых, первая помощь которым потребует много времени, ротный санитар обязан подать сигнал «Вызов санитарного инструктора» и, не дожидаясь его прибытия, приступить к оказанию первой помощи.

Необходимо обозначать местонахождение тяжелораненого для того, чтобы облегчить розыск его санитарями-носильщиками, которые выносят (вывозят) раненых с поля боя, и предотвратить наезд на раненого боевой техники (танков, орудий, бронетранспортеров и т. д.).

Местонахождение раненого (пораженного) обозначается специальным знаком (рисунок 9), представляющим собой кусок белой ткани с изображением красного креста. На знаках, предназначенных для обозначения местонахождения ночью, изображение креста сделано самосветящейся краской. Знак при помощи имеющихся тесемок или булавки закрепляется на близлежащих к раненому предметах (стена, дерево, куст, малая лопата, воткнутая черенком в землю).



Рисунок 9 — Способы обозначения местонахождения раненых

Знак должен быть хорошо заметен при подходе с тыла, но скрыт от противника. При наличии стандартных знаков другого образца санитарный инструктор (фельдшер) указывает санитару порядок их использования. При отсутствии стандартных знаков санитар использует подручные средства (например, куски бинта).

Если тяжело раненый лежит на открытой местности, а других тяжело раненых, нуждающихся в первой помощи, нет, то санитар при необходимости может оттащить тяжелораненого в ближайшее укрытие, расположенное не далее 5–10 метров. При отсутствии укрытия следует несколькими ударами лопаты создать (со стороны противника) бруствер около раненого, чтобы замаскировать и защитить его от вторичного ранения.

4.2. Способы оттаскивания раненых в укрытия

Выбор способа оттаскивания раненого в ближайшее укрытие (воронка от разрыва снаряда, траншея, обратный скат бугра и т. д.) зависит от характера ранения, состояния раненого, от конкретных условий боевой обстановки и от рельефа местности. Оттаскивать раненого можно, передвигаясь

на боку, положив раненого себе на спину, а также с использованием подручных средств (плащ-палатка, шинель, различные самодельные волокуши). Раненых оттаскивают вместе с их личным оружием.

Оттаскивание на боку (рисунок 10). Необходимо лечь на бок вплотную к раненому, положить его голову к себе на грудь, а туловище — на подтянутую и согнутую в колене ногу. Раненый в зависимости от характера ранения лежит на спине или на боку. Поддерживая раненого одной рукой и отталкиваясь от земли свободной ногой и локтем другой руки, санитар оттаскивает раненого в укрытие. Он тянет за собой оружие (свое и раненого), держа его за ремень свободной рукой. Для оттаскивания раненого на расстояние 15 м требуется 80–90 секунд.

Оттаскивание на спине (рисунок 11). Санитар кладет раненого на бок (на здоровую сторону), ложится вплотную с ним рядом, прижимаясь спиной к его груди, и осторожно подводит свою слегка согнутую в колени ногу, лежащую на земле, под ноги раненого. Если санитар ложится на левый бок, то левой рукой берет правую руку раненого, а свою правую руку забрасывает за спину и захватывает раненого за брюки или шинель.



Рисунок 10 — Оттаскивание раненого на боку

Если санитар ложится на правый бок, то правой рукой берет левую руку раненого, а левой рукой захватывает его одежду. Затем санитар сильным, но не резким движением взваливает раненого себе на спину, одновременно поворачиваясь и ложась на живот. Ноги раненого должны находиться между ногами санитара, чем достигается устойчивость положения раненого на спине санитара.



Рисунок 11 — Оттаскивание раненого на спине

При оттаскивании необходимо отталкиваться одной ногой до тех пор, пока она устанет, после чего следует отталкиваться другой ногой. Если раненый в сознании, то он должен помогать санитару, держась за его плечи. Если раненый не может этого сделать, то санитар должен укрепить его у себя на спине с помощью поясного ремня или носилочной лямки. Для оттаскивания раненого на расстояние 15 м требуется 90–100 секунд.

Оттаскивание на плащ-палатке. Пропустив свободный конец носилочной лямки через пряжку, образуют петлю; в дальнейшем при оттаскивании раненого на плащ-палатке санитар надевает ее через плечо. Свободный конец лямки привязывается за один из углов плащ-палатки корабельным узлом (рисунок 12). Вместо лямки можно использовать веревку или связанные ремни.

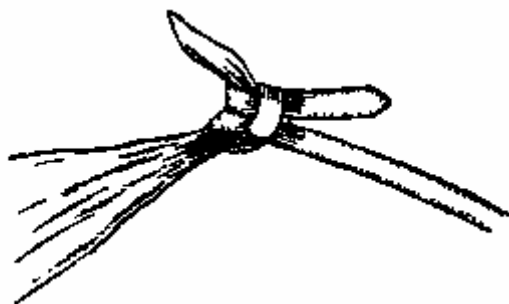


Рисунок 12 — Привязывание лямки к плащ-палатке корабельным узлом

Раненого поворачивают на здоровый бок и укладывают около него заранее подготовленную плащ-палатку, затем осторожно перекатывают его на плащ-палатку. Если санитаров двое, то раненого можно уложить на плащ-палатку на руках или держа его за обмундирование. Раненый должен быть уложен на плащ-палатку по диагонали, головой к завязанному корабельному узлу. Перед тем как начать движение, надо расправить складки на плащ-палатке, проверить прочность наложения корабельного узла и связать над раненым оба свободных угла палатки (рисунок 13). Для подгонки лямки и подготовки плащ-палатки к оттаскиванию на ней раненого требуется 50–70 секунд.

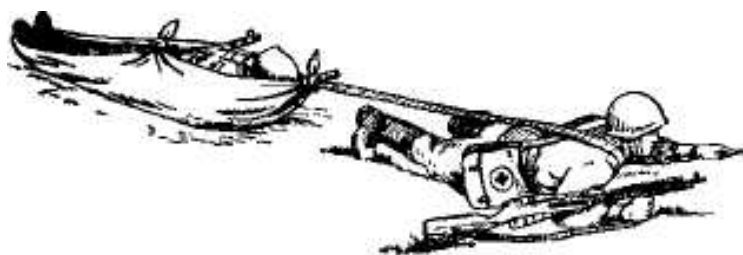


Рисунок 13 — Оттаскивание раненого на плащ-палатке

При отсутствии плащ-палатки раненого можно оттащить на шинели. Подготовив петлю с помощью пряжки, пропускают свободный конец лямки через вывернутые рукава шинели и завязывают узлом. Привязывать лямку за рукава нельзя, так как они могут оторваться. Нельзя также просовывать вывернутые рукава подмышки раненого во избежание дополнительного повреждения его рук.

При оттаскивании раненого на плащ-палатке или шинели необходимо принимать все меры предосторожности, не допуская дополнительного травмирования раненого на неровностях местности. Лучше всего этим способом пользоваться на ровной местности, покрытой травой, мхом или снегом.

При оттаскивании раненых на местности, зараженной радиоактивными и отравляющими веществами, санитару следует соблюдать особую осторожность, чтобы избежать дополнительного заражения самого себя и раненого. Лица, оказывающие помощь раненым на зараженной местности, должны работать в индивидуальных средствах защиты. Для ускорения сбора и вывоза раненых с зараженной местности используются малогабаритные транспортеры и другие транспортные средства.

4.3. Переноска раненых

Существует несколько способов переноски раненых: на руках, с использованием носилочной лямки, различного рода носилок и т. д. Этими способами должны владеть все санитары и санитарные инструкторы.

Переноска раненого одним санитаром может производиться на руках или с помощью носилочной лямки.

Переноска раненого на руках осуществляется двумя способами.

Первый способ. Посадив раненого на возвышенное место, санитар поворачивается к нему спиной, становится между его ног и опускается на одно колено. Раненый обхватывает санитаря за плечи. После этого санитар подхватывает раненого обеими руками за бедра, встает и переносит его (рисунок 14).



Рисунок 14 — Первый способ переноски раненого

Второй способ применяется, когда раненый без сознания или у него повреждены верхние конечности. Санитар опускается на одно колено сбоку около раненого, берет его одной рукой под спину, а другой — под ягодицу и поднимается с ним (рисунок 15). Переноска раненого на плече показана на рисунке 16.



Рисунок 15 — Второй способ переноски раненого



Рисунок 16 — Переноска раненого на плече

Для облегчения своей работы санитар при переноске раненых пользуется носилочной лямкой, сложенной кольцом или восьмеркой (рисунки 17–20).

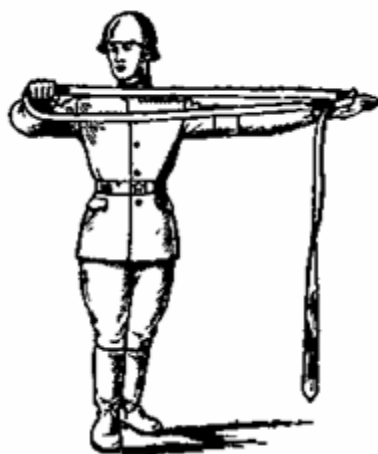


Рисунок 17 — Правильно подогнанная лямка, сложенная кольцом



Рисунок 18 — Правильно подогнанная лямка, сложенная восьмеркой

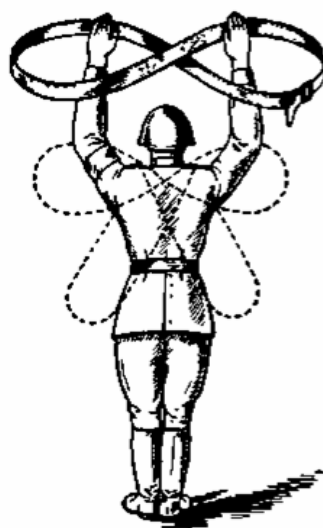


Рисунок 19 — Надевание лямки, сложенной восьмеркой



Рисунок 20 — Снятие лямки, сложенной восьмеркой при надетом снаряжении

Переносить раненого с помощью лямки можно двумя способами.

Первый способ. Лямка, сложенная кольцом, подводится под лежащего на здоровом боку раненого так, чтобы одна половина лямки оказалась под ягодицами, а другая, продетая подмышками, на спине. Свободный конец лямки, а также оружие лежат на земле (рисунок 21).



Рисунок 21 — Раненый, подготовленный к переноске с помощью лямки, сложенной кольцом

Расправив лямку, санитар ложится впереди раненого вплотную к нему спиной, просовывает руки в петли и, подтянув их на плечи, связывает свободным концом лямки. Затем, поворачиваясь лицом вниз, санитар кладет раненого себе на спину и медленно поднимается с ним, становясь сначала на четвереньки, затем на одно колено и, наконец, во весь рост, для большей устойчивости держа корпус несколько наклоненным вперед (рисунок 22).

При переноске этим способом раненый испытывает сравнительно большое давление на грудную клетку. Поэтому при ранении груди необходимо пользоваться вторым способом.



Рисунок 22 — Переноска раненого с помощью лямки, сложенной кольцом

Второй способ. Лямку, сложенную восьмеркой, надевают на ноги раненого, лежащего на земле на здоровом боку. Санитар, как и при первом способе, ложится рядом с раненым, надевает лямку на себя так, чтобы перекрест ее пришелся на груди. Расправив лямку, санитар осторожно поднимается и переносит раненого (рисунок 23).



Рисунок 23 — Переноска раненого с помощью лямки, сложенной восьмеркой

При пользовании этим способом грудь раненого не испытывает дополнительного давления, однако он должен держаться за плечи или за поясную ремень санитара, что не всегда возможно. Если при переноске раненого окажется нужным положить его на землю (что может быть вызвано ухудшением состояния раненого или усталостью санитара), то санитар должен опуститься сначала на одно колено, потом на четвереньки, затем осторожно лечь и повернуть раненого на здоровый бок.

При отсутствии лямки для переноски раненых можно воспользоваться поясными ремнями, сложенными в виде кольца (из двух ремней) или восьмерки (из трех ремней).

Переноска раненого двумя санитарями без носилок также может производиться на руках или с помощью лямки.

Перенести раненого на руках можно четырьмя способами.

Первый способ применяется в том случае, когда раненый не может держаться за плечи санитаров. Переносят раненого два санитаря; обе руки одного санитаря, соединяясь с одной рукой другого, образуют как бы сиденье («замок») (рисунок 24).

Свободную руку один из санитаров кладет на плечо другого, поддерживая ею раненого.



Рисунок 24 — Переноска раненого двумя санитарями («замок» из трех рук)

Второй способ применяется в том случае, когда раненый при переноске способен держаться за плечи санитаров. Санитары, став лицом друг к другу, соединяют свои руки в «замок», создавая таким образом сиденье для переноски раненого (рисунок 25).



Рисунок 25 — «Замок» из четырех рук

Третий способ. Один из санитаров, подойдя к лежащему раненому со стороны головы, берет его осторожно подмышки согнутыми в локтях руками и слегка приподнимает его туловище. Второй санитар, раздвинув ноги раненого, становится между ними и, обхватив их под коленями согнутыми в локтях руками, одновременно с первым санитаром поднимает раненого. Переноса раненого, надо двигаться не в ногу.

Четвертый способ применяется для переноски раненого на короткие расстояния. Подойдя к лежащему раненому и опустившись около него на одно колено, один из санитаров, находящийся у головы раненого, подсовывает одну руку под его спину, а другую под поясницу. Раненый при этом обхватывает санитаров за плечи. Второй санитар подводит одну свою руку под ягодицу раненого, а другую под голени, затем оба санитаров осторожно поднимают и переносят раненого, неся его перед собой. Перенести раненого таким способом могут и три человека. Этим способом пользуются также для укладывания раненого на санитарные носилки и для перекладывания с них на перевязочный или операционный стол.

Переноска раненого с помощью носилочной лямки может быть произведена двумя способами.

Первый способ. Сложенную восьмеркой лямку санитары надевают себе на плечи (один на левое плечо, другой на правое) так, чтобы перекрест находился посередине, на уровне тазобедренных суставов. Затем, встав лицом друг к другу по обе стороны от раненого, санитары опускаются один на правое, другой на левое колено, приподнимают раненого и, посадив его на свои сомкнутые колени, подводят под его ягодицы перекрест лямки, затем встают, придерживая раненого за спину или за руки (рисунок 26).



Рисунок 26 — Переноска раненого на лямке, сложенной восьмеркой (первый способ)

Этим же способом можно перенести раненого, находящегося в положении лежа. Для этого под его ягодицы подводят перекрест лямки, оставляя свободные петли ее по сторонам раненого. Затем санитары, опустившись каждый на одно колено, надевают петли лямки себе на плечи, как это было указано выше, и осторожно, поддерживая раненого под спину, поднимают его, придавая ему сидячее положение.

Второй способ, раненый при переноске сидит верхом на лямке, опираясь спиной о грудь идущего сзади санитара (рисунок 27). Санитары движутся в затылок друг другу, что очень удобно в узких ходах сообщения или извилистых траншеях. В этих же условиях два санитара могут переносить раненого с помощью плащ-палатки, палки и веревки.



Рисунок 27 — Переноска раненого на лямке, сложенной кольцом (второй способ)

Переноска раненого с помощью плаща-палатки и палки. Раненого укладывают на плащ-палатку и прочно завязывают над его головой и коленями (или в области голеностопных суставов) противоположные углы плащ-палатки (рисунок 28). Просунув палку под узлы плащ-палатки, их дополнительно укрепляют веревкой (носилочной лямкой), подведенной под туловище раненого снаружи плащ-палатки в области ягодиц и поясницы. Палка должна быть прочной, иметь длину 160–200 см, диаметр 8–9 см. Переносят раненого, шагая при этом обязательно не в ногу.

В ходах сообщения полного профиля такие носилки с раненым переносят на плечах, а в неглубоких окопах и ходах сообщения — на руках.

При отсутствии лямки и плащ-палатки, для переноски раненых двумя санитарями могут быть использованы связанные вместе поясные ремни, а также палка или автомат в качестве сиденья для раненого. Перед использованием автомат должен быть разряжен.

Чтобы облегчить труд санитаров и создать необходимые условия раненым, для переноски раненых используются санитарные носилки. Санитары и санитарные инструкторы должны в совершенстве владеть практическими приемами пользования носилками и хорошо знать команды, подаваемые при работе звена санитаров.

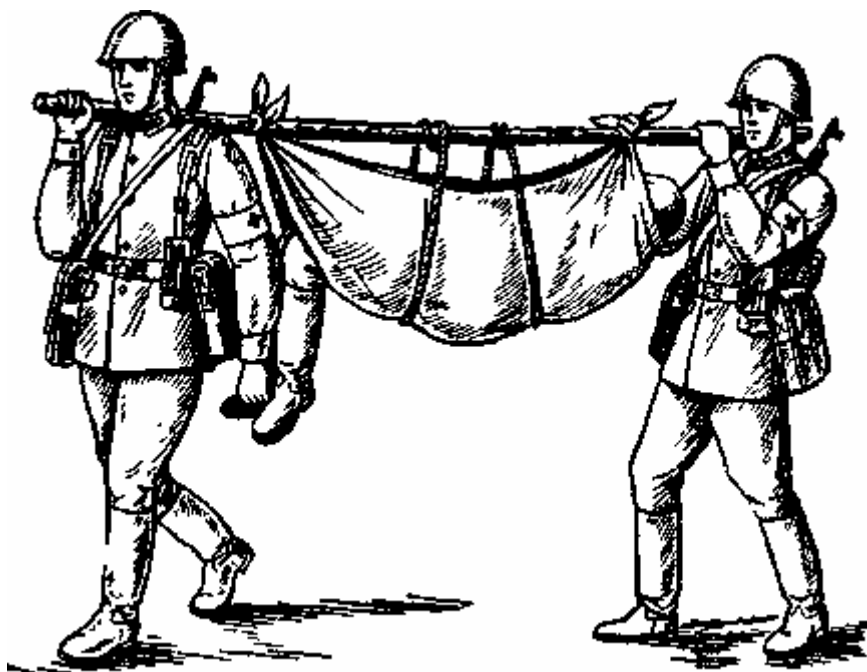


Рисунок 28 — Переноска раненого на плащ-палатке (в траншее, ходе сообщения) с помощью короткого шеста

Работа звена санитаров

Для передвижения звена со свернутыми носилками подается команда «Звено — становись». По этой команде санитары становятся рядом (в шеренгу) с интервалом 20–25 см. Второй номер держит свернутые носилки в положении «к ноге» у носка правого сапога. Команды подает санитарный инструктор, в подчинение которого выделены санитары, или санитар первый номер, если звено работает самостоятельно. Поворотом направо или налево санитары перестраиваются, становясь в затылок один другому.

После команды «Носилки — взять» оба номера, беря носилки себе подмышки и придерживая их за брусья снизу согнутыми в локте руками, принимают походное положение, в каком и следуют к месту работы.

По команде «Звено — стой» санитары останавливаются и ждут дальнейших указаний. После этого может поступить команда «К ноге» или «Звено — развернись». Чтобы развернуть носилки из походного положения, санитары становятся лицом друг к другу, расстегивают ремни носилок и, взявшись за ручки носилок, раскрывают их. Затем, упираясь коленом в каждую из распор, выпрямляют их до отказа.

Для свертывания носилок необходимо сначала одновременно с двух сторон открыть защелки замков и подтянуть за распоры, чтобы носилки оказались в полусвернутом положении. При этом санитары держат носилки в горизонтальном положении. Держа носилки ножками вверх, санитары сдвигают брусья до отказа, расправляют и складывают полотнище в три складки, после чего закрепляют носилки ремнями.

Укладывание раненого на носилки. По команде «Носилки» санитары ставят носилки головным концом около головы раненого. Если носилки до этого были свернуты, то предварительно подается команда «Звено — развернись». Сняв с раненого вещевой мешок, и снаряжение, санитары укладывают их в изголовье носилок так, чтобы они не мешали раненому при переноске.

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

Первый способ — поднятие раненого на руках двумя (тремя) санитарями. По команде «Берись» санитары-носильщики осторожно поднимают раненого, а по команде «Опускай» кладут его на носилки, по возможности придавая раненой части тела возвышенное положение. На выполнение этого приема затрачивается 60–80 секунд.

Второй способ — поднятие за одежду — применяется в тех случаях, когда раненого требуется быстро уложить на носилки и как можно скорее перенести в безопасное место. Сначала надо убедиться в отсутствии у раненого переломов нижних конечностей, так как в противном случае этот способ применять нельзя. Санитары, не опускаясь на колени, поднимают раненого. Одни из них берется одной рукой за пояс раненого, а другой рукой поддерживает его голову; другой санитар одной рукой берется за складку брюк около колен, а другой рукой — за голенища, просунув пальцы внутрь сапог. Затем санитары одновременно поднимают раненого и укладывают его на носилки (рисунок 29). На выполнение этого приема требуется 30–40 секунд.

Третий способ — укладывание раненого на носилки способом «наката» — применяется в тех случаях, когда санитары вынуждены действовать лежа. Приблизившись к раненому, они размещают носилки с его здоровой стороны. Один из санитаров наклоняет носилки в сторону раненого, а другой подсовывает под него руки и одновременно захватывает и удерживает наклоненный брус носилок. Затем первый санитар отпускает приподнятый брус носилок и тоже подсовывает руки под раненого, после чего оба санитаря осторожно приподнимают раненого и укладывают его на носилки.

Одновременно с укладыванием раненого следует постепенно выпрямлять наклон носилок, производя при этом как бы накатывание раненого на носилки (укладывание способом «наката»). Если позволяет боевая обстановка, то укладывать раненого можно на руках или, держа его за обмундирование; при этом санитары могут работать, пригнувшись или стоя во весь

рост. Далее по команде «По местам» один из санитаров становится к головному концу носилок, повернувшись лицом к раненому, а другой — к ножному концу, спиной к раненому. По команде «На лямки» они наклоняются, сгибая колени, надевают на ручки носилок петли лямок, сдвигая их ближе к полотнищу, после чего берут ручки носилок руками. По команде «Поднимай» санитары одновременно осторожно поднимаются, чтобы не свалить раненого с носилок. По команде «Вперед» санитар, стоящий впереди, делает шаг вперед правой ногой, а второй санитар — левой. После этого оба они продолжают движение, идя обязательно не в ногу.



Рисунок 29 — Поднятие раненого за одежду и укладывание его

Переноска раненых в различных условиях

Раненых переносят обычно ногами вперед, за исключением подъема на гору. Однако при ранении нижних конечностей даже при подъеме на гору раненого надо переносить ногами вперед, так как этим создается наиболее удобное положение для него.

На крутых подъемах и спусках нужно обращать особое внимание на сохранение горизонтального положения носилок, для чего при движении в гору поднимать задний конец носилок, а при движении под гору — передний. Обычно крутые подъемы и спуски преодолевают усиленным звеном, состоящим из трех или даже четырех человек (рисунок 30).

При переноске раненого на носилках впереди идущий санитар должен предупреждать о неровностях дороги или об опасности, грозящей впереди.

Звено санитаров должно уметь преодолевать препятствия. Для преодоления невысокого забора или ограды санитары должны опустить носилки на землю, встать по обе стороны их, взяться за среднюю часть брусьев и, осторожно подняв носилки, опустить ручки переднего конца на препятствие. После этого один из санитаров удерживаем задний конец но-

силок, а другой, перебравшись через препятствие, принимает носилки. Подняв носилки, они оба проносят их над препятствием и опускают на препятствие, с другой его стороны, ручки ножного конца носилок. После этого второй санитар перелезает через препятствие, берет свой конец носилок и вместе с первым продолжает движение вперед. При преодолении рвов, окопов, канав и т. д. носилки ставят на край этих препятствий.

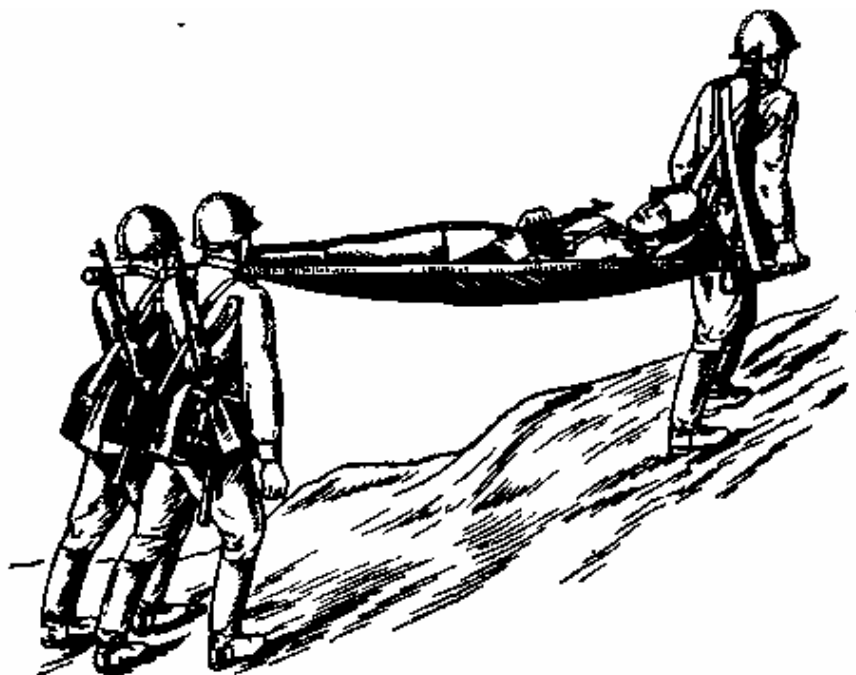


Рисунок 30 — Переноска раненого в гору усиленным звеном санитаров

Санитары должны уметь повернуться кругом, не ставя носилки на землю (например, на зараженной местности). Санитар, идущий впереди, выставляет несколько вперед полусогнутую в колене ногу, разворачивая ее коленом наружу. Положив затем носилки себе на бедро согнутой ноги, опускает руку с одной ручки носилок и перехватывает другую ручку носилок. После этого он меняет положение другой руки и заканчивает поворот, становясь лицом к другому санитару. Затем таким же образом производит поворот второй санитар (рисунок 31).

При переноске на носилках для придания раненому соответствующего положения необходимо учитывать характер и тяжесть ранения. Так, раненного в челюсть во избежание затекания крови и рвотных масс в дыхательные пути укладывают вниз лицом, подкладывая под согнутую в локте руку скатку шинели или вещевого мешок.

Раненого в живот кладут на носилки на спину и подкладывают под колени скатку шинели, вещевого мешок или валик из какого-либо подручного материала.

Раненого в грудь переносят на носилках в полусидящем положении, подложив ему под спину скатку шинели или вещевого мешок.

Раненого с повреждением позвоночника на обычных носилках переносить нельзя из-за провисания у них полотнища. Поэтому на носилки дополнительно сверху кладут листы толстой фанеры или широкую легкую доску, на которую и укладывают раненого. Этим приспособлением создается фиксация и относительная иммобилизация позвоночника.

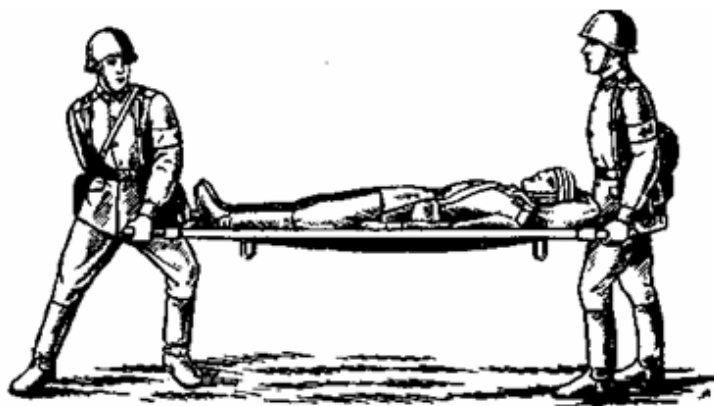


Рисунок 31 — Санитар (первый номер) выполняет команду «кругом»

Оттаскивать и переносить раненых надо с их личным оружием, которое затем передается командиру подразделения или сдается вместе с раненым на медицинском пункте.



Рисунок 32 — Носилки из двух жердей и лямок

Скорость движения при переноске раненого на носилках по ровной местности не должна превышать 2–2,5 км в час. После каждых 300–500 м пути носилочное звено должно отдыхать 3–5 мин; носилки с раненым при этом нужно опускать на землю. После отдыха санитары меняются местами. Значительно уменьшается скорость при переноске раненого ночью, а также при работе в защитной одежде или в противогазе. В этих условиях остановки делаются через каждые 150–200 м, а отдых продолжительнее — до 10 мин. С порожними носилками звено движется со скоростью 4–5 км в час.

В боевой обстановке часто приходится пользоваться самодельными носилками, изготовленными на месте из подручного материала. Они могут быть устроены из двух жердей, соединенных вместе двумя деревянными планками и переплетенных носилочной лямкой, веревкой или поясными ремнями (рисунок 32) и др.

Для переноски раненого на близкое расстояние можно использовать плащ-палатку, одеяло или простыню.

5. ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РАНЕНЫМ ТАНКИСТАМ И СПОСОБЫ ИЗВЛЕЧЕНИЯ РАНЕНЫХ ИЗ ТАНКА

Танкисты в бою могут получить тяжелые ранения, ожоги и травмы в результате прямого попадания снаряда (противотанковой ракеты) в танк, при ядерном взрыве на близком расстоянии, при разрыве снаряда внутри танка, а также при пожарах, возникающих от воспламенения горючего.

Прежде чем оказать помощь раненому танкисту, надо приблизиться к подбитому танку, часто под огнем противника, проникнуть в танк и осторожно извлечь из него раненого. Для этого нужно знать общее устройство танка, места расположения членов экипажа в нем, уметь пользоваться ключом для открывания люков и некоторыми механизмами в самом танке. Санитарный инструктор должен знать, как развернуть башню, опустить или поднять ствол пушки, убрать ограждение пушки, изменить положение сидений членов экипажа, включить освещение и пользоваться противопожарным оборудованием (рисунок 33).



Рисунок 33 — Извлечение раненого из танка

5.1. Способы проникновения в подбитый танк

Проникнуть в подбитый танк и извлечь из него раненого танкиста можно через люки наводчика орудия, командира танка, механика-водителя и через запасный выход (запасный люк). При этом санитарный инструктор должен помнить, что люк механика-водителя и запасный люк можно открыть только изнутри, люки командира танка и заряжающего — как изнутри, так и снаружи специальным ключом, которым необходимо уметь пользоваться.

Через люк механика-водителя, даже если он открыт, проникнуть труднее из-за его расположения в передней части танка, по которой противнику легче вести прицельный огонь. Пользование запасным люком также затруднено из-за малого пространства между поверхностью земли и днищем танка. Если санитарный инструктор примет решение проникнуть в танк

через люк механика-водителя или запасный люк, то он должен подать специальный сигнал экипажу танка (ударить твердым предметом о броню танка), чтобы они могли открыть эти люки изнутри.

Чтобы легче проникнуть в танк, надо снять с себя сумку СМВ и опустить ее через люк в танк. Если позволяет боевая обстановка, то так же надо поступить и с противогазом. Это особенно необходимо зимой, когда оказывающий помощь одет в соответствующее обмундирование.

Подбираться к танку необходимо со стороны своих войск, прикрываясь корпусом танка от огня противника. Подобравшись к танку, надо быстро взобраться на него, раскрыть люк и, застопорив его крышку (чтобы не получить тяжелую травму при ее захлопывании), проникнуть в танк. Для облегчения проникновения в танк через люк заряжающего иногда приходится изменять положение зенитного пулемета.

Объем первой медицинской помощи танкистам и место ее оказания (в танке или вне танка) в каждом случае должны определяться условиями боевой обстановки и характером ранения.

Ввиду ограниченности свободного пространства в танке помощь раненым танкистам, как правило, должна оказываться после извлечения их из танка, за исключением случаев, не терпящих отлагательства (угрожающее жизни кровотечение, асфиксия, тушение горячей одежды и т. д.). При оказании помощи внутри танка санитарный инструктор должен учитывать особенности своей работы при этом и определить очередность действий и место оказания помощи.

Первую помощь механику-водителю при ранениях головы, верхних конечностей, груди лучше всего оказывать на его рабочем месте в положении сидя. В этом случае санитарному инструктору удобнее всего находиться сзади и несколько справа от механика-водителя. При ранениях таза и нижних конечностей перед оказанием помощи спинку сиденья механика-водителя необходимо опустить в горизонтальное положение, оттащить раненого несколько назад и, заняв удобное для себя положение, оказать помощь. Перед этим необходимо освободить место наводчика. Первую помощь командиру танка при ранении головы, груди и верхних конечностей нужно оказывать, тоже не снимая его с сиденья. При ранении нижних конечностей помощь удобнее всего оказывать, когда раненый лежит. Для этого командир танка с помощью двух человек (например, санитарного инструктора и одного из членов экипажа танка) осторожно укладывается на днище боевого отделения, около моторной перегородки.

Первая помощь наводчику может быть оказана или на его сиденье (при легком ранении), или на днище танка (при тяжелом ранении, когда требуется наложение шины).

После оказания первой медицинской помощи начинается не менее трудная и ответственная работа — извлечение раненых из танка.

5.2. Способы извлечения раненых из танка

Извлекать раненых из танка можно несколькими способами с использованием подручных и табельных средств. К подручным средствам относятся поясные ремни, веревка, мягкие тросы, а к табельным — специальная лямка Ш–4 (рисунок 3) и носилочная лямка.

Для извлечения раненых из танка может быть использован любой люк танка, но наиболее удобны люки наводчика и командира танка. При извлечении раненых через люк наводчика необходимо соблюдать определенную последовательность: сначала извлечь наводчика, затем командира танка и, наконец, механика-водителя. В большинстве случаев механика-водителя целесообразнее всего извлекать через его же люк.

Когда ранен один из членов экипажа и имеется возможность воспользоваться помощью его товарищей, раненого можно извлечь из танка вручную. Раненого приподнимают и подают через люк командира танка или люк наводчика. Санитарный инструктор, находящийся около отверстия люка снаружи, подхватывает раненого подмышки и осторожно извлекает его из танка. Если танкист тяжело ранен, например, в грудь или верхние конечности с переломом костей, его надо брать не подмышки, а за поясной ремень или за ворот комбинезона.

Чаще всего при извлечении раненого из танка приходится пользоваться специальной лямкой Ш–4 или носилочной лямкой.

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 (рисунок 34). 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 сидалищных бугров, чтобы во время извлечения не произошло подтягивания коленей к груди.



Рисунок 34 — Правильно наложенная лямка специальная на раненного танкиста

После этого путем внимательного осмотра, а если возможно, то и опроса раненого проверить правильность наложения лямки, для чего осторожно поднять 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 (рисунок 35).

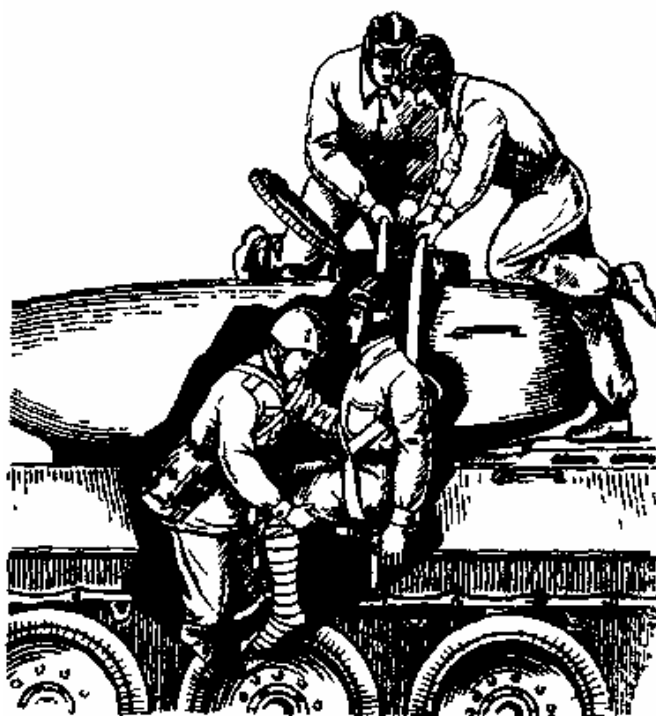


Рисунок 35 — Извлечение раненого через люк танка

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 лямке, наложенной таким способом, для уменьшения давления на раненую часть тела необходимо использовать поясной ремень. Его надевают на грудь раненого пряжкой вперед; свободный конец лямки, находящийся за спиной раненого, пропускают один раз под ремень в направлении снизу вверх (рисунок 36). 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 лямку 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 в 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.



Рисунок 36 — Дополнительное к ляжке Ш-4 использование поясного ремня

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

Третий способ — наложение лямки 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 лямку 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. Этим способом лямка накладывается за 30–40 секунд.

В боевой обстановке, если невозможно извлечь раненого танкиста через люк заряжающего или люк командира танка, используют запасный люк и люк механика-водителя.

Извлечение раненого через запасный люк облегчается в тех случаях, когда между днищем танка и землей имеется достаточное пространство (канавы, воронка или щель). Санитарный инструктор должен уметь сам увеличить это пространство подкапыванием слоя снега или земли под днищем танка.

Удобнее извлекать раненого вдвоем, при этом один находится внутри танка, а другой — под танком.

Раненого, извлеченного из танка (головой или ногами вперед), укладывают на разостланную под танком плащ-палатку или шинель и оттаскивают из-под танка.

Извлечение раненого через люк механика-водителя. Для этого требуются, как правило, три человека: двое располагаются снаружи танка, около люка, а третий (санитарный инструктор) — внутри танка. Наложив на раненого лямку Ш–4, санитарный инструктор подает свободный конец ее танкистам, находящимся снаружи. Они подтягивают раненого к себе, а после того как туловище раненого покажется из люка, производят дальнейшее извлечение самостоятельно.

Лямка Ш–4 может быть использована для поднятия раненого на высоту и для спуска его вниз (с верхних этажей разрушенных зданий, с вертолета). Раненых можно поднять на вертолет, находящийся на режиме висения, с помощью лямки Ш–4, наращенной тросами, веревками или носилочными лямками. Для обеспечения большой устойчивости раненого в воздухе обязательно дополнительно используется поясной ремень. Спуск раненых с верхних этажей разрушенных зданий.

Для извлечения раненых из танка, а также для подъема на высоту и спуска с высоты, кроме специальной лямки Ш–4, можно пользоваться двумя скрепленными между собой носилочными лямками; их накладывают на раненого так же, как и специальную.

6. ПОГРУЗКА РАНЕНЫХ НА САНИТАРНЫЙ И ОБЩЕВОЙСКОВОЙ ТРАНСПОРТ

Санитарный автомобиль УАЗ–452А обладает высокой проходимостью (обе оси ведущие). Кузов автомобиля, с улучшенной рессорной подвеской, оборудован вентиляционным и отопительным устройствами.

Существуют три основных варианта размещения раненых в автомобиле: на носилках — 4, сидя — 2; на носилках — 2, сидя — 5; только сидя — 7 (рисунок 37).

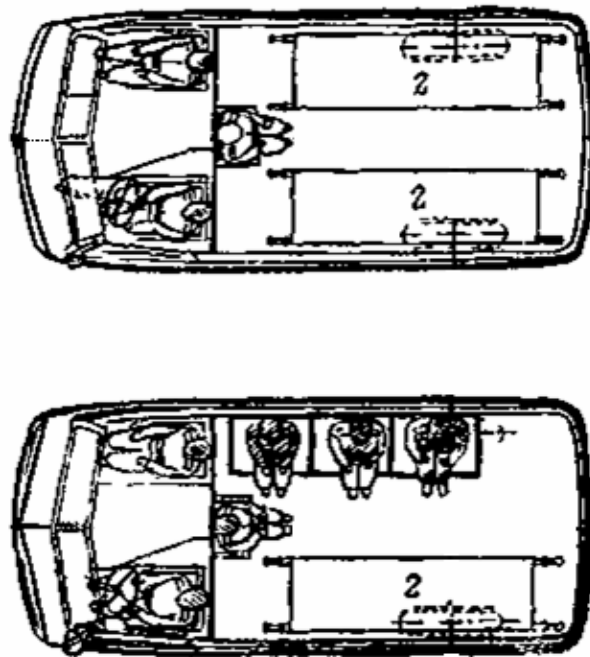


Рисунок 37 — Вариант размещения раненых в санитарном автомобиле УАЗ–452А

Для погрузки и размещения раненых требуются два или три санитара. В первом случае носилки с раненым предварительно устанавливают на землю перед задней дверью автомобиля, во втором случае размещение производится «с ходу». При погрузке раненых «с ходу» передний санитар поочередно передает рукоятки носилок шоферу, находящемуся внутри кузова. Размещение носилок начинается с верхнего яруса правой или левой стороны. Вынос раненых производится в обратном порядке.

При размещении носилок с ранеными может быть использован и другой вариант. Санитары, подойдя к задней двери автомобиля, опускают носилки на землю, становятся по обе стороны их лицом друг к другу, поднимают носилки, устанавливают их на пол кузова и продвигают вперед. Один из санитаров проходит в переднюю часть кузова и вместе со вторым, находящимся у задней двери автомобиля, размещает носилки на верхнем ярусе.

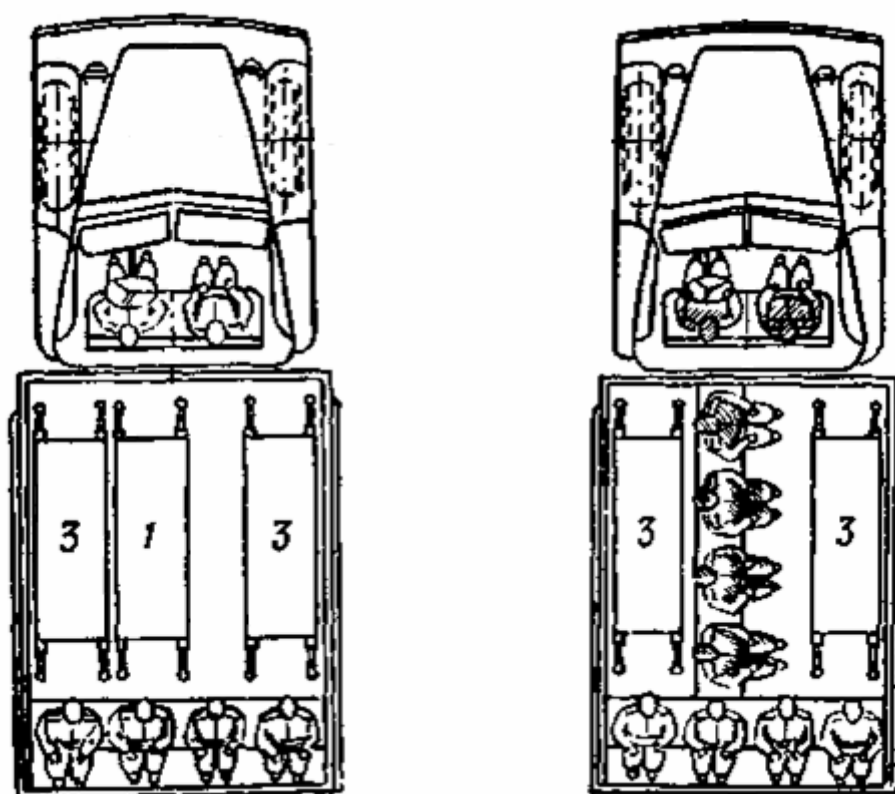


Рисунок 38 — Вариант размещения раненых в грузовом автомобиле
(цифры на носилках обозначают количество ярусов)

Санитарный автомобиль АС-66

Оборудование автомобиля позволяет перевозить раненых в трех вариантах: на носилках — 9 человек, на сиденьях—4 (1-й вариант), на носилках — 6, на сиденьях—10 (2-й вариант), на сиденьях— 18 (3-й вариант) (рисунки 39, 40).

На подготовку оборудования для эвакуации раненых затрачивается: по первому варианту 3 мин 30 сек, по второму — 6–7 мин, по третьему — 5 мин 30 сек.

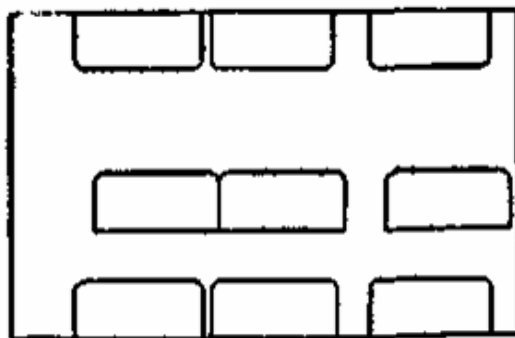


Рисунок 39 —Схема размещения сидений в кузове автомобиля АС-66

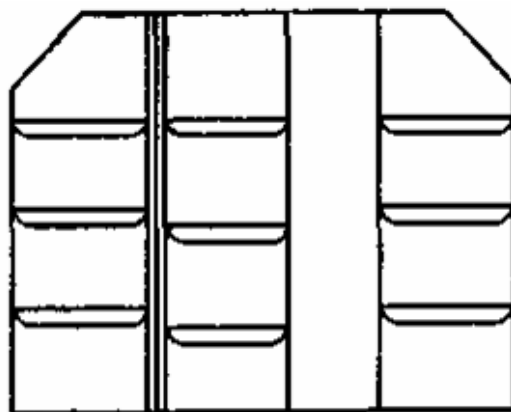


Рисунок 40 — Схема размещения носилок в кузове автомобиля АС-66

В боевой обстановке для эвакуации раненых могут использоваться грузовые автомобили различных марок. Их заблаговременно оборудуют специальными приспособлениями, которые не должны мешать перевозке грузов.

Приспособления могут состоять из деталей (кронштейны, ляжки и т. д.), с помощью которых в кузове крепят носилки. В Великую Отечественную войну такие приспособления изготовлялись непосредственно в частях и успешно применялись.

Один из вариантов размещения раненых в кузовах грузовых автомобилей, приспособленных для перевозки раненых, показан на рисунок 38.

Ввиду чрезмерной жесткости рессор грузового автомобиля необходимо стремиться к максимальному использованию его грузоподъемности, что обеспечит больший покой перевозимым раненым. Поэтому целесообразнее всего применять комбинированное размещение раненых (на носилках и сидя) или добавлять дополнительный груз (балласт). При перевозке тяжелораненых в необорудованных грузовых автомобилях на пол кузова надо положить матрацы, сено, солому, ветки и покрыть их брезентом или одеялами. Автомобили должны быть оборудованы тентами.

Для эвакуации раненых в госпитали, лечебные учреждения, а также при перевозке их в городах могут использоваться приспособленные автобусы, трамваи, троллейбусы и другие виды городского транспорта.

В боевой обстановке для эвакуации раненых, перевозки личного состава медицинской службы и медицинского имущества могут использоваться самолеты и вертолеты в санитарном варианте.

Санитарный автомобиль с ранеными должен подъезжать к самолету слева на расстояние 5 м под углом 45° к фюзеляжу (рисунок 41).

Для размещения носилочного раненого требуются два санитары. Сидячий раненый проходит через правую дверь и занимает переднее правое сиденье, а сопровождающий медицинский работник — чрез левую дверь и занимает заднее левое сиденье. Для размещения только сидячих раненых требуется 2 мин, при комбинированном размещении — 3 мин.

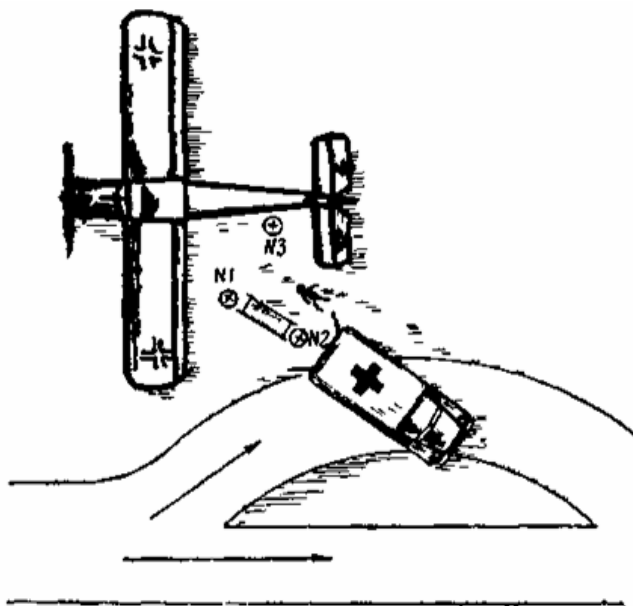


Рисунок 41 — Способ подъезда санитарного автомобиля к самолету

Самолет Ан-2 при одном сопровождающем медицинском работнике может перевезти 6 лежащих раненых или 10 сидячих; 3 лежащих и 5 сидячих.

Размещение раненых производят три санитары. Носилочных раненых размещают головой вперед сначала на верхнем, а затем на среднем и нижнем ярусах. Раненых с большим весом размещают на нижних ярусах, а раненых, находящихся в тяжелом состоянии, требующих наблюдения и ходячих — на средних. При комбинированной перевозке сначала размещают всех носилочных раненых с правой стороны, а затем сидячих — вдоль левого борта.

Для размещения носилочных раненых требуется 8–10 мин.

Вертолеты

Для подъема и опускания вертолета требуется небольшая горизонтальная посадочная площадка размером всего 50×50 м. Это позволяет широко использовать вертолет для эвакуации раненых непосредственно из очагов массового поражения.

Санитарный автомобиль должен подъезжать к вертолету слева (спереди назад) по транспортной петле на расстояние 7 м при погрузке раненых через боковую дверь и 10 м при погрузке через грузовой люк под углом 45° к дверям люка.

Погрузку раненых в вертолет могут производить 3 санитары. Кроме того, вертолет способен висеть в воздухе на одном месте, что позволяет без посадки поднять на него раненых с земли с помощью подъемного троса и лебедки.

Погрузку раненых с земли в вертолет на режиме висения производят 4–5 человек. Оказав раненому необходимую медицинскую помощь, санитарный инструктор готовит его к подъему в вертолет, для чего укладывает на носилки и привязывает к ним носилочными лямками. Подвешивание носи-

лок с прикрепленным к ним раненым производится с помощью двух лямок Ш–4 или специальной подвесной системы (рисунок 42). 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.

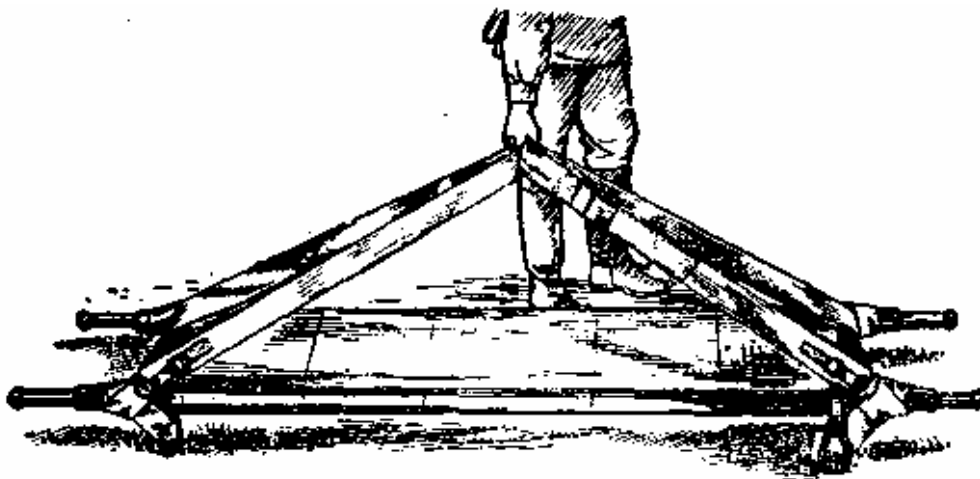


Рисунок 42 — Закрепление двух лямок Ш–4 на рукоятках носилок

На вертолет с помощью лебедки можно поднять и легкораненого; для этого на него заранее на земле надевается лямка Ш–4 или специальная подвесная система.

В пути следования санитарный инструктор обязан наблюдать за состоянием здоровья раненых, исправлять повязки и оказывать помощь при перемене положения раненого на носилках.

Медицинские пункты и госпитали должны иметь обменный фонд носилок и не допускать перекладывания раненого с одних носилок на другие. В связи с этим необходимо следить за тем, чтобы санитарные носилки всегда были в образцовом порядке.

Все виды санитарного транспорта должны иметь знак Красного Креста, представляющий собой крест красного цвета на белом фоне (белый круг). На санитарные автомобили знак Красного Креста наносится на передний, задний и боковые борта, и на крышу.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Комаров Ф. И.* Военно-медицинская подготовка / Ф. И. Комаров. — М., 1984. — 400 с.
2. *Сиротко В. В.* Могилевич. Организация медицинского обеспечения войск / В. В. Сиротко, В. В. Редненко, В. В. Могилевич. — Витебск, 2005. — 644с.
3. Военно-полевая хирургия : учеб. пособие под ред. С. А. Жидкова и С. Н. Шнитко. — Мн., 2001 — 307 с.

СОДЕРЖАНИЕ

1. Обязанности санитарного инструктора роты и санитар-стрелка...	3
2. Мероприятия первой медицинской помощи	6
3. Оснащение санитарной инструкторской роты, санитар-стрелка...	7
4. Работа санитарного инструктора роты и санитар-стрелка по розыску, сбору, выносу (выводу) раненых с поля боя с использованием табельных и подручных средств	12
4.1. Способы розыска раненых в бою	12
4.2. Способы оттаскивания раненых в укрытии	16
4.3. Переноска раненых	19
5. особенности оказания первой медицинской помощи раненым танкистам и способы извлечения раненых из танка	32
5.1. Способы проникновения в подбитый танк	32
5.2. Способы извлечения раненых из танка	34
6. Погрузка раненых на санитарный и общевойсковой транспорт.....	38
Список использованной литературы	42

Учебное издание

Голуб Геннадий Валентинович

**РАБОТА САНИТАРНОГО ИНСТРУКТОРА РОТЫ
(САНИТАРА-СТРЕЛКА) НА ПОЛЕ БОЯ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 3 курса, обучающихся на военной кафедре
по программе подготовки офицеров запаса**

Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 16 04. 2008
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 2,56. Уч.-изд. л. 2,8. Тираж 60 экз. Заказ № 129

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004