

МИНИСТЕРСТВО ОБОРОНЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ГЛАВНОЕ ВОЕННО-  
МЕДИЦИНСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ

**НАСТАВЛЕНИЕ            ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ  
ПОМОЩИ    РАНеным И БОльНЫм**

**Москва 2000**

«Наставление...» предназначено для солдат, сержантов, прапорщиков и офицеров Вооруженных Сил, а также для личного состава войсковой медицинской службы. Оно разработано на основе требований наставлений, указаний, инструкций, памяток и другой учебно-методической медицинской литературы применительно к Программе боевой подготовки частей и подразделений Сухопутных войск.

В «Наставлении ...» излагаются содержание первой помощи раненым и больным, медицинское оснащение, применяемое при выполнении отдельных мероприятий, организация первой помощи в подразделении. Дается описание и иллюстрации способов и приемов наложения первичных повязок, обезболивания, временной остановки кровотечения, неотложных реанимационных мероприятий, первой помощи при переломах костей, травматическом шоке, ожогах, отморожениях, несчастных случаях, поражении ядерным, химическим, биологическим оружием, а также способов эвакуации и тактики действий при оказании первой помощи на поле боя.

© ВМедА, 2000

## Глава первая ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

### 1. Содержание первой помощи раненым и больным

1. Одним из главных условий сохранения жизни, восстановления здоровья и быстреего возвращения раненых и больных в строй является своевременное оказание им первой помощи. Раненым и больным для восстановления здоровья требуются различные лечебно-профилактические мероприятия. В связи с невозможностью их выполнения непосредственно на месте ранения единый процесс лечения разделяется на отдельные виды помощи оказываемой на поле боя (первая помощь, доврачебная помощь) и в медицинских подразделениях, частях, учреждениях (первая врачебная помощь, квалифицированная и специализированная медицинская помощь, медицинская реабилитация).

2. **Первая помощь** оказывается, как правило, на месте получения ранения (поражения) или развития заболевания в порядке самопомощи (оказывает сам пострадавший) и взаимопомощи (оказывает товарищ), а также санитарями и санитарями-стрелками. Для ее оказания используются преимущественно индивидуальные средства медицинского оснащения.

3. Цель первой помощи заключается в том, чтобы не допустить гибели раненого путем временного устранения причин, угрожающих его жизни, а также предупредить развитие тяжелых осложнений. Объем первой помощи, оказываемой пострадавшим на поле боя, включает:

- извлечение раненых из боевых машин, труднодоступных мест, очагов пожара, оттаскивание их в укрытия и обозначение;

- тушение горящего обмундирования и попавшей на тело зажигательной смеси;

- надевание на пораженных, при нахождении на зараженной местности, противогаза и средств защиты кожи;

- временную остановку наружного кровотечения с помощью пальцевого прижатия магистральных сосудов, давящей повязки, жгута или закрутки из подручных средств;

- введение антидотов с профилактической и лечебной целью из шприц-тюбика;

- устранение асфиксии путем освобождения верхних дыхательных путей от слизи, крови, инородных тел, устранение западения языка изменением положения тела, проведения искусственного дыхания методом «рот ко рту» («рот к носу»), с помощью трубки дыхательной и закрытого массажа сердца при остановке дыхания;

- введение обезболивающего средства с помощью шприц-тюбика;

- наложение защитной повязки на рану или ожоговую поверхность и герметичной повязки при проникающих ранениях грудной клетки;

- иммобилизацию конечностей при переломах и обширных повреждениях тканей простейшими способами с использованием табельных и подручных средств;

- частичную санитарную обработку открытых участков кожи и дегазацию прилегающего к ним обмундирования с использованием индивидуального противохимического пакета;

- прием антибиотиков, противорвотных и других лекарственных средств;

- защиту раненых от переохлаждения (перегревания) с помощью табельных и подручных средств.

4. После оказания первой помощи раненых и больных эвакуируют в медицинские подразделения, части (учреждения). Эвакуация осуществляется санитарными транспортными средствами, а также вертолетами и общевойсковыми транспортными средствами. Тяжелораненые и тяжелобольные, состояние которых не допускает их дальнейшей транспортировки, подвергаются временной госпитализации на войсковых этапах медицинской эвакуации.

На этапах медицинской эвакуации оказывается медицинская помощь всем нуждающимся в ней, независимо от того, к составу какой части принадлежит раненый (больной). Раненые и больные, находящиеся на этапе медицинской эвакуации, независимо от воинских званий, подчиняются начальнику этого этапа.

### 2. Медицинское оснащение для оказания первой помощи раненым и больным

#### *Индивидуальное и групповое медицинское оснащение*

5. Для оказания первой помощи личный состав Вооруженных Сил оснащают носимыми индивидуальными средствами: аптечкой индивидуальной, пакетами индивидуальными - перевязочным и противохимическим (индивидуальное медицинское оснащение).

Экипажи и расчеты танков и других подвижных объектов вооружения и военной техники дополнительно обеспечивают аптечкой войсковой (групповое медицинское оснащение).

Индивидуальное и групповое медицинское оснащение личного состава позволяет самому пострадавшему или его товарищу оказать первую помощь непосредственно на месте ранения (поражения).

Номенклатура и число предметов, входящих в состав аптечек, регламентированы специальным сборником.

**6. Аптечка индивидуальная (АИ)** рассчитана на оказание первой помощи в порядке само- и взаимопомощи и позволяет снижать воздействие поражающих факторов современных видов оружия.

Аптечка содержит: наркотический анальгетик (промедол), противорвотное средство (этаперазин), радиопротектор (цистамин), антидоты (афин, «Препарат П-10М»), антибиотик (доксциклин), анти септик (йод), средство для обеззараживания воды (пантоцид).

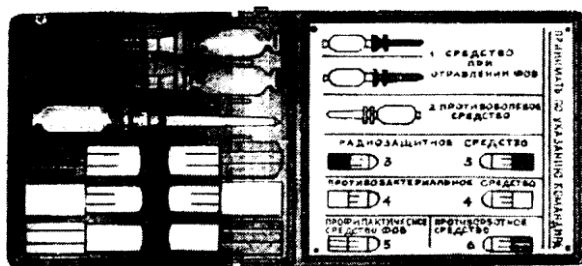


Рис. 1.1. Аптечка индивидуальная

*Противоболоеое средство* – 1% раствор промедола в шприц-тюбике по 1 мл с неокрашенным колпачком применяется с целью предупреждения развития травматического или ожогового шока. Вводится подкожно или внутримышечно при ожогах и ранениях, сопровождающихся сильными болями.

*Противорвотное средство* - этаперазин 5 таблеток по 0,006 в пенале синего цвета. Применяется при угрозе облучения или же сразу после него, а также при появлении тошноты в результате контузии и травм. Применяют по одной таблетке два раза в день, по возможности запивая водой.

*Радиозащитное средство* - цистамин 12 таблеток по 0,2 в двух пеналах малинового цвета. Содержимое одного пенала составляет разовую, двухсуточную дозу. При угрозе облучения проникающей радиацией принимаются одновременно шесть таблеток (содержимое одного пенала), по возможности их запивают водой. При продолжительном облучении, например, при нахождении на местности, зараженной радиоактивными веществами, через 4-5 часов следует принять еще шесть таблеток (содержимое второго пенала).

*Средство при отравлении ФОВ* - афин в шприц-тюбике по 1 мл с красным колпачком, вводится подкожно или внутримышечно при первых же признаках поражения ФОВ: затрудненном дыхании, появлении слюнотечения и нарушении зрения.

*Средство для профилактики отравлений ФОВ* - «Препарат П-10М» две таблетки по 0,2 в пенале желтого цвета. Применяется по 1 таблетке при угрозе отравления ФОВ за 0,5-1 час. Прием второй таблетки через 16-20 часов, при необходимости.

*Противобактериальное средство* - доксициклин 4 таблетки по 0,1 активного вещества в неокрашенных пеналах. При угрозе поражения биологическими (бактериальными) средствами, а также при ранениях и ожогах (для профилактики раневой инфекции) принимаются одновременно две таблетки, по возможности запивают водой. Через 12 часов принимают еще 2 таблетки.

*Антисептическое средство* - йода 5% спиртовой раствор две ампулы по 1 мл применяется для обработки окружности раны.

*Средство для обеззараживания воды* - «Пантоцид» 20 таблеток в пенале. Обеспечивает обеззараживание 0,75 л воды, содержащейся в одной фляге, через 15 мин. после растворения в ней одной таблетки (в случае сильного заражения воды - двух таблеток). Содержит в одной таблетке 0,0082 г пантоцида, 0,0036 карбоната натрия безводного (для повышения растворимости пантоцида) и 0,1082 г хлорида натрия.

Упаковка - специальный пластмассовый футляр с перегородками, на внутренней стороне которого приведены перечень и краткое предназначение препаратов, входящих в аптечку. Масса - 100 г.

**7. Пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный** рассчитан для оказания первой помощи в порядке само- и взаимопомощи.

Содержит: стерильную повязку в бумажной оболочке, состоящую из бинта шириной 10 см и длиной 7 м и двух одинаковых по величине ватно-марлевых подушечек размером 17х32 см; одна из подушечек пришита к бинту, а другая связана с ним подвижно и может свободно перемещаться по его длине. В складке внутренней оболочки имеется безопасная булавка.

Упаковка - оболочка из полимерного (прорезиненного) материала. Масса - 100 г.

**8. Пакет противохимический индивидуальный ИПП-8** рассчитан на оказание первой помощи в порядке само- и взаимопомощи при поражении капельно-жидкими отравляющими веществами.

**МТП РСФСР**  
**ГОРОДИЩЕНСКАЯ ОТДЕЛОЧНАЯ Ф-КА**  
**ПАКЕТ ПЕРЕВЯЗОЧНЫЙ**  
**ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ**  
**СТЕРИЛЬНЫЙ**  
**ГОСТ 1179 – 70**  
**Изготовление 1997 г.**

**СПОСОБ ВСКРЫТИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЯ**

**1. Разорви по надрезу прорезиненную оболочку и сними ее.**

Рис. 1.2. Пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный

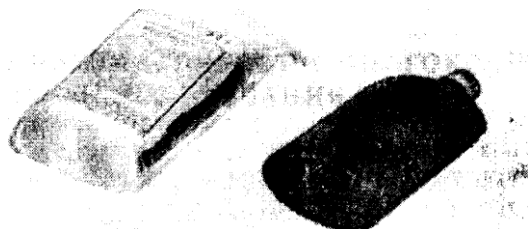


Рис. 1.3. Пакет противохимический индивидуальный ИПП-8

Состоит из плоского стеклянного флакона емкостью 200 мл, заполненного универсальным дегазирующим раствором, четырех ватно-марлевых тампонов и памятки о правилах использования пакета. Количество Дегазатора во флаконе обеспечивает обработку 1500-2000 см<sup>2</sup> поверхности тела.

Упаковка - полиэтиленовая оболочка. Масса - 250 г.

**9. Пакет противохимический индивидуальный ИПП-10** рассчитан на профилактику и оказание первой помощи при поражении капельно-жидкими отравляющими веществами.

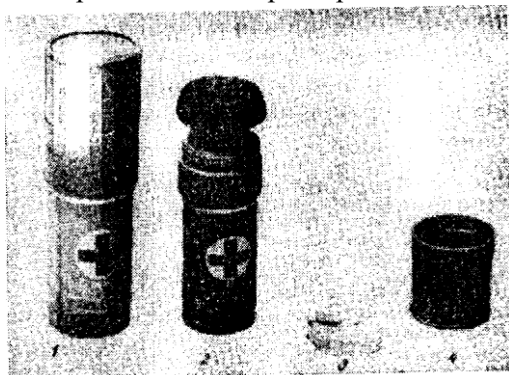


Рис.1.4. Пакет противохимический индивидуальный ИПП-10

Позволяет провести дегазацию открытых участков кожных покровов и прилегающего к ним обмундирования при температуре от  $-20^{\circ}$  до  $+40^{\circ}\text{C}$ ; нанесение рецептуры на кожные покровы до заражения дает возможность отсрочить их последующую дегазацию на 15 минут. Содержит: 185 мл защитно-дегазирующей рецептуры.

Упаковка - алюминиевый баллон. Масса - 240 г.

**10. Аптечка войсковая АВ** предназначена для оснащения боевых машин и военной техники на колесном и гусеничном ходу.

Рассчитана на оказание первой помощи в порядке само- и взаимопомощи 3-4 раненым и обожженным из числа членов экипажей (расчетов) боевых машин и военной техники.

Содержит: антисептик (йод), раздражающее средство (аммиак), средство для обеззараживания воды (пантоцид), перевязочные средства (бинт марлевый стерильный, повязки медицинские малые, косынка медицинская), жгут кровоостанавливающий, булавки безопасные.

Упаковка - **коробка** картонная. Масса <sup>л</sup> **1,8** кг.

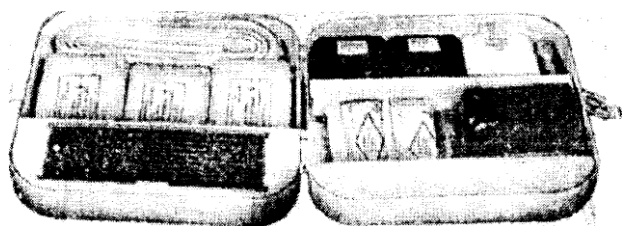


Рис. 1.5. Аптечка войсковая АВ

### Медицинское оснащение санитарного инструктора и санитаря \*

\* Здесь и далее по тексту оснащение санитаря соответствует оснащению санитаря-стрелка и водителя-санитаря.)

**11.** Санитарный инструктор и санитар, кроме перечисленных предметов индивидуального медицинского оснащения, обеспечиваются, сумкой медицинской войсковой и сумкой медицинской санитаря, соответственно, а также лямкой медицинской носилочной (специальной), нарукавным знаком Красного Креста, накидкой медицинской.

Медицинское оснащение санитарного инструктора и санитаря позволяет наложить первичную повязку на рану, обеспечить временную остановку кровотечения, транспортную иммобилизацию переломов, ран и ожогов, профилактику поражений ионизирующими излучениями, введение антидотов при поражении отравляющими веществами, а также выполнение других мероприятий первой помощи раненым и больным.

**12.** Сумка медицинская санитаря СМС рассчитана на оказание первой помощи 30 раненым и больным.

Содержит: антисептик (йод), раздражающее вещество (аммиак), антибиотик (доксциклин), противорвотное средство (этаперазин), радиозащитное средство (цистамин), препарат натрия (натрия гидрокарбонат).

Имеются также перевязочные средства (бинты марлевые стерильные, вата медицинская гигроскопическая, косынки медицинские, лейкопластырь, пакеты перевязочные индивидуальные, повязки медицинские малые) и другие предметы (жгуты кровоостанавливающие, ножницы, булавки безопасные, нож складной, блокнот, карандаш).

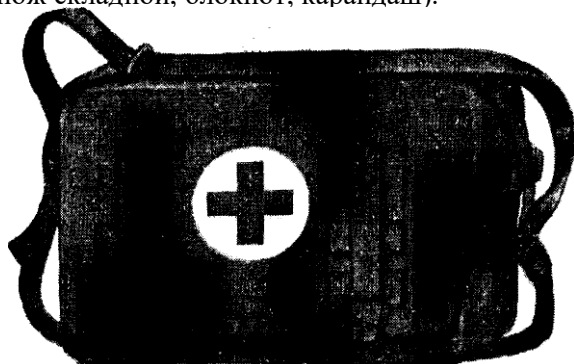


Рис. 1.6. Сумка медицинская войсковая СМВ

Упаковка - чехол сумки СМВ. Масса - 3,9 кг. Чехол изготавливается из специальной водонепроницаемой ткани. Дно, крышка и боковые стенки чехла мягкие, передняя и задняя стенки полужесткие, усиленные прокладками из водонепроницаемого картона. Крышка, имеющая боковые клапаны, представляет собой продолжение задней стенки и перекрывает переднюю стенку более чем на две трети. Чехол сумки снабжен плечевым ремнем с пряжкой-пятистенкой и шлевкой, а также двумя запорами. Внутри чехол разделен матерчатой перегородкой на два отделения. Продолжением боковых стенок являются два откидных кармана на клапанах.

**13. Сумка медицинская войсковая СМВ** рассчитана на оказание первой и доврачебной помощи 30 раненым и обожженным, пораженным ионизирующими излучениями, отравляющими веществами и бактериальными средствами.

Содержит: анальгетики наркотический (промедол) и ненаркотический (анальгин), транквилизатор (феназепам), противорвотное средство (этаперазин), стимулятор центральной нервной системы (сиднокарб), раздражающее средство (аммиак), препарат натрия (натрия гидрокарбонат), препараты для профилактики и лечения поражений радиоактивными и отравляющими веществами (афин, цистамин, «Препарат П-10М», антициан), антисептик (йод), вазелин косметический, сульфаниламид (сульфален), антибиотик (доксисицилин).

Имеются также перевязочные средства (бинты марлевые стерильные, вата медицинская гигроскопическая, косынки медицинские, лейкопластырь, пакеты перевязочные индивидуальные, повязки медицинские малые) и другие предметы (жгуты кровоостанавливающие, ножницы, пинцет анатомический, термометр медицинский, трубка дыхательная, булавки безопасные, нож складной, блокнот, карандаш).

Упаковка - чехол сумки СМВ. Масса - 4,5 кг.

**14. Лямка медицинская носилочная** представляет собой парусиновую ленту с накладкой в средней части и металлической пряжкой на одном конце.

Длина лямки 3450 мм, ширина 65 мм. Масса - 0,65 кг.

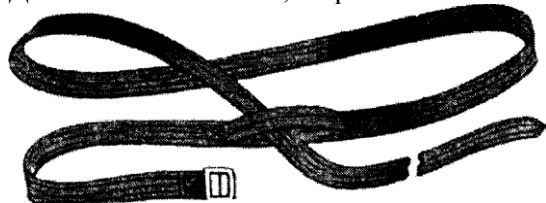


Рис. 1.7. Лямка медицинская носилочная

**15. Лямка медицинская специальная** 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.

Длина лямки 3600 мм, ширина 65 мм. Масса - 1,06 кг.



Рис. 1.8. Лямка медицинская специальная

**16. Носилки санитарные** состоят из двух дюралюминиевых несущих брусьев с резиновыми рукоятками на концах, четырех стальных ножек, двух шарнирных стальных распорок и брезентовых ремней с пряжками, а также съемного полотнища с карманом-подголовником.

Длина носилок 2200 мм, ширина 560 мм, высота 165 мм.

Масса - 8,5 кг.

**17. Ремень привязной к носилкам санитарным РПН** предназначен для фиксации раненых и больных к санитарным носилкам при переноске их по крутым подъемам и спускам, при транспорти-

ровании на всех видах транспорта и фиксации больных, находящихся в состоянии психомоторного возбуждения.

Представляет собой ременные ленты защитного цвета: две головные с петлями на концах для ножек носилок, продольной, поперечной и ножной. Головные и ножная ленты неподвижно соединены с продольной лентой. Поперечная лента движется вдоль продольной, имеет металлическую пряжку, ремешки с пряжками-полукольцами для фиксации рук. Ножная лента на коротком конце имеет регулируемую металлическую пряжку.

Длина лент: головных - 600 мм, продольной - 600 мм, поперечной - 1500 мм, ножной - 2440 мм, для рук - 900 мм; ширина - 25-35 мм. Масса - 0,75 кг.

**18. Носилки траншейные** предназначены для выноса раненых и больных из окопов, траншей, ходов сообщений и других труднодоступных мест.

**19. Носилки иммобилизирующие вакуумные** предназначены для транспортной иммобилизации раненых (больных) с общей тяжелой травмой и обширными ожогами.



Рис. 1.10. Носилки иммобилизирующие вакуумные

Носилки выполнены в виде матраца из прорезиненной воздухонепроницаемой ткани с клапаном и внутренним хлопчатобумажным конвертом с секция-

ми, заполненными гранулами полистирола. Носилки имеют веревки для фиксации раненого и ножной вакуумный насос со шлангом. При отсасывании воздуха из матраца с лежащим на нем человеком гранулы облегают контуры тела, образуя твердое ложе. Масса-14 кг.

Состоят из трех шарнирно соединенных между собой металлических панелей. В головной части носилок имеются две откидные ручки и брезентовый подголовник. Носилки имеют регулируемые фиксирующие ремни с пряжками.

Длина носилок 2100 мм, ширина 500 мм, высота 140мм.

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

**20. Носилки санитарные ковшовые** из композиционного материала предназначены для подъема раненых с обширными травмами опорно-двигательного аппарата с минимальным травмированием без изменения положения тела при подъеме, переноски раненых в положении «лежа», переноски раненых в положении «сидя» в местах с ограниченным пространством (окопы, траншеи и т.д.), подъема раненых, размещенных на носилках в вертикальном положении из труднодоступных мест с помощью механизированных средств, использования в качестве иммобилизирующих средств при установке на носилки санитарные.

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

Длина носилок - 1680-2350 мм; ширина - 480 мм;

высота - 160 мм; масса - 6,5 кг.

**21. Накладка медицинская** предназначена для защиты раненых и больных от неблагоприятных метеорологических факторов (низких температур, осадков, интенсивной солнечной радиации).

Накладку представляет полотнище из лавсановой пленки, длиной - 2500 мм, шириной - 2300 мм, металлизированное с одной стороны слоем напыленного алюминия. Масса - 0,16 кг.



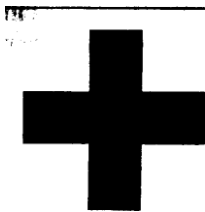


Рис. 1.11. Знак нарукавный Красного Креста

22. **Знак нарукавный Красного Креста** представляет собой шитую из отбеленной бязи повязку длиной 400 мм и шириной 120 мм с нашитым в центре или отпечатанным типографским способом красным крестом размером 90х90 мм (квадраты, образующие концы креста, имеют размер 30х30 мм); к повязке приложены две безопасные булавки для прикрепления ее к одежде.

Повязку носят на левом рукаве на средней трети плеча.

23. **Препараты для обеззараживания воды:** пантоцид, аквасепт. Они упакованы в стеклянную трубку с корковой или полиэтиленовой пробкой. В трубке 10 таблеток. Для обеззараживания одной фляги воды (0,75 л) из колодца, родника требуется одна таблетка; для обеззараживания воды из каналов, арыков и т.п. - четыре таблетки. Время экспозиции при обеззараживании воды - 40-50 мин.

24. Устройство для обеззараживания воды из пресноводных источников «Родник» представляет собой полимерную трубку, снабженную мундштуком для просасывания воды ртом (длина трубки - 250мм, диаметр - 16 мм, масса - 118 г.). Скорость просасывания воды - 40-60 мл/мин. Ресурс устройства - 20-40 литров.

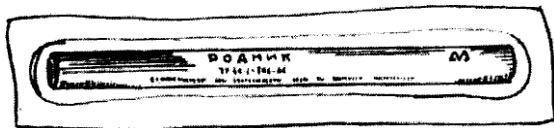


Рис. 1.12. Устройство для обеззараживания воды «Родник»

### 3. Организация первой помощи раненым и больным в подразделении

25. Каждый солдат и сержант обязан: бережно относиться к своему здоровью, быть адаптированным к условиям местности и боевых действий, знать и уметь оказывать первую помощь, используя средства индивидуального медицинского оснащения; при ранении (поражении) оказать помощь себе и своему товарищу, оттащить его в укрытие и обозначить подручными средствами (закреплением бинта на кусте, шесте, оружии или другим способом).

26. Командир подразделения обязан принимать необходимые меры по охране и укреплению здоровья личного состава и оказанию первой помощи раненым и больным.

27. При планировании боя он определяет порядок и меры, направленные на уменьшение воздействия поражающих факторов боевых средств противника, а также окружающей среды. Для этих целей предусматривается использование защитных свойств местности, инженерных сооружений, боевой техники, индивидуальных средств защиты кожи и органов дыхания, касок, бронежилетов, при необходимости защитных козырьков и очков, а также медикаментозных препаратов из аптечки индивидуальной (антидотов, антибиотиков, препаратов для обеззараживания воды) и др.

28. В межбоевой период он организует мероприятия по адаптации (акклиматизации) к условиям местности и боевых действий, обучение правилам пользования коллективными и индивидуальными средствами защиты, применения профилактических медикаментозных средств, повышающих устойчивость организма к поражениям, заболеваниям, принимает меры по обеспечению доброкачественной пищи и водой.

29. В бою командир организует оказание первой помощи, а также сбор, вынос (вывоз) и эвакуацию раненых с поля боя (очагов массовых санитарных потерь), используя для этих целей все имеющиеся средства.

Тяжелораненые и тяжелобольные эвакуируются с поля боя (очагов массовых санитарных потерь), как правило, вертолетами, выделяемыми по решению соответствующих командиров.

30. Основой организации первой помощи раненым и больным в подразделении является решение командира на бой, а также распоряжение старшего командира (начальника) по организации ме-

дицинского обеспечения подразделения.

31. Первую помощь раненым и больным и их эвакуацию командир подразделения организует лично, через начальника штаба, командира медицинского взвода (санитарного инструктора роты) и командиров рот (взводов).

32. При организации боя командир подразделения обычно указывает: место развертывания (размещения) медицинского пункта и порядок его перемещения в ходе боя (марша);

порядок розыска, сбора, выноса и эвакуации раненых и больных;

размеры и сроки создания запасов медицинского имущества и порядок их пополнения; порядок фортификационного оборудования, охраны, обороны медицинского пункта.

Кроме того, он сообщает подчиненным командирам место расположения медицинского пункта (медицинской роты) полка (бригады), пути эвакуации раненых и больных, средства усиления старшего командира (начальника), выделяемые в подразделение, и сигналы для вызова медицинского персонала. Обычно устанавливаются два сигнала: **«Вызов санитарного инструктора»** и **«Требуется вынос»**.

33. Сигнал «Требуется вынос» подается после оказания раненому первой помощи и обозначения его местонахождения подручными средствами, хорошо видимыми при подходе с тыла и скрытыми от противника (например, куском бинта на ближайшем предмете - дереве, кусте, на палке, на пне). При наличии в подразделении более трех тяжело раненых, первая помощь которым потребует много времени, подается сигнал «Вызов санитарного инструктора».

Для передачи сигналов применяются радио-, проводные, подвижные и сигнальные средства связи.

34. Вынос (вывоз) раненых осуществляется личным составом подразделений сбора и эвакуации при всех благоприятных моментах в ходе боя (подавление огневых точек противника, продвижении своих войск вперед, перенос противником огня на другие цели и т.п.).

35. К раненому в ходе боя обычно приближаются ползком, скрываясь и используя складки местности, перерывы и ослабление огня противника или делая короткие перебежки. Способ приближения на поле боя к раненому выбирается в зависимости от плотности огня противника, от рельефа и других особенностей местности, времени года, суток, состояния погоды.

В тех случаях, когда приходится приближаться к раненому делая перебежки, предварительно намечается 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) необходимо с бега лечь и отползти несколько в сторону.

При перебежках назад или в сторону на каждой остановке нужно лечь лицом к противнику.

В тех случаях, когда продвигаться к раненому приходится ползком, также заранее намечается путь движения и укрытые пункты остановок для передышки.

36. Если обнаружено несколько раненых, лежащих вблизи друг от друга, первая помощь оказывается наиболее тяжелораненому (сильное кровотечение, удушье, судороги). Необходимо помнить, что крики, громкие жалобы и общее беспокойство раненого еще не доказывают тяжести ранения (поражения).

Чаще тяжелораненый, 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, резко затрудненное свистящее дыхание, судороги, выпавшие из раны внутренности (например, кишки).

37. Если тяжелораненый лежит на открытой местности, а других тяжелораненых, нуждающихся в первой помощи, нет, то необходимо оттащить тяжелораненого в ближайшее укрытие, при отсутствии укрытия следует несколькими ударами лопаты создать (со стороны противника) бруствер около раненого, чтобы замаскировать и защитить его от вторичного ранения.

Местами укрытия раненых (пораженных) могут быть убежища, блиндажи, окопы, рвы, овраги, ямы, воронки от бомб и снарядов, обратные скаты высот, крупные камни, строения и в меньшей степени деревья и кусты. В случае применения противником боевых отравляющих веществ необходимо учесть, что они могут застаиваться в низменных местах, поэтому нельзя размещать раненых (пораженных) в ямах, окопах, оврагах и особенно в воронках от снарядов, а надо укрывать их за обратными скатами высот.

Во всех случаях следует защитить раненого от непогоды (укрыть накидкой медицинской, ши-

нелю, плащ-палаткой, надеть на него ушанку, тщательно завязать ее).

**38. В** тех случаях, когда розыск раненых затруднен (в лесу, кустарнике, во время тумана, ночью), организуется тщательный осмотр района, где могут находиться тяжелораненые и пораженные. С этой целью медицинский персонал и выделяемый им в помощь личный состав подразделений составляют цепью. Расстояние между людьми в цепи должно обеспечивать зрительную связь между ними и надежный осмотр местности. Сзади цепи следует 2-3 звена санитаров-носильщиков. При работе ночью необходимо соблюдать полную тишину - это помогает обнаруживать раненых по их стонам. Под руководством старшего группы цепь продвигается вперед (при необходимости - ползком), не оставляя неосмотренным ни одного участка местности. Особенно тщательно осматриваются окопы, кустарники, воронки от снарядов и другие места, где раненые могут укрываться от обстрела. При обнаружении раненого сообщается об этом двум соседям, расположенным справа и слева. Сосед, находящийся слева, немедленно идет с докладом к старшему группы; сосед, расположенный справа, вызывает идущих за цепью санитаров-носильщиков.

По приказанию старшего группы вся цепь останавливается, а санитар-стрелок оказывает раненому первую помощь; после этого цепь продолжает продвигаться. Санитары-носильщики относят раненого в укрытие, расположенное на заранее указанном маршруте движения санитарных транспортных средств, перевозящих раненых из укрытий в медицинское подразделение, обозначают это место, а затем следуют за цепью. Раненые, способные самостоятельно передвигаться, направляются в укрытия или в ближайшее медицинское подразделение.

Если остановка не позволяет продвигаться санитарным транспортным средствам на всю глубину участка, где производится розыск, раненых, неспособных к самостоятельному передвижению, выносят к заранее указанному месту стоянки санитарных транспортных средств.

Во время продвижения в цепи все команды подаются приглушенным голосом, чтобы не привлечь внимания противника. При розыске раненых на сильнопересеченной местности (рвы, канавы, густой лес, кустарник) осматривают участок дважды: сначала в направлении от тыла к фронту, а затем вдоль фронта.

Этот способ розыска раненых не может найти широкого применения вблизи линии фронта, но может быть рекомендован на участках местности, оставшихся в тылу в связи с успешным продвижением в глубь обороны противника, а также в очагах массового поражения, расположенных в тылу.

**39.** При форсировании водных преград переправа раненых на свой берег осуществляется переправочно-десантными средствами, возвращающимися после высадки подразделений, а при необходимости и специально выделенными для этого переправочными средствами.

**40.** Во время боев за населенные пункты раненые могут оказаться в целых и разрушенных зданиях, на чердаках, балконах, под обвалившимися потолочными перекрытиями, в подвалах, погребах. Для розыска раненых создаются группы из штатного медицинского персонала и вспомогательных санитаров. Каждая группа делится на звенья в 2-3 человека; каждое звено тщательно осматривает порученный ему сектор и, обнаружив раненого, ставит об этом в известность (условным сигналом или через связного) старшего группы (санитара-стрелка, санитарного инструктора, фельдшера). Медицинский персонал оказывает обнаруженным раненым (пораженным) первую помощь, а старший группы организует их вынос (вывоз) в медицинское подразделение. Розыск раненых может производиться также с помощью специально подготовленных собак.

## **Глава вторая** **НАЛОЖЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ ПОВЯЗОК И ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ**

**41. Назначение первичной повязки** - остановка кровотечения и защита раны от вторичного инфицирования. Поэтому повязку следует наложить как можно скорее после ранения.

Для этого, прежде всего, необходимо снять одежду или обувь с пострадавшего, соблюдая следующую последовательность:

одежду с пострадавшего следует начинать снимать со здоровой стороны. Например, если травмирована левая рука, то рубашку или бушлат сначала снимают с правой руки;

если одежда пристала к ране, то ткани одежды не следует отрывать, а необходимо обрезать их вокруг раны;

при травме голени или стопы обувь следует разрезать по шву задника, а потом снимать, освобождая в первую очередь пятку;

при снятии одежды или обуви с травмированной руки или ноги помогающий должен осторожно придерживать конечность.

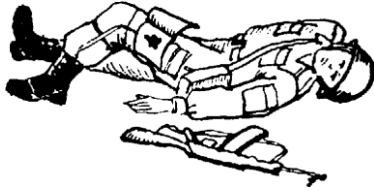


Рис. 2.1. Разрез одежды на раненом, клапан на левом бедре

В тех случаях, когда для осмотра и перевязки раны невозможно безболезненно снять одежду, ее разрезают ножом или ножницами, лучше всего по шву, если он проходит вблизи от места ранения, два горизонтальных разреза - выше и ниже раны и один вертикальный, соединяющий горизонтальные разрезы с какой-либо одной боковой стороны.

Откинув клапан в сторону, накладывают на рану повязку, закрывают ее несколькими ходами бинта и накрывают клапаном (что особенно важно зимой). Клапан скрепляют с одеждой булавками. Поверх клапана можно наложить несколько ходов бинта.

Если первичную повязку приходится накладывать в районе, зараженном радиоактивными или отравляющими веществами, снимать или разрезать одежду следует чрезвычайно осторожно, чтобы эти вещества не попали в рану.

**42.** При наложении повязки запрещается:

- трогать рану рукой;
- вынимать из раны осколки, пули, частицы одежды и т.п.;

обмывать рану водой или другими жидкостями.

Руки, работающего на поле боя, обычно сильно загрязнены (при переползании, при освобождении раненого от засыпавшей его земли и т.д.). Поэтому, открыв доступ к ране (сняв или разрезав одежду), перед наложением повязки следует отряхнуть пыль с рук, держа их в стороне от раны, и обтереть их марлевым тампоном, смоченным 2% раствором хлорамина (водой из фляги), или тампоном, выданным специально для этой цели. Зимой руки необходимо обтереть снегом. Тампоны следует приготовить заранее и уложить их в целлофановый пакет.

**43.** Для наложения повязки пользуются пакетом перевязочным медицинским индивидуальным, который выдается каждому военнослужащему.

Повязку накладывают следующим образом:

- разрывают по надрезу прорезиненную оболочку и снимают;
- из складки бумажной оболочки вынимают булавку, а оболочку разрывают и сбрасывают;
- левой рукой берут конец бинта и, растянув бинт, развертывают его до освобождения головки бинта (приблизительно, один оборот);
- правой рукой берут головку бинта и, растянув бинт, разворачивают повязку;
- подушечки накладывают на рану или на обожженную поверхность той стороной, к которой не прикасались руками (касаться руками можно только той стороной подушечек, которая прошита черной (красной) ниткой);

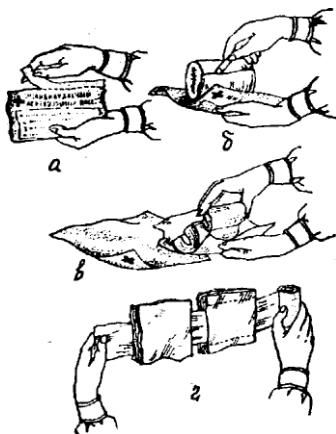


Рис. 2.2. Этапы подготовки пакета перевязочного медицинского индивидуального стерильного к наложению

при сквозном ранении подушечки раздвигают на нужное расстояние и закрывают ими входное и выходное раневые отверстия;  
подушечки прибинтовывают, концы бинта закрепляют булавкой.

При необходимости булавка может быть использована для скрепления разрезанной над раной одежды.

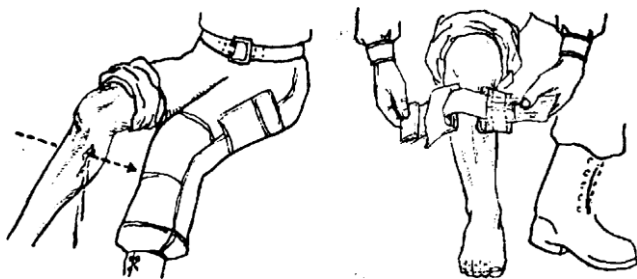


Рис. 2.3, 2.4. Повязка при сквозном пулевом ранении

При оказании первой помощи следует в первую очередь использовать пакет перевязочный медицинский индивидуальный раненого и лишь после этого - перевязочные средства из сумки медицинской санитаря.

Чтобы предохранить обширные раны от загрязнения, которое может произойти при смещении повязки, ее укрепляют бинтом или косынкой медицинской.

Бинтуют слева направо и от периферии к центру. Повязку накладывают на рану или на ранее наложенную повязку, если она промокла или слабо укреплена.

В боевой обстановке повязку, чаще всего, накладывают путем кругового бинтования с последующим закреплением свободного конца булавкой.



Рис. 2.5. Косынка медицинская

44. Для закрепления повязок может быть выдан бинт эластичный трубчатый медицинский типа «Ретиласт».

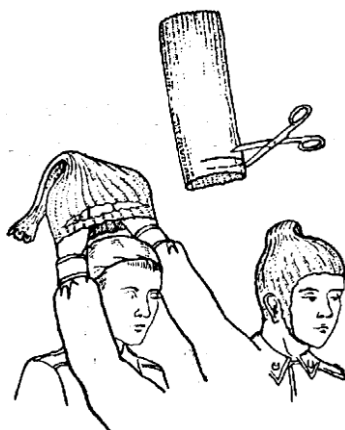


Рис. 2.6. Подготовка и наложение повязки «Ретиласт» на голову

Он представляет собой растягивающийся сетчатый материал, выпускаемый в виде чулка различного размера (№2 - для стопы, №4 - для коленного сустава, №6 - для плечевого и локтевого суставов, №7 - для головы). При наложении повязки его растягивают руками и надевают поверх наложенного на рану перевязочного материала.

**45. При ранениях живота** с выпадением внутренностей повязку накладывают непосредственно на выпавшие внутренности - их прикрывают стерильной подушечкой и осторожно, без сдавления, накладывают круговую повязку. При отсутствии табельных перевязочных средств можно использовать подручный материал (постельное белье, рубашка и т.д.). Выпавшие внутренности вправлять обратно в живот нельзя. Раненому в живот нельзя давать пить, но обязательно нужно ввести обезболивающее вещество из шприца-тюбика.

**46. При проникающих ранениях грудной клетки** раненому следует наложить так называемую окклюзионную, т.е. герметичную, повязку.

С этой целью кожу вокруг раны смазывают вазелином и сверху накладывают оболочку пакета перевязочного медицинского индивидуального внутренней ее стороной, а затем - ватно-марлевую подушечку и всю повязку плотно прибинтовывают.

Если под рукой нет пакета перевязочного медицинского индивидуального, можно воспользоваться целлофаном, клеенкой или другим, не пропускающим воздуха, материалом, который также следует плотно прибинтовать к ране.

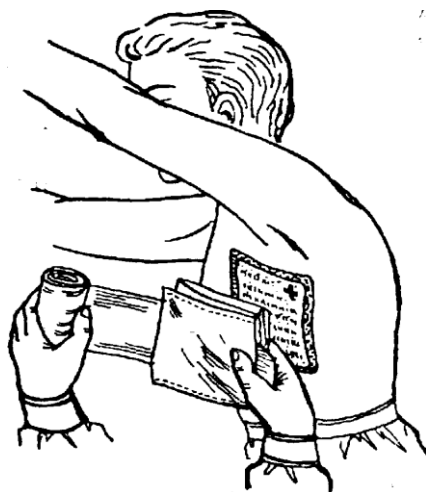


Рис. 2.7. Наложение окклюзионной (герметичной) повязки

Такую повязку необходимо дополнительно укрепить вторым бинтом или косынкой. Раненым в грудь показано введение при помощи шприца-тюбика обезболивающего лекарственного вещества.

**47. При ранениях носа и нижней челюсти** ватно-мар-левые подушечки отделяют от бинта, накладывают на рану и укрепляют пращевидной повязкой, приготовленной из надрезанного с двух концов бинта.



Рис. 2.8. Герметизация раны груди с помощью лейкопластыря

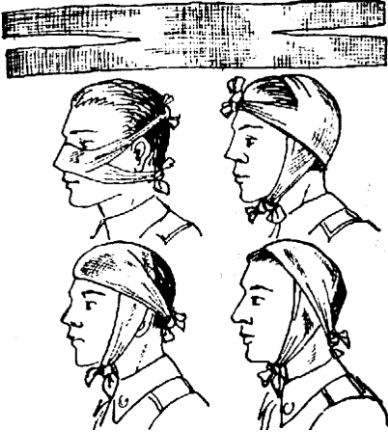


Рис. 2.9. Працевидные повязки

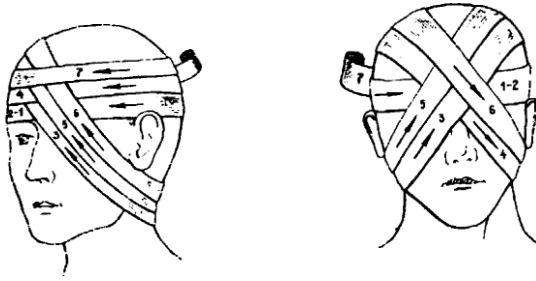


Рис. 2.10. Повязка на левый глаз и оба глаза

**48. При ранениях глаз** способ наложения повязки определяется локализацией раны. При ранениях правого глаза начало бинта берут в левую руку, головку бинта - в правую.

Бинт ведут по передней поверхности лба, после закрепления кругового тура на затылочной области бинт спускается вниз, проходит под ушной раковиной по правой боковой поверхности шеи и выходит снизу вверх на лицо, закрывая поврежденный глаз, Далее следует чередование круговых и восходящих туров. Повязка фиксируется поверх головы.

При ранениях левого глаза начало бинта берут в правую руку, а головку бинта - в левую. Дальнейшие этапы бинтования проводятся как и в предыдущем случае, но в обратном направлении.

**49. При ранениях уха** бинтование начинается с круговых ходов вокруг головы, фиксирующих первые туры. Затем последующие туры с боковых отделов лобной области постепенно смещаются вниз.

**50. На область локтевого и коленного суставов** накладывается черепашья повязка.

**51. На плечевой сустав** накладывается колосовидная повязка. Бинтование начинается с наложения круговых туров на верхний отдел плеча.

Последующее бинтование проводится от больной конечности через область плечевого сустава и надплечья по поверхности груди через противоположную подмышечную область с возвратом на больное плечо. Последующие туры по грудной клетке смещаются вверх наполовину ширины бинта

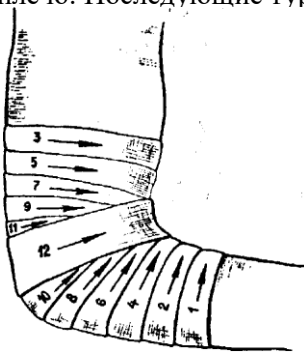


Рис. 2.11. Сходящаяся черепашья повязка на область локтевого сустава



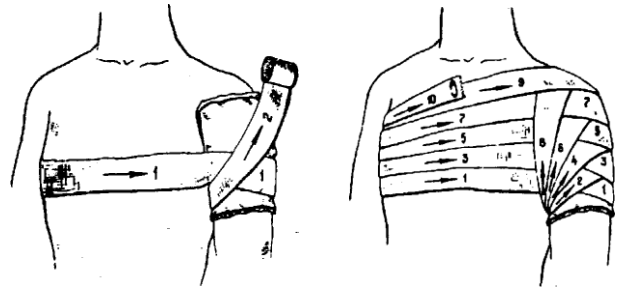


Рис. 2.12, 2.13. Колосовидная повязка на плечевой сустав

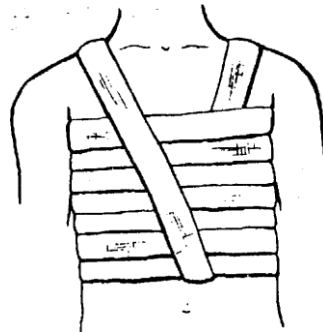


Рис. 2.14. Повязка на грудную клетку

52. **На грудную клетку** накладывается крестообразная повязка. Она начинается с круговой повязки, а далее следуют перекрещивающиеся туры, чередующиеся с круговыми, расположенными ниже или выше первых круговых ходов бинта.

53. **На голеностопный сустав** накладывается восьмиобразная повязка. Сначала проводится фиксирующий тур в нижней трети голени по круговому типу. Затем - перекрещивающиеся туры по передней поверхности голеностопного сустава. Окончательная фиксация осуществляется круговым туром по голени.

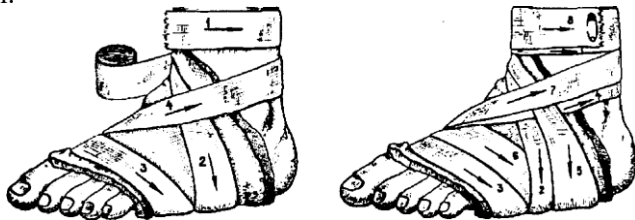


Рис. 2.15. Восьмиобразная повязка на область голеностопного сустава

54. **Обезболивание в полевых условиях** проводят всем раненым, травмированным и обожженным при наличии у них сознания с помощью противоболевого средства в шприц-тюбике или портативного аппарата для обезболивания.

55. Методика введения противоболевого средства **из шприца-тюбика**:

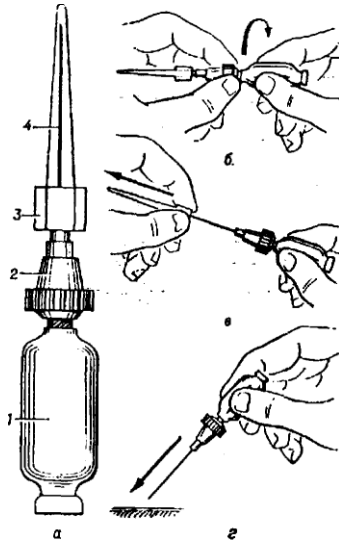


Рис. 2.16. Методика введения противоболевого средства из шприца тубика

взять большим и указательным пальцами одной руки за ребристый ободок, а другой за корпус тубика и энергичным вращательным движением повернуть его до упора по ходу часовой стрелки, тем самым проколоть внутреннюю мембрану тубика;

снять колпачок с иглы, удерживая ее вверх;

ввести иглу резким колющим движением на всю длину в мягкие ткани ягодицы, наружной стороны бедра или плеча и выдавить все содержимое шприца;

извлечь иглу не разжимая пальцев;

в срочных случаях противоболево средство можно вводить через обмундирование

**56.** Методика обезболивания с помощью портативного аппарата для обезболивания:

залить в корпус аппарата через **доньшко** с отверстиями 15-20 мл наркотического вещества;

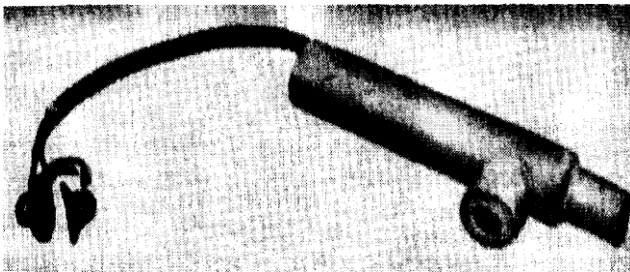


Рис. 2.17. Портативный аппарат для обезболивания

фиксировать с помощью шнура аппарат к запястью пострадавшего;

наложить зажим на крылья носа;

дать пострадавшему в рот мундштук для дыхания через аппарат. Во время дыхания может наступить наркотический сон, что не требует принятия специальных мер;

при выраженной боли для достижения наибольшей концентрации паров наркотического вещества перекрыть отверстие в корпусе клапана выдоха, повернув сам корпус.

Обезболивание при одной заливке и температуре воздуха 18-22° продолжается в течение 30 минут.

**Глава третья**  
**СПОСОБЫ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ**  
**НАРУЖНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ И ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВОЗАМЕЩАЮЩИХ**  
**РАСТВОРОВ**

57. Всякое ранение сопровождается кровотечением вследствие повреждения стенок кровеносных сосудов. Различают кровотечения артериальные, венозные, смешанные (артериовенозные) и капиллярные.

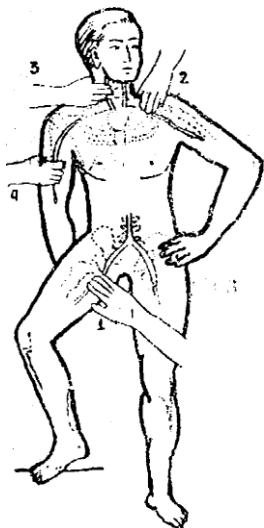


Рис. 3.1. Места пальцевого прижатия артерий

58. При артериальных кровотечениях кровь вытекает из раны сильной пульсирующей струёй ярко-красного цвета. При повреждении артерии смерть от кровотечения может наступить в течение 3-5 мин с момента ранения. Поэтому при артериальных кровотечениях первая помощь должна быть оказана немедленно. Чтобы остановить кровотечение, артерию прижимают пальцами к кости выше места ранения. Для этого нужно точно знать места прижатия артерий.

Артерию прижимают пальцами на короткое время, только до наложения закрутки или жгута. Пальцевое прижатие производится большим пальцем, концами сведенных вместе четырех пальцев, а иногда и кулаком.

При наличии кровотечения из ран лица нужно прижать сонную, височную или нижнечелюстную артерию на стороне кровотечения.

Сонную артерию придавливают большим пальцем к позвоночнику, сбоку от гортани, а остальные пальцы кладут сзади на шею.

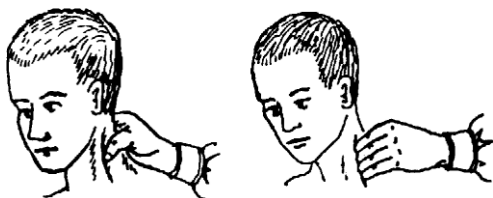


Рис. 3.2. Пальцевое прижатие сонной артерии



Рис. 3.3. Пальцевое прижатие височной артерии



Рис. 3.4. Пальцевое прижатие нижнечелюстной артерии

**59.** При кровотечении из верхнего отдела плеча прижимают подключичную или подмышечную артерию. Правую подключичную артерию прижимают левой рукой, левую - правой.

Лежа сбоку от раненого, лицом к нему, кладут руку так, чтобы большой палец лег в надключичной ямке вдоль верхнего края ключицы, а остальные пальцы - сзади, на спину раненого. Чтобы прижать артерию, достаточно повернуть большой палец ребром, одновременно слегка надавливая вниз так, чтобы он оказался позади ключицы раненого. Подключичную артерию прижимают к головке плечевой кости правым кулаком, введенным в соответствующую подключичную впадину. Давление оказывают снизу вверх. Одновременно левой рукой крепко удерживают плечевой сустав раненого.



Рис. 3.5. Пальцевое прижатие подключичной артерии



Рис. 3.6. Пальцевое прижатие плечевой артерии

При кровотечениях из нижнего отдела плеча и из предплечья нужно прижать плечевую артерию, ее придавливают одним или четырьмя пальцами к плечевой кости у внутреннего края двуглавой мышцы.

Кровотечение из бедра останавливают, прижимая бедренную артерию: обеими руками охватывают верхнюю часть бедра у пахового сгиба так, чтобы большие пальцы, положенные один на другой, сошлись у середины бедра и придавливали артерию к кости.

**60.** Для остановки артериального кровотечения используют табельные средства (жгут кровоостанавливающий), а при их отсутствии - различные подручные средства: полосы материи, оторванные от обмундирования, ремни, носовые платки и пр.

**61.** При наложении жгута соблюдают следующие правила: накладывают жгут всегда выше места ранения с целью прекращения тока крови от сердца к ране и возможно ближе к ране (исключение составляет средняя треть плеча, где проходит лучевой нерв, самая нижняя часть плеча и предплечья, где между костями и кожей нет мышечной прослойки);



Рис. 3.7. Пальцевое прижатие бедренной артерии

затягивают жгут до полного прекращения кровотечения из раны, но не чрезмерно, чтобы не вызвать паралича от сдавления нервов;

накладывают жгут не на голое тело, а поверх одежды или подкладки из материи, не допуская грубого сдавления кожи;

для исключения ущемления кожи жгут накладывают так, чтобы каждый следующий его виток покрывал часть предыдущего;

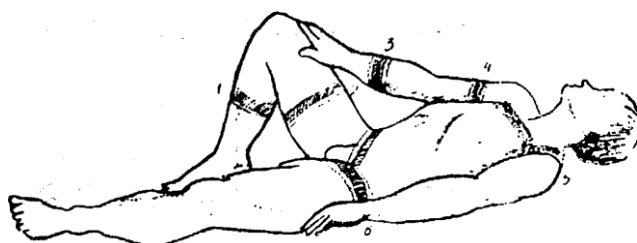


Рис. 3.8. Типичные места наложения жгута кровоостанавливающего при кровотечении из артерий

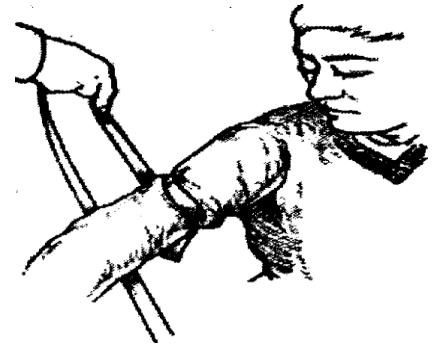


Рис. 3.9. Наложение первого тура жгута кровоостанавливающего

чтобы жгут не расслабился, его закрепляют специальным крючком или цепочкой, которые прикреплены на концах; если с помощью крючка и цепочки сохранить нормальное натяжение не удастся, то концы жгута нужно связать узлом и закрепить крючком и цепочкой;

раненый с наложенным кровоостанавливающим жгутом подлежит эвакуации в первую очередь;

конечность после наложения жгута летом следует охлаждать, а зимой - согревать (утеплять).

При наложении жгута оказывающий помощь начинает с остановки кровотечения с помощью пальцевого прижатия сосуда в типичном месте. Не прекращая прижатия, один из концов жгута подводят под пальцы руки, которая прижимает сосуд. Делается один оборот (тур) жгута вокруг конечности, затем жгут затягивают.

Ослабив пальцевое прижатие, убеждаются, что кровотечение из раны прекратилось. Освободив руку которая производила прижатие сосуда, завершают наложение жгута. Все последующие туры жгута укладывают с небольшим натяжением так, чтобы не ослабить затянутый первый тур.

Если жгут пришлось наложить далеко от места ранения, то вблизи раны накладывают второй жгут, а первый снимают.

**62.** Наложение жгута лучше осуществлять вдвоем:

один производит остановку кровотечения пальцевым прижатием, другой - накладывает жгут вблизи раны.

Последовательность наложения и затягивания жгута такая же, как и в первом случае.

**63.** При отсутствии жгута раненую конечность можно перетянуть свернутой косынкой медицинской (платком). Завязав концы косынки, под нее подводят палку и закручивают ее до тех пор, пока не прекратится кровотечение. Чтобы такая закрутка не раскрутилась и перетяжка не ослабла, конец палки подвязывают к конечности.

**64.** Наложив на конечность жгут или закрутку, рану прикрывают первичной повязкой, на которой цветным или химическим карандашом отмечают время наложения жгута. Пометку можно сделать на листке бумаги, который прикрепляется к повязке последними оборотами бинта.

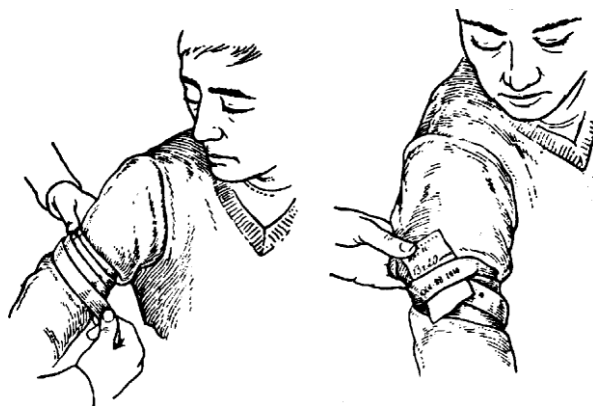
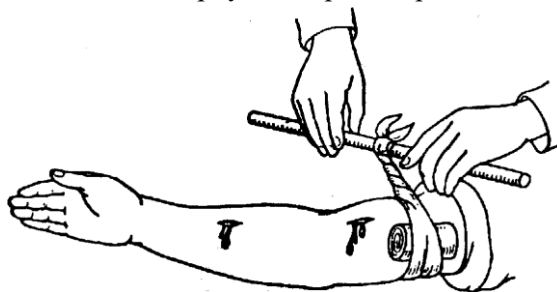


Рис. 3.10. Наложение всех туров жгута , кровоостанавливающего

**65.** Жгут нельзя оставлять на конечности **более двух часов (зимой - один час)**, иначе она омертвеет. Если раненый со жгутом не был доставлен на медицинский пункт в течение двух часов, оказывающий помощь прижимает пальцем соответствующую артерию, как было ранее указано, и затем ослабляет жгут. Когда конечность порозовеет и потеплеет, он снова накладывает жгут выше или ниже прежнего места.

**66.** При венозном кровотечении кровь течет равномерной струёй и имеет более темный цвет, чем артериальная. Кровотечение останавливают путем давящей повязки. Она отличается от обычной тем, что на рану накладывается больше слоев плотно свернутой марли и производится более тугое бинтование.



3.11. Наложение жгута-закрутки из подручных средств

**67.** Смешанные (артериовенозные) кровотечения в разные моменты от начала кровотечения могут носить признаки, присущие то артериальному, то венозному кровотечению. В сомнительных случаях все кровотечения нужно расценивать как артериальные, т.к. они наиболее опасны и требуют энергичных мер для быстрой их остановки.

**68.** При капиллярном кровотечении кровь выступает из мельчайших сосудов - капилляров (сочится, как из губки). Обычно оно прекращается самопроизвольно. Такое кровотечение останавливают при помощи давящей повязки.

**69.** Внутреннее кровотечение бывает при ранении черепа, органов грудной и брюшной полостей, легкого, печени, селезенки, почки и др. Внутреннее кровотечение обильное, продолжительное, остановить его трудно. Кроме того, внутреннее кровотечение трудно распознать. Нередко при таком кровотечении необходима срочная операция.

При внутреннем кровотечении пострадавший очень бледен, покрыт холодным потом, испытывает сильную жажду, зевает; пульс у него частый и слабый (иногда совершенно исчезает), дыхание поверхностное, учащенное.

Раненого с внутренним кровотечением нужно немедленно отправить в лечебное учреждение для оказания ему неотложной квалифицированной хирургической помощи.

**70.** При отрыве конечностей необходимо наложить жгут выше ранения, независимо от того, продолжается кровотечение или остановилось.

**71. Переливание кровозамещающих растворов в полевых условиях.** При всех ранениях, сопровождающихся большой кровопотерей (повреждение крупных кровеносных сосудов, отрывы или разрывы конечностей, ранения груди и живота), или тяжелых ожогах необходимо внутривенно перелить кровозамещающий раствор из контейнера полимерного.

Для этого:

на середину плеча наложить резиновый жгут с усилием, при котором будет сохранен пульс на руке; попросить раненого несколько раз согнуть пальцы кисти в кулак, при этом вены руки наполнятся кровью;

кожу локтевого сгиба обработать 5% спиртовой настойкой йода;

выбрать наиболее крупную вену: снять защитный колпачок с иглы трубки полимерного контейнера и произвести прокол кожи рядом с веной и параллельно ей;

подвести кончик иглы к вене и проколоть ее боковую стенку. При нахождении иглы в вене происходит окрашивание кровью раствора в присоединенной к игле трубке;

фиксировать иглу к коже двумя полосками лейкопластыря и снять с плеча жгут;

принять меры, чтобы раненый не сгибал руку в локтевом суставе (иммобилизовать руку лестничной проволочной шиной);

подвесить контейнер с жидкостью или положить его под спину раненого (обожженного), жидкость под давлением будет поступать в вену, при этом в месте ее прокола не должно возникать неприятных ощущений;

при неправильном стоянии иглы в вене вокруг нее появляется припухлость (в такой ситуации иглу следует удалить, наложить давящую повязку и затем ввести иглу в вену другой руки);

по окончании переливания кровозамещающего раствора необходимо пережать трубку зажимом, - извлечь иглу из вены и наложить давящую повязку на место прокола.

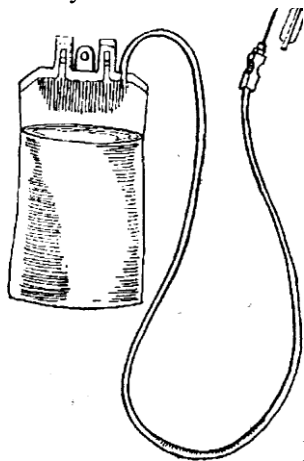


Рис. 312. Контейнер полимерный



## Глава четвертая ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ И ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ

**72.** К признакам перелома костей конечности относятся:  
резкая боль при ощупывании места перелома, при попытке произвести движение или опереться на поврежденную руку или ногу;  
припухлость или кровоизлияние на месте предполагаемого перелома;  
неправильная, необычная форма конечности (она укорочена или согнута в таком месте, где нет сустава);  
подвижность, костное похрустывание в месте перелома;  
Перелом кости с нарушением целостности кожи называется открытым, без повреждения кожи - закрытым.

Открытый перелом опасен проникновением микробов в глубину раны.

**73.** Оказывать помощь раненому с переломами костей, а также переносить или оттаскивать его необходимо осторожно, так как острые костные отломки могут повредить кровеносные сосуды и вызвать сильное кровотечение или проткнуть кожу, превратив закрытый перелом в открытый (более тяжелый). Кроме того, резкая боль при неосторожном переносе (эвакуации) может вызвать шок у раненого.

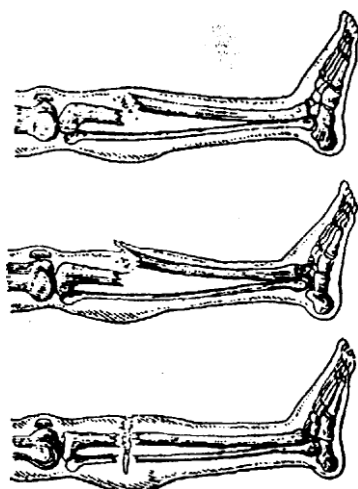


Рис. 4.1. Переломы костей

Чтобы этого не случилось, требуется ввести раненому обезболивающее средство из шприца-тюбика, а затем для обездвиживания (иммобилизации) костных отломков наложить на поврежденную конечность шину.

При закрытом переломе шину накладывают поверх одежды. При открытом переломе сначала накладывают на рану стерильную повязку (для этого в месте перелома разрезают или осторожно снимают одежду), а затем уже шину.

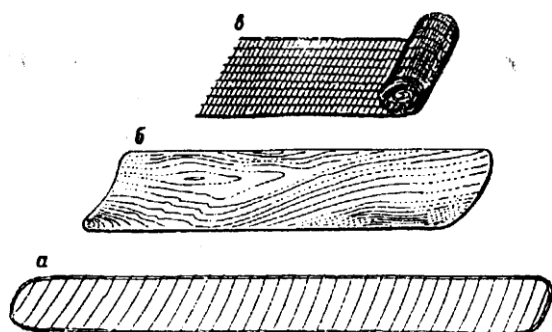


Рис. 4.2. Различные виды шин

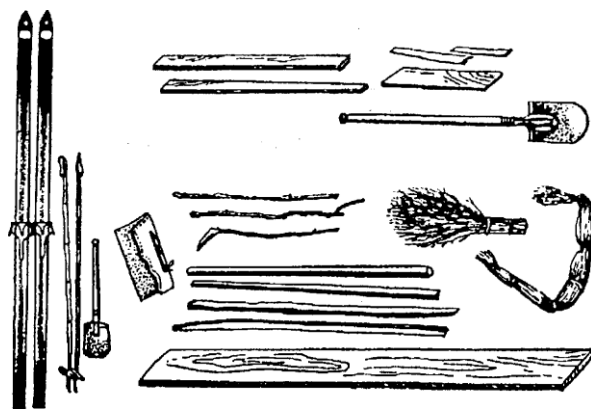


Рис. 4.3. Подручные средства для транспортной  
Иммобилизации

При открытом переломе и сильно загрязненной ране необходимо дать антибиотики, предотвращающие развитие микробов в ране.

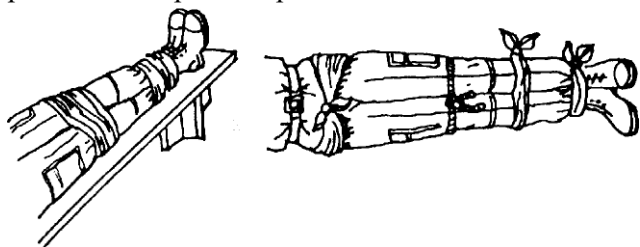


Рис. 4.4. Иммобилизация поврежденной нижней конечности  
путем прибинтовывания ее к здоровой ноге

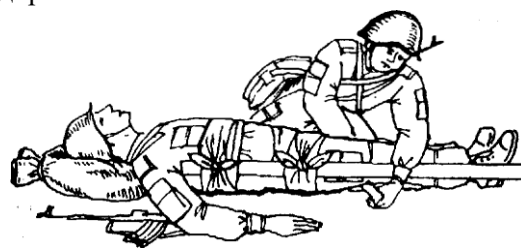


Рис. 4.5. Наложение шины на бедро

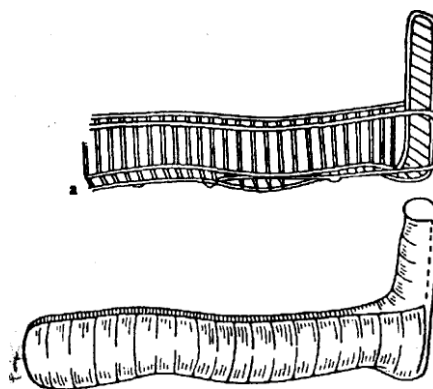


Рис. 4.6. Изготовление шины для иммобилизации голени, голеностопного сустава и стопы

**74.** Шины бывают деревянные (фанерные, из картона), металлические (проволочные), пластмассовые, пневматические (надувные).

При отсутствии шин используют подручный материал: туго связанные пучки соломы, прутья, длинные палки, кусок доски, лыжи и т.п.

Если нет ни шин, ни подручного материала, то при переломе нижней конечности поврежденную ногу привязывают к здоровой. При переломе верхней конечности поврежденную руку прибинтовывают к туловищу.

**75.** Шину накладывают так, чтобы она захватывала суставы ниже и выше места перелома кости. Между шиной и конечностью (особенно в местах прилегания шины к выступающей кости или к суставу) желательно проложить вату или мягкий материал. Затем шину прибинтовывают к конечности. Как правило, шины накладывают с обеих сторон конечности - внутренней и наружной. При переломе бедра шину накладывают с наружной стороны его от подмышки до пятки, а с внутренней стороны - от паха до пятки.

**76.** У раненых с переломом костей голени наружную и внутреннюю шины (желательно и заднюю по бедру до кончиков пальцев) накладывают так, чтобы они захватывали коленный и голеностопный суставы.

**77.** При переломах костей плеча или предплечья шину накладывают на руку, согнутую в локте. При переломе костей предплечья шина должна захватывать локтевой и лучезапястный суставы.



Рис. 4.7. Шина из пучков хвороста при переломе плеча и предплечья

**78.** Раненому с переломом плеча шину накладывают так, чтобы она захватывала плечевой, локтевой и лучезапястный суставы.

Руке необходимо придать согнутое в локте положение. Для этого шину сгибают под прямым углом в области локтевого сустава и моделируют на себе.

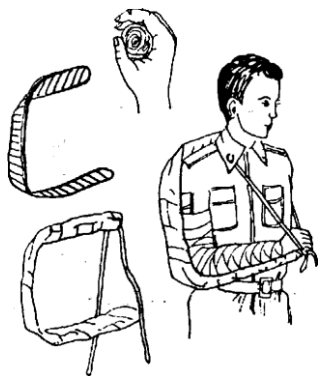


Рис. 4.8. Транспортная иммобилизация верхней конечности лестничной шиной

**79.** При переломе пальцев кисти им придают полусогнутое положение и в кисть вкладывают индивидуальный перевязочный пакет или комок плотно свернутой ваты.

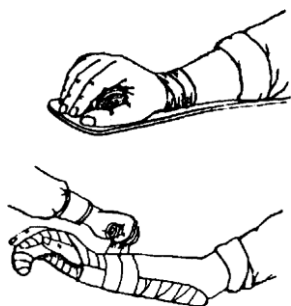


Рис. 4.9. Иммобилизация при повреждениях кисти и пальцев

Если повреждены суставы конечностей, им создают неподвижность с помощью шин.

**80.** При переломах костей таза и позвоночника раненого укладывают на спину, слегка согнув ему ноги в коленных суставах и подложив под колени плащ-палатку (положение «лягушки»).

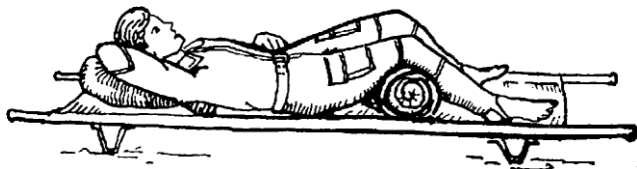


Рис. 4.10. Транспортная иммобилизация при переломах костей таза на носилках

**81.** Глубокую рану в грудной клетке необходимо прикрыть прорезиненной оболочкой пакета перевязочного медицинского индивидуального и прибинтовать, чтобы не было засасывания воздуха через сломанные ребра и рану в грудную полость.

**82.** У раненого с переломом нижней челюсти или без сознания необходимо предотвратить возможность удушья вследствие западения языка и заглатывания рвотных масс. С этой целью раненого укладывают на бок вниз лицом.

**83. Шок (удар, потрясение)** характеризуется глубоким упадком жизнедеятельности и основных функций организма - кровообращения, дыхания и обмена веществ в органах и тканях, лишенных нормального притока крови (массивное кровотечение и распространенный спазм мелких кровеносных сосудов). Он развивается после тяжелых ранений и механических травм; отрывов и размозжений конечностей и их частей; открытых и закрытых переломов крупных костей; повреждений внутренних органов; открытых повреждений черепа и головного мозга, сопровождающихся сильным кровотечением. Главными причинами травматического шока являются: значительная кровопотеря, сильная боль и психоэмоциональный стресс, всасывание и поступление в кровь ядовитых веществ разрушенных тканей. Раненые в состоянии шока остро нуждаются в срочной помощи.

**84.** Шок распознается по наличию тяжелого ранения или травмы, значительного кровотечения. На фоне общего тяжелого состояния сознание сохраняется, окраска кожи и слизистых оболочек резко бледная либо серая, на коже крупные капли холодного пота. Дыхание поверхностное, учащенное; пульс частый, ослабленный, либо вовсе отсутствует.

**85.** При оказании первой помощи при травматическом шоке необходимо остановить продолжающееся наружное кровотечение путем тампонады раны, наложения тугой повязки или жгута. Вторая по срочности задача заключается в ликвидации или уменьшении боли. С этой целью производится инъекция обезболивающего вещества из шприц-тюбика, а при наличии портативного обезболивающего аппарата выполняется обезболивание с его помощью. Для обеспечения дальнейшей эвакуации производится иммобилизация поврежденной конечности. При сохранении способности к контакту и глотанию раненому дают горячий чай, небольшое количество алкоголя (за исключением раненых в живот).

**86.** Оказание первой помощи при травматическом шоке проводят бережно, осторожно, но быстро и умело, прибегая к элементам реанимационного пособия (очистить полость рта, глотки). Необходимо принять все меры для доставки раненых в состоянии шока в ближайшее медицинское подразделение (часть). Транспортировка раненых производится на носилках автосанитарными или авиационными (вертолет) транспортными средствами.

## Глава пятая

### ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ УШИБАХ, ЗАКРЫТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, РАСТЯЖЕНИИ СВЯЗОК И ВЫВИХАХ

**87. При ушибе** повреждаются мягкие ткани с разрывом кровеносных сосудов и кровоизлиянием, однако целостность кожных покровов сохраняется. При этом образуются кровоподтеки (при пропотевании крови в ткани), кровяные опухоли (гематомы) при скоплении крови в тканях в больших количествах.

При ушибах наблюдаются боль, припухлость, нарушение функции, кровоизлияние в ткани. Для обнаружения припухлости иногда требуется сопоставление симметричных областей поврежденной и неповрежденной сторон.

**88.** Первая помощь при ушибах направлена на уменьшение боли и кровоизлияния в ткани. Сразу после ушиба применяют холод и давящую повязку. На ушибленную область накладывают холодную примочку или на повязку флягу с холодной водой, кусочки льда. Ушибленной части тела необходимо обеспечить покой и приподнятое положение.

Чтобы ускорить рассасывание кровоизлияния, спустя двое - трое суток после ушиба применяют согревающие компрессы и массаж.

**89. Ушибы груди, живота и головы** могут привести к травматическому шоку. В результате сильного травмирующего воздействия на область груди и живота могут произойти разрывы и размозжения внутренних органов, сопровождающиеся внутренним кровотечением.

При действии ударной волны взрыва на значительную поверхность тела человека наступает контузия. Контузии приводят к сотрясению или ушибу головного мозга. Первая помощь включает введение обезболивающего средства и срочную эвакуацию пострадавших в медицинские части (учреждения).

**90. Закрытые повреждения легких.** В случае разрыва легких происходит скопление в полости плевры крови и воздуха, что приводит к нарушению дыхания и кровообращения. Состояние пострадавшего тяжелое, обычно наблюдается шок. Дыхание поверхностное, учащенное и болезненное, лицо бледное, пульс частый. Отмечается выраженный кашель, кровохарканье. Первая помощь включает введение обезболивающего средства и бережную эвакуацию пострадавших в полусидячем положении.

**91. Закрытые повреждения органов живота** могут сопровождаться разрывами селезенки, желудка, печени. Вследствие выраженной боли и кровоизлияния в брюшную полость, как правило, развивается шок. Пострадавший бледен, у него слабый частый пульс, нередко тошнота и рвота (может быть с кровью). Вследствие рефлекторного сокращения брюшных мышц живот становится твердым, как доска. Раненого следует срочно эвакуировать в положении лежа в медицинское учреждение для проведения безотлагательного оперативного вмешательства.

При подозрении на повреждения органов живота пострадавшему запрещается давать пить или есть. Разрешается лишь прополоскать рот чистой водой. В ходе эвакуации необходимо следить, чтобы пострадавший, находящийся в бессознательном состоянии, не задохнулся вследствие западения языка или попадания в дыхательные пути рвотных масс.

**92. Разрыв (растяжение) связок** происходит при резком движении в суставе, когда объем этих движений превышает нормальный. Чаще поражаются голеностопные суставы при неосторожной ходьбе, беге, прыжках и суставы пальцев рук при падении на кисти. При частичном или полном разрыве связок происходит кровоизлияние в ткани.

При растяжении связок наблюдаются боль и припухлость в области сустава. Движение в суставе в отличие от переломов и вывихов сохраняются. Кровоизлияние удается определить обычно через два - три дня после травмы.

Первая помощь заключается в наложении давящей повязки на поврежденный сустав. Повязку не следует накладывать слишком туго, чтобы не ухудшить кровообращение и не усилить боль. При разрыве связок необходимо обеспечить конечности покой.

**93. Вывихом** называется смещение суставных концов костей. Это сопровождается, как правило, разрывом суставной капсулы. Вывихи нередко отмечаются в плечевом суставе, в суставах нижней челюсти, пальцев рук. При вывихе наблюдаются три основных признака: полная невозможность движений в поврежденном суставе, выраженная боль; вынужденное положение конечности, обусловленное сокращением мышц (так, при вывихе плеча пострадавший держит руку согнутой в локтевом суставе и отведенной в сторону); изменение конфигурации сустава по сравнению с суставом на здоровой стороне.

В области сустава отмечается припухлость вследствие кровоизлияния. Суставную головку в обычном месте прощупать не удастся, на ее месте определяется суставная впадина. Первая помощь заключается в фиксации конечности в положении, наиболее удобном для пострадавших, с помощью шины или повязки.

рефлекторного сокращения брюшных мышц живот становится твердым, как доска. Раненого следует срочно эвакуировать в положении лежа в медицинское учреждение для проведения безотлагательного оперативного вмешательства.

При подозрении на повреждения органов живота пострадавшему запрещается давать пить или есть. Разрешается лишь прополоскать рот чистой водой. В ходе эвакуации необходимо следить, чтобы пострадавший, находящийся в бессознательном состоянии, не задохнулся вследствие западения языка или попадания в дыхательные пути рвотных масс.

**92. Разрыв (растяжение) связок** происходит при резком движении в суставе, когда объем этих движений превышает нормальный. Чаще поражаются голеностопные суставы при неосторожной ходьбе, беге, прыжках и суставы пальцев рук при падении на кисти. При частичном или полном разрыве связок происходит кровоизлияние в ткани.

При растяжении связок наблюдаются боль и припухлость в области сустава. Движение в суставе в отличие от переломов и вывихов сохраняются. Кровоизлияние удается определить обычно через два - три дня после травмы.

Первая помощь заключается в наложении давящей повязки на поврежденный сустав. Повязку не следует накладывать слишком туго, чтобы не ухудшить кровообращение и не усилить боль. При разрыве связок необходимо обеспечить конечности покой.

**93. Вывихом** называется смещение суставных концов костей. Это сопровождается, как правило, разрывом суставной капсулы. Вывихи нередко отмечаются в плечевом суставе, в суставах нижней челюсти, пальцев рук. При вывихе наблюдаются три основных признака: полная невозможность движений в поврежденном суставе, выраженная боль; вынужденное положение конечности, обусловленное сокращением мышц (так, при вывихе плеча пострадавший держит руку согнутой в локтевом суставе и отведенной в сторону);

изменение конфигурации сустава по сравнению с суставом на здоровой стороне.

В области сустава отмечается припухлость вследствие кровоизлияния. Суставную головку в обычном месте прощупать не удастся, на ее месте определяется суставная впадина. Первая помощь заключается в фиксировании конечности в положении, наиболее удобном для пострадавших, с помощью шины или повязки.

## Глава шестая НЕОТЛОЖНЫЕ РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

**94. Реанимация (оживление)** - ряд мероприятий, направленных на восстановление жизни раненого (больного) при внезапной остановке дыхания и сердца. Признаки остановки сердца:

- отсутствие пульса на сонной артерии;
- потеря сознания;
- судороги;
- расширение зрачков без их реакции на свет;
- исчезновение дыхания;
- изменение окраски кожи до бледного или синего цвета.

Реанимацию необходимо начинать как можно раньше, так как она бывает наиболее успешной в случаях, когда ее осуществляют в течение первых 5-6 минут.

**95.** Реанимация заключается в поддержании дыхания и кровообращения. Ее необходимо проводить в следующей последовательности:

- восстановить проходимость дыхательных путей;
- поддержать дыхание;
- поддержать циркуляцию крови.

**96.** Для восстановления и поддержания проходимости дыхательных путей уложить раненого на спину и выполнить тройной прием:

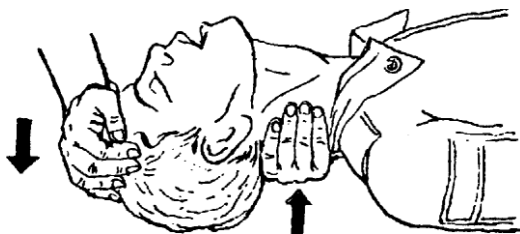


Рис. 6.1. Запрокидывание головы

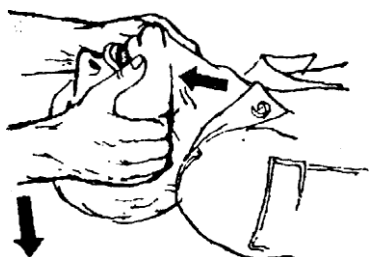


Рис. 6.2. Смещение нижней челюсти вперед и вверх для устранения западения языка

1. Запрокинуть голову, помещая одну руку на лоб раненого на границе с волосистой частью головы, другую - под затылок.

2. Выдвинуть вперед и вверх нижнюю челюсть, прикладывая усилия пальцев к ее углам у основания.

3. Раскрыть рот, помещая большой палец на передние зубы нижней челюсти так, чтобы они располагались перед линией зубов верхней челюсти.

У раненных в челюсти для восстановления проходимости дыхательных путей использовать дыхательную трубку.

При попадании в полость рта инородных тел, крови, рвотных масс удалить их пальцем, обернутым бинтом или платком. Голова раненого при этом должна быть повернута в сторону.

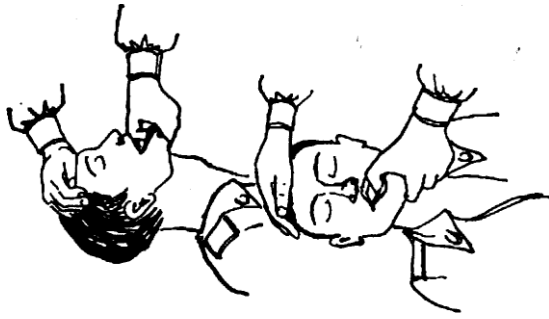


Рис. 6.3. Раскрытие рта

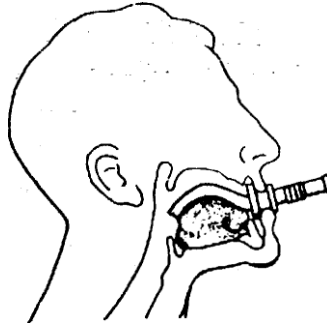


Рис. 6.4. Восстановление проходимости дыхательных путей при помощи дыхательной трубки

**97.** Поддержание дыхания проводят способами «рот ко рту» или «рот к носу».

**98.** Методика искусственного дыхания «рот ко рту»:

встать сбоку от раненого, зажать его нос пальцами и сделать вдох;

плотно прижать свои губы к губам раненого;

с силой выдохнуть воздух в дыхательные пути раненого, следя за его грудной клеткой: она должна расширяться; после окончания выдоха приподнять свою голову, выдох раненого произойдет пассивно.

Повторять искусственное дыхание с частотой 12-15 в минуту.

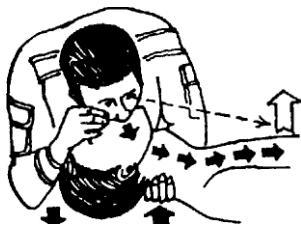


Рис. 6.5. Поддержание дыхания методом «рот ко рту»

**99.** Способ искусственного дыхания «рот ко к носу» отличается только тем, что губами плотно обхватывают нос раненого, при этом рукой прижимают нижнюю челюсть пострадавшего к верхней так, чтобы рот его был закрыт.

По возможности искусственное дыхание следует проводить с помощью дыхательной трубки.

**100.** Поддержание циркуляции крови осуществляют путем массажа сердца. Для этого:

уложить раненого спиной на землю;

встать сбоку от него, положить свои руки на нижнюю треть грудины строго по средней линии в точке, расположенной на 2 поперечных пальца выше нижнего конца грудины. При этом руки поставить таким образом, чтобы надавливание на грудину производилось только ладонной поверхностью кисти, пальцы не должны касаться поверхности груди. Ладонь второй руки накладывать на тыл первой для усиления давления.

Осуществлять давление на грудь толчком руками, выпрямленными в локтевых суставах. Толчки давать с чистотой 60-80 в минуту с таким усилием, чтобы грудинка смещалась к позвоночнику на 4-5 см.

**101.** Методика проведения реанимации одним человеком:



положить раненого на спину;  
восстановить проходимость дыхательных путей;  
сделать три вдувания воздуха в дыхательные пути;  
проверить наличие пульса на сонной артерии, который прощупывается на шее между кивательной мышцей и трахеей;

при отсутствии пульса приступить к массажу сердца и искусственному дыханию, чередуя **15** толчков массажа с двумя вдохами.

**102.** При проведении реанимации вдвоем, один человек обеспечивает проходимость дыхательных путей и искусственное дыхание, а второй осуществляет массаж сердца, делая при этом 5 толчков на одно вдувание воздуха.



Рис. 6.6. Методика реанимации вдвоем

**103.** Эффективность реанимации оценивают по следующим признакам:

- появлению пульса на сонной артерии;
- сужение зрачков;
- нормализация окраски кожи;
- восстановление самостоятельного дыхания;
- восстановление сознания.

**104.** После восстановления самостоятельного дыхания и кровообращения, но при отсутствии сознания раненому придают боковое стабилизированное положение.

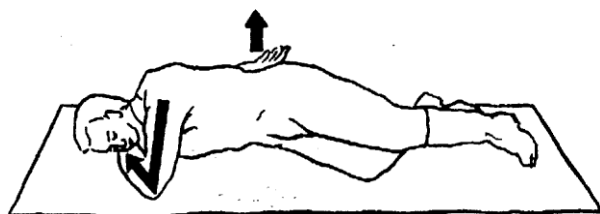


Рис. 6.7. Боковое стабилизированное положение раненого

При этом пострадавшего укладывают на правый или левый бок в зависимости от характера имеющихся у него повреждений. Нижележащую ногу максимально сгибают в коленном и бедренном суставах. Вторую ногу выпрямляют и укладывают поверх согнутой. Нижележащую руку смещают за спину, а другую сгибают в локтевом суставе и подводят к лицу, фиксируя ею голову пострадавшего в состоянии максимального запрокидывания. В этом положении проводят эвакуацию раненого.

Если реанимация неэффективна, ее прекращают через 30 минут.

**105. Особенности реанимации утонувшего.** Сразу после извлечения пострадавшего из воды следует выяснить наличие у него сознания, дыхания и пульса. При отсутствии сознания, но сохраненном дыхании и пульсе, необходимо освободить грудь от стесняющей одежды (расстегнуть верхние пуговицы рубашки, гимнастерки, расслабить брючный ремень) и уложить пострадавшего в боковое фиксированное положение. Пальцем, обернутым носовым платком, очистить полость рта от инородных тел, рвотных масс и слизи. Удалить жидкость из желудка пострадавшего путем энергичного надавливания кулаком на верхнюю часть живота, наблюдая за тем, чтобы голова постоянно находилась в боковом положении, а вода свободно истекала изо рта.

Пострадавшим без признаков дыхания и пульса после удаления воды из желудка и полости рта немедленно начать проведение полного комплекса реанимации.

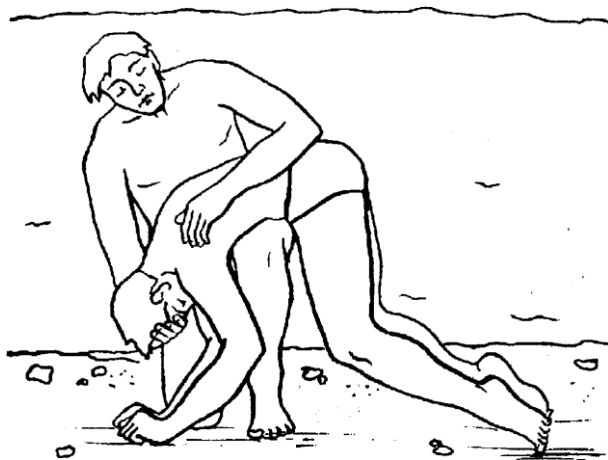


Рис. 6.8. Удаление воды из дыхательных путей и желудка

**106. Особенности реанимации пораженных электрическим током.** Прекратить воздействие электрического тока на пострадавшего (убрать обрывок провода, выключить рубильник и т.д.), соблюдая при этом меры личной безопасности (не прикасаться к открытым частям тела пострадавшего, встать на изолирующий предмет, обмотать руку сухой одеждой, использовать сухие палки, доски).

Определить у пострадавшего признаки жизни: сознание, дыхание, пульс. При отсутствии дыхания и пульса немедленно приступить к проведению реанимации.

**107. Особенности реанимации укушенных змеями и насекомыми.** При укусе ядовитыми змеями, пауками, скорпионами необходимо выдавить из ранки первые капли крови и энергично отсосать яд ртом в течение 15 минут, постоянно сплевывая его. После этого прополоскать рот водой. У оказывающего помощь не должно быть свежих повреждений слизистой оболочки рта. На рану наложить стерильную повязку, пораженную конечность иммобилизовать. При остановке дыхания и прекращении пульса немедленно приступить к реанимации.

**108. Особенности реанимации при отравлении ядовитыми растениями.** Отравление может произойти при употреблении ядовитых растений в пищу, при вдыхании ядовитых выделений, а также при контакте с ядовитыми растениями.

**109.** При отравлении растениями, принятыми внутрь, необходимо вызвать рвоту, раздражением корня языка или задней стенки глотки пальцами. Рвоту следует вызвать после обильного питья воды (1,5 - 2 литра).

После очищения желудка пострадавшему дают 2-3 таблетки активированного угля, чай (кофе).

**110.** При поражении кожи ядом растений необходимо промыть пораженный участок большим количеством воды и смазать вазелином.

## Глава седьмая ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОЖОГАХ И ОТМОРОЖЕНИЯХ

**111. Оказание помощи при ожогах.** Ожоги могут быть получены при воздействии на человека зажигательных смесей, пламени, горячей жидкости, пара или агрессивных жидкостей (кислоты, щелочи), а также при контакте с раскаленными предметами или находящимися под напряжением токонесущими проводниками. Наиболее тяжелые ожоги возникают от воздействия зажигательных смесей.

**112.** Загоревшуюся на человеке одежду требуется быстро потушить, что можно сделать, прекратив доступ воздуха к пламени. Для тушения пламени на человеке необходимо:

положить пострадавшего на землю и прижать к ней горящий участок;

набросить на пламя плащ-палатку, шинель, брезент или другой плотный материал и плотно прижать;

забросать горящий участок сырой землей, песком, снегом, влажной глиной или залить водой;

погрузить область горения или всего пострадавшего в воду (бочка с водой, большая лужа, водоем).

**113.** Обожженный участок следует охладить (холодной водой, льдом, снегом). Если ожоги получены агрессивными жидкостями их необходимо длительно обмывать проточной водой.

На обожженные места накладывают сухую повязку, используя индивидуальный перевязочный пакет.

Обрывки обожженной одежды, кожи и пузыри не удаляют. При обширных ожогах в качестве импровизированной повязки может быть использована любая чистая ткань. При ожогах фосфором повязка должна быть обильно смочена водой.

Пострадавшему необходимо ввести обезболивающее средство из аптечки индивидуальной, утолить жажду, по возможности согреть.

**114.** Особенно важно знать, как оказывать помощь при поражении напалмом. Напалм представляет собой зажигательную смесь, которая получается после загущения бензина специальным загустителем. В отличие от других горючих веществ такое пламя трудно тушить. При попадании на открытые участки тела напалм вызывает глубокие ожоги. Участки тела с горящим напалмом надо плотно прикрыть полой шинели или немедленно густо засыпать землей, песком, а лучше всего влажной глиной. Если напалм попал на одежду, ее надо быстро снять.

**115. Первая помощь при отморожении и общем охлаждении (замерзании).** Отморожению чаще всего подвергаются пальцы стоп, кистей и открытые участки тела (нос, уши, щеки). Первые признаки развивающегося отморожения - колющая боль. Постепенно боль исчезает, отмороженный участок белеет и становится нечувствительным. Опасность отморожения значительно увеличивается при температуре воздуха ниже  $-10^{\circ}$  и сильном ветре, хотя они возможны и при слабopоложительной температуре. При длительном воздействии мороза отмороженный участок может стать плотным и даже оледенеть.

**116.** При первых признаках отморожения пораженный участок необходимо аккуратно растереть чистой теплой рукой или рукавицей, пока кожа не покраснеет. Нельзя растирать отмороженное место снегом. После этого необходимо тепло укутать подвергшееся отморожению место и принять все меры, предохраняющие от повторного охлаждения.

При резком побелении и окочении пальцев их необходимо срочно согреть в теплой воде. Если такой возможности нет, то на стопу или кисть накладывается толстая повязка, для чего используется индивидуальный перевязочный пакет, медицинская накидка и любые подручные средства. Пострадавшему дают горячий сладкий чай.

Если отморожение выявлено поздно и обнаружены пузыри или посинение пальцев, то, не растирая кожи и не вскрывая пузырей, накладывают повязку из пакета перевязочного медицинского индивидуального.

**117.** Первыми признаками общего охлаждения (замерзания) являются сонливость, апатия, безволие. В дальнейшем происходит потеря сознания, сопровождающаяся угнетением всех жизненных функций с угрозой жизни. Требуются срочные меры, препятствующие дальнейшему охлаждению. Пострадавшему необходимо доставить в теплое помещение, снять сырую одежду, растереть тело до покраснения, поместить в меховые (ватные) мешки-конверты или укутать одеялом, согреть грелками, при необходимости, проводить искусственное дыхание. При сохраненном сознании дать горячий сладкий чай, небольшую дозу алкоголя (50 г этилового спирта). Эвакуируют таких пострадавших на носилках.

**118. Первая помощь при общем перегревании (тепловом ударе).** Общее перегревании (тепловой удар) проявляется общей слабостью, головокружением, головной болью, тошнотой. Лицо краснеет. Может произойти потеря сознания. Пострадавшему необходимо уложить в тени с возвышенным положением головы, расстегнуть воротник, снять снаряжение. Голову, лицо, шею смочить холодной водой, дать выпить воды. При утрате сознания и ослаблении дыхания дать понюхать нашатырный спирт, при необходимости проводить искусственное дыхание.

## Глава восьмая

### ОСОБЕННОСТИ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПОРАЖЕННЫМ ЯДЕРНЫМ, ХИМИЧЕСКИМ И БИОЛОГИЧЕСКИМ ОРУЖИЕМ

**119. Первая помощь при поражении ядерным оружием.** При поражении личного состава войск ядерным оружием проводятся спасательные и лечебно-эвакуационные мероприятия. Их проводят с целью розыска раненых и пораженных, оказания им первой помощи и эвакуации в медицинские части (подразделения). Эти работы выполняются сохранившим боеспособность личным составом подразделения, попавшего в зону поражения. Для оказания помощи в проведении спасательных работ в зону поражения могут высылаться силы и средства старших начальников - отряды ликвидации последствий применения противником оружия массового поражения.

**120.** Личный состав отряда ликвидации последствий применения противником оружия массового поражения за 30-40 минут до входа в очаг поражения, должен принять радиозащитный препарат (цистамин) и противорвотное средство (этаперазин). Для защиты от внешнего и внутреннего заражения продуктами ядерного взрыва используются средства защиты органов дыхания (фильтрующие противо-

газы и респираторы) и средства защиты кожи фильтрующего и изолирующего типа.

**121.** Очаг поражения условно разбивается на секторы, при этом каждое отделение получает участок, а несколько солдат (поисковая группа) - объект. Розыск пострадавших осуществляется путем обхода (объезда) и тщательного обследования назначенного участка или сектора поисковыми группами, которые снабжаются носилками, сумками медицинскими войсковыми (одну на группу), лямками специальными для извлечения пострадавших из труднодоступных мест и медицинскими накидками. Розыск следует начинать с участков, расположенных ближе к эпицентру взрыва, где находятся пострадавшие с наиболее тяжелыми, преимущественно комбинированными поражениями. При розыске особое внимание обращается на участки местности, где могло быть сосредоточение людей. В первую очередь обследуются траншеи, ходы сообщения, блиндажи, убежища, боевая техника, лощины, балки, овраги, ущелья, участки леса, разрушенные и поврежденные здания.

**122.** При обследовании задымленных помещений один из членов поисковой группы находится снаружи, другой, держась за веревку, предназначенную для связи с ним, входит в задымленное помещение. В горящем здании надо двигаться вдоль стен. Чтобы не оставить кого-либо в горящем здании, необходимо громко спрашивать: «Кто здесь?», внимательно прислушиваться, нет ли стонов, просьб о помощи. Если разрушены коридоры (лестницы) или непроходимы из-за высокой температуры, тогда для выноса (вывода) людей устраивают проходы, используя окна, балконы, проемы в стенах зданий. Очередность эвакуации определяется степенью опасности, угрожающей пострадавшим.

**123.** Поисковые группы, обнаружив пострадавших, оказывают им первую помощь. Она включает: извлечение пострадавших из-под обломков и из труднодоступных мест; тушение горячей одежды; остановку наружного кровотечения; наложение асептических повязок; надевание респиратора; иммобилизацию переломов; введение противоболевого, радиозащитного и противорвотного средств; проведение частичной санитарной обработки; установление очередности выноса (вывоза) пораженных и их эвакуацию с зараженной территории.

**124.** Потушить горящую одежду на пострадавшем можно одним из следующих способов: засыпать песком, землей, снегом; закрыть горящий участок общей войсковой защитным плащом, шинелью, плащ-накидкой; залить водой; прижать горящие участки к земле.

**125.** Для борьбы с проявлениями первичной реакции на облучение принимается противорвотное средство - этаперазин (одна таблетка) из аптечки индивидуальной. При опасности дальнейшего облучения (в случае радиоактивного заражения местности) принимается радиозащитное средство цистамин.

**126.** Частичная санитарная обработка при заражении радиоактивными веществами заключается в механическом удалении радиоактивных веществ с открытых участков тела, обмундирования, средств защиты кожи и органов дыхания. Она проводится непосредственно в зоне заражения и после выхода из зоны. Оказывающий помощь должен располагаться по отношению к пострадавшему с подветренной стороны.

**127.** В зоне заражения стряхивают или сметают с помощью подручных средств радиоактивную пыль с обмундирования (средств защиты) и обуви, стараясь не причинять пораженному дополнительных болевых ощущений. С открытых участков тела (лицо, кисти рук, шея, уши) радиоактивные вещества удаляются смыванием чистой водой из фляги.

**128.** Вне зоны заражения осуществляется повторная частичная санитарная обработка и снимаются средства защиты органов дыхания. Для удаления радиоактивных веществ изо рта, носа, глаз следует дать прополоскать водой пострадавшему полость рта, протереть у него наружные отверстия носа влажной салфеткой, промыть глаза водой.

**129.** Предупреждение переоблучения личного состава поисково-спасательных групп осуществляется ограничением времени работы в зонах с высокими уровнями радиации, исходя из установленной командиром дозы облучения.

**130. Первая помощь при поражении химическим оружием.** Основу химического оружия составляют отравляющие вещества (**ОВ**). Состоящие в настоящее время на вооружении многих армий ОВ можно подразделить на группы отравляющих веществ нервно-паралитического (зарин, зоман, вещества типа Ви-Икс), кожно-нарывного (иприт, люизит), удушающего (фосген, дифосген), общеядовитого (синильная кислота и ее производные - цианиды), раздражающего (хлорацетофенон, вещества Си-Эс и Си-Ар), психохимического (вещество Би-Зет) действия. Высокая токсичность и быстрота действия современных ОВ вызывают необходимость своевременного использования средств индивидуальной защиты (противогазы, защитная одежда) и медицинских средств индивидуальной защиты (противохимические пакеты, противоядия).

**131.** При поражении личного состава войск химическим оружием проводятся лечебно-эвакуационные мероприятия. Их проводят с целью розыска раненых и пораженных, оказания им первой помощи и эвакуации в медицинские части (подразделения). Эти работы выполняются сохранившим боеспособность личным составом подразделения, попавшего в зону поражения. Для оказания по-

мощи в проведении спасательных работ в зону поражения могут высылаться силы и средства старших начальников - отряды ликвидации последствий применения противником оружия массового поражения.

**132.** Личный состав отряда ликвидации последствий применения противником оружия массового поражения для защиты от поражающего действия **ОВ** должен использовать средства индивидуальной защиты: фильтрующий противогаз для защиты органов дыхания и средства для защиты кожи изолирующего типа. За 30-40 минут до входа в очаг химического поражения открытые участки кожи (кисти рук, лицо, шея) обрабатываются жидкостью из индивидуального противохимического пакета ИПП-10. Перед входом в очаг химического поражения нервно-паралитических **ОВ** личный состав должен заблаговременно принять профилактический антидот «препарат П-10М» (принимается по 1 таблетке за 30-60 минут до входа в зону заражения, время защитного действия - 16-20 часов).

133. Первая помощь при поражении химическим оружием направлена на устранение начальных признаков поражения **ОВ** и предупреждение развития тяжелых поражений.

**134.** Главной задачей при оказании первой помощи пораженным **ОВ** является прекращение дальнейшего поступления яда в организм пострадавших, что достигается надеванием противогазов на тех пораженных, у которых они не надеты, проверкой исправности надетых противогазов, при необходимости их заменой, проведением частичной санитарной обработки и укрыванием защитным плащом, а также немедленное применение противоядий (антидотов). При попадании **ОВ** на незащищенную кожу лица противогаз на пораженного надевается только после обработки

кожи дегазирующей жидкостью ИПП. После проведения этих мероприятий (при наличии у пораженного ранения, ожогов или другой травмы), оказывающий помощь обязан провести другие мероприятия первой помощи (остановку кровотечения, наложение повязки и т.д.).



**Рис. 8.1.** Подготовка к надеванию противогаза на пораженного, потерявшего сознание

**Рис. 8.2.** Надевание противогаза на пораженного, потерявшего сознание

**135.** В зоне заражения первая помощь включает: надевание (замену неисправного) противогаза; немедленное применение антидотов; проведение частичной санитарной обработки; быстрейший выход (вынос) за пределы очага.

**136.** Вне зоны заражения: повторное введение антидотов (при необходимости); искусственное вызывание рвоты при отравлении зараженной водой и пищей («беззондовое» промывание желудка); обильное промывание глаз водой, полоскание полости рта и носоглотки; обработку обмундирования, снаряжения и обуви с помощью дегазационного пакета порошкового ДПП или дегазационного пакета силикагелевого ДПС-1 для устранения десорбции ОВ с одежды.

**137.** При надевании противогаза на пораженного следует, учитывая боевую обстановку, состояние и характер ранения, положить (посадить) пораженного как можно удобнее, восстановить проходимость дыхательных путей.

**138.** Для надевания противогаза пораженному ОВ необходимо: снять головной убор, а при опущенном подбородочном ремне откинуть головной убор назад; вынуть противогаз из противогазной сумки пораженного, взять шлем-маску обеими руками за утолщенные края у нижней части так, чтобы большие пальцы были снаружи, а остальные внутри ее; приложить нижнюю часть шлем-маски под подбородок пораженному и резким движением рук вверх и назад надеть шлем-маску на голову так, чтобы не было складок, а стекла очков прились против глаз; устранить перекося и складки, если они образовались при надевании шлем-маски; надеть головной убор.

На тяжело раненого, пораженного, потерявшего сознание противогаз надевают так: положив раненого, пораженного, снимают с него головной убор, затем вынимают из сумки шлем-маску, подводят ее к лицу раненого и надевают на него. После этого раненого следует положить поудобнее.

**139.** Исправность противогаза, надетого на пораженного, проверяют, осматривая целостность шлем-маски клапанной коробки, фильтрующе-поглощающей коробки. При осмотре шлем-маски проверяют целостность очков, резиновой части шлем-маски и прочность соединения его с клапанной коробкой.

**140.** Неисправный противогаз у пораженного заменяют исправным следующим образом. Оказывающий помощь укладывает пораженного между своих ног. Сняв с себя запасный противогаз, вынимает из противогазной сумки шлем-маску и кладет ее на грудь или живот пораженного; затем приподнимает голову пораженного, кладет ее себе на живот, снимает с пораженного неисправный противогаз, берет шлем-маску запасного противогаза, расправляет ее пальцами, вложив их внутрь шлем-маски (голова пораженного при этом должна лежать между рук санитаря), надевает шлем-маску на подбородок пораженного и натягивает ему на голову; в зараженной зоне это надо делать быстро, чтобы пораженный меньше вдыхал отравленный воздух.

**141.** Для оказания первой помощи пораженным ОВ нервно-паралитического действия используется антидот афин. Он вводится санитаром в следующих случаях: по указанию командира; по собственной инициативе при появлении на поле боя пораженных с симптомами отравления (сужение зрачка, слюноотечение, обильное потоотделение, головокружение, затруднение дыхания, сильные судороги).

**142.** Афин содержится в аптечке индивидуальной (АИ) и сумке медицинской войсковой (СМВ) в шприц-тюбике с красным колпачком. Шприц-тюбик однократного использования содержит 1 мл раствора антидота, который вводится внутримышечно или подкожно по 1 мл, при необходимости вводится повторно в той же дозе.

**143.** Для введения антидота из шприц-тюбика необходимо, удерживая его в одной руке, другой взяться за ребристый ободок и, вращая, продвинуть его в сторону тюбика до упора, с тем чтобы внутренним концом иглы проколоть мембрану тюбика. Снять колпачок. Не касаясь иглы руками, ввести ее в мягкие ткани передней поверхности бедра или в верхнюю часть ягодицы (можно через обмундирование). Затем, медленно сжимая пальцами корпус, ввести его содержимое и, не разжимая пальцев, извлечь иглу. После введения антидота на иглу надевается колпачок, а использованный шприц-тюбик вкладывается в карман пострадавшего.

**144. При отравлении синильной кислотой** и другими цианидами необходимо ввести ингаляционный антидот (амилнитрит): раздавить горлышко ампулы, заключенной в марлевом тампоне, и заложить ампулу в подмасочное пространство противогаза; или внутримышечно ввести 1 мл 20% раствора антициана.

**145. При поражении раздражающими ОВ**, когда появляются резь и раздражение глаз, ощущение щекотания в носу и горле, кашель, боли за грудиной, тошнота, нужно под шлем-маску противогаза за ухом заложить 1-2 раздавленные в марлевом чехле ампулы фицилина и вдыхать до тех пор пока не утихнет боль.

**146.** Частичная санитарная обработка при заражении ОВ заключается в обработке открытых участков кожи (кисти рук, лицо, шея), прилегающего к ним обмундирования (воротник, манжеты рукавов) и лицевой части противогаза содержимым индивидуального противохимического пакета (ИПП-8, ИПП-10).

**147. При заражении ОВ** частичная санитарная обработка проводится немедленно. Если пораженный не успел надеть противогаз, его лицо быстро обрабатывается содержимым ИПП. В этих целях вскрывают оболочку пакета ИПП-8, извлекают тампон, отвинчивают крышку флакона, обильно смачивают тампон дегазирующей жидкостью, протирают кожу и внутреннюю поверхность лицевой части противогаза и надевают его на пострадавшего. Чтобы жидкость не попала в глаза, кожу в этой области обтирают сухим тампоном. После обработки открытых участков кожи тем же тампоном, дополнительно смоченным жидкостью из пакета, обрабатывают манжеты и края воротника, прилегающего к коже. ИПП-10 вскрывается поворотом крышки и нажатием на нее, рецептура (10-15 мл) наливается в ладонь правой руки.

**148.** До наложения повязки на раны, находящиеся на открытых участках тела, кожа вокруг ран также обрабатывается жидкостью ИПП.

**149.** Для предотвращения десорбции (испарения) ОВ с обмундирования, снаряжения и обуви их обрабатывают вне зоны заражения с помощью дегазационного пакета порошкового (ДПП) или дегазационного пакета силикагелевого (ДПС-1).

**150.** Пакет дегазационный порошковый состоит из полиэтиленового пакета-щетки с отверстиями, двух упаковок с полидегазирующей порошковой рецептурой, резиновой ленты и упаковочного мешочка с памяткой. Для его применения необходимо вскрыть упаковку с рецептурой и пересыпать ее содержимое в пакет-щетку, перегнуть верхний край пакета и подвернуть его несколько раз для предот-

вращения высыпания рецептуры, закрепить пакет на ладони, щеткой вверх, с помощью резиновой ленты.

**151.** Пакет дегазационный силикагелиевый представляет собой полиэтиленовый пакет, одна из сторон которого имеет внутри тканевую (марлевую) мембрану. Пакет снаряжен дегазирующей порошковой рецептурой. Для подготовки пакета к применению необходимо вскрыть его с помощью нитки.

**152.** Для обработки обмундирования необходимо: легкими постукиваниями пакетом по поверхности обмундирования, снаряжения и обуви припудрить их без пропусков, одновременно втирая порошок в ткань щеткой (мешочком); обработку обмундирования следует начинать с плеч, предплечий, груди, далее вниз, при этом особое внимание обращать на обработку труднодоступных мест (под мышками, ремнем, ляжкой и сумкой противогАЗа); особенно тщательно обрабатывается зимнее обмундирование не только снаружи, но и изнутри; через 10 минут после окончания обработки порошок стряхивается вместе с впитавшимся ОВ с помощью щетки.



Рис. 8.3. Пакет дегазационный порошковый

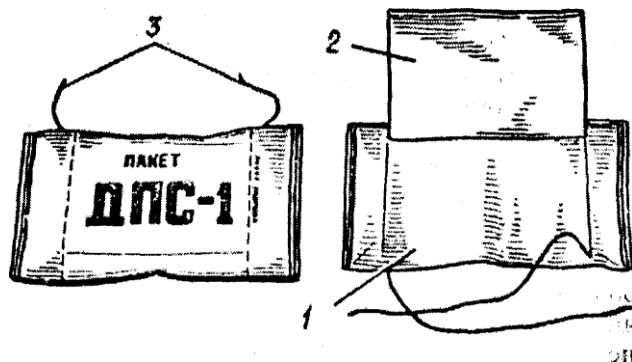


Рис. 8.4. Пакет дегазационный силикагелевый

**153.** Пораженные подлежат немедленному выводу (выносу) с зараженного участка местности. Выносом занимается личный состав поисковых групп, одетый в средства индивидуальной защиты.

**154. Профилактика поражений личного состава** биологическими средствами. Возбудители болезней могут попадать в организм человека различными путями: при вдыхании зараженного воздуха, при употреблении зараженной воды и пищи, при попадании микробов в кровь через открытые раны и ожоговые поверхности, при укусе зараженными насекомыми, а также при контакте с больными людьми, животными, зараженными предметами и не только в момент применения биологических средств, но и через длительное время после их применения, если не была проведена санитарная обработка личного состава.

**155.** Общими признаками многих инфекционных болезней являются высокая температура тела и значительная слабость, а также быстрое их распространение, что приводит к возникновению очаговых заболеваний и отравлений.

**156.** Непосредственная защита личного состава при применении противником биологического оружия обеспечивается использованием средств индивидуальной и коллективной защиты, а также применением средств экстренной профилактики, имеющихся в индивидуальных аптечках.

**157.** Личный состав, находящийся в очаге биологического заражения, должен не только своевременно и правильно использовать средства защиты, но и строго выполнять правила личной гигиены: не снимать средства индивидуальной защиты без разрешения командира; не прикасаться к вооружению и



военной технике и имуществу до их дезинфекции; не пользоваться водой из источников и продуктами питания, находящимися в очаге заражения; не поднимать пыли, не ходить по кустарнику и густой траве; не соприкасаться с личным составом воинских частей и гражданским населением, не пораженными биологическими средствами, и не передавать им продукты питания, воду, предметы обмундирования, технику и другое имущество; немедленно докладывать командиру и обращаться за медицинской помощью при появлении первых признаков заболевания (головная боль, недомогание, повышение температуры тела, рвота, понос и т.д.).

## Глава девятая ТАКТИКА ДЕЙСТВИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПОМОЩИ РАНеным

### 1. Способы приближения к раненым в бою

158. Существует три способа приближения к раненым: ползком по-пластунски, на полчетвереньках, на боку.

**Переползание по-пластунски.** Лечь на землю, плотно прижаться к ней, правой рукой взять оружие за ремень (автомат и ручной пулемет - у кобура) и положить его на предплечье правой руки. Подтянуть правую (левую) ногу и одновременно вытянуть левую (правую) руку возможно дальше; отталкиваясь согнутой ногой, передвинуть тело вперед, подтянуть другую ногу, вытянуть другую руку и продолжать передвигаться в том же порядке. Голову высоко не поднимать.

**Переползание на полчетвереньках.**

Встать на колени и опереться на предплечья (или ладони). Оружие держать так же, как и при переползании по-пластунски (при опоре на ладони держать оружие на ладони правой руки).

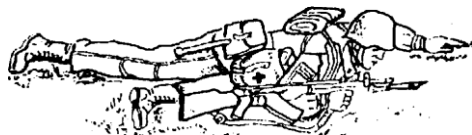


Рис. 9.1. Переползание по пластунски

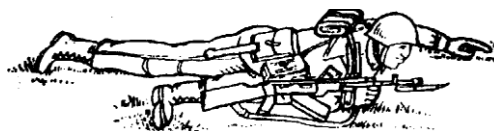


Рис. 9.2. Переползание на полчетвереньках

Согнуть правую (левую) ногу и подтянуть ее к груди, одновременно левую (правую) руку выставить вперед. Передвинуть тело вперед, полностью выпрямить правую (левую) ногу и одновременно согнуть и подтянуть под себя другую. Выставить вперед другую руку, продолжать передвигаться в том же порядке.

**Переползание на боку.** Лечь на левый бок; подтянув вперед левую ногу, согнутую в колене, опереться на предплечье левой руки, правой ногой упереться каблуком в землю возможно ближе к себе; разгибая правую ногу, передвинуть тело вперед, не изменяя положения левой ноги; продолжать передвигаться в том же порядке.

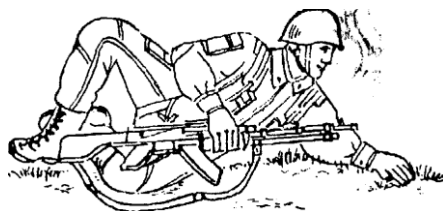


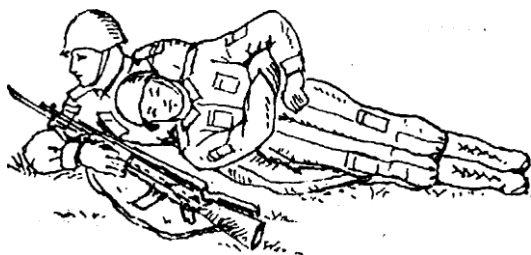
Рис. 9.3. Переползание на боку

Оружие держать правой рукой, положив его на бедро левой ноги. Основным способом приближения к раненому является переползание по-пластунски, так как оно обеспечивает лучшую маскировку.

## 2. Способы оттаскивания раненых, применяемые в бою

**159. Оттаскивание на боку.** Оказывающий помощь ложится боком к раненому, кладет его голову себе на грудь, а туловище - на подтянутую и согнутую в колене ногу; раненый, в зависимости от характера ранения, лежит ничком, на спине или на боку; оказывающий помощь переползает на бок, отталкиваясь от земли свободной ногой и локтем одной руки и поддерживая другой рукой раненого.

**160. Оттаскивание на спине.** Оказывающий помощь кладет раненого на бок (на здоровую сторону), ложится рядом с ним вплотную, прижимаясь спиной груди, и осторожно подводит свою слегка согнутую в колене ногу, лежащую на земле, под ноги раненого.



Рис; 9.4. Оттаскивание на боку

Если оказывающий помощь ложится на левый бок, то левой рукой берет правую руку раненого, а свою правую руку забрасывает за спину и захватывает раненого за брюки или бушлат в области ягодиц; если он ложится на правый бок, то правой рукой берет левую руку раненого, а левой рукой захватывает брюки раненого или бушлат; затем сильным, но резким движением взваливает раненого себе на спину.



Рис. 9.5. Оттаскивание на спине. Оказывающий помощь берет раненого на спину

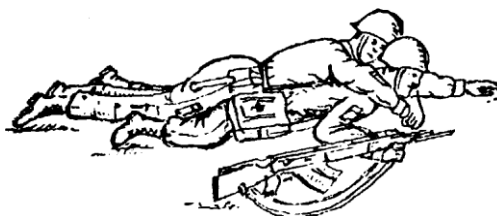


Рис. 9.6. Оттаскивание на спине. Оказывающий помощь переползает с раненым

**161.** Оттаскивая раненого на спине, он переползает, работая только одной ногой, пока не устанет; затем сменяет ногу и т.д. Ноги раненого должны находиться между ног оказывающего помощь. При таком способе устраняется качка, и раненый не сваливается со спины.

**162. Оттаскивание на плащ-палатке.** К одному из углов плащ палатки корабельным узлом привязывают носилочную лямку, палатку скатывают до половины по диагонали. Короткий конец лямки привязывают к короткому концу плащ-палатки, длинный - к длинному ее концу.

Раненого осторожно поворачивают на здоровый бок и кладут рядом с ним подготовленную, как сказано выше, плащ-палатку; поддерживая раненого, переваливают его на плащ-палатку по ее диагонали, расправляют скатанный угол и, связав над раненым оба угла палатки узлом, оттаскивают раненого.

Указанные способы применяются для оттаскивания раненых на короткие расстояния (5-10 м) в укрытия, где им не грозит опасность вторичного ранения и откуда их можно выносить на носилках или вывозить транспортными средствами.

**163. Оттаскивание раненого на волокушах.** Оттаскивание раненого на жестких, незгибающихся волокушах (стандартная лодка-волокуша, лыжные волокуши и волокуши из подручных материалов - дощатые, фанерные, жестяные) является наиболее щадящим способом. При пользовании волокушами под раненого желательнее подложить мягкую подстилку (сено, солома и т.п.).

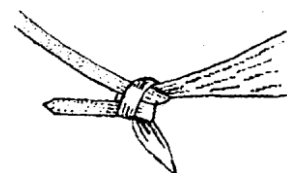


Рис. 9.7, 9.8. Подготовка плащ-палатки к оттаскиванию на ней раненого



Рис. 9.9. Укладывание раненого на плащ-палатку

Для оттаскивания на лодке-волокуше лямки или постромки прикрепляют к лодке-волокуше заблаговременно: первую лямку - к кольцу волокуши, вторую (при оттаскивании двумя военнослужащими оказывающими помощь) - к первой лямке у начала ее концевой петли.

Оказывающие помощь тянут лодку-волокушу за собой с помощью лямок или постромок. Лодку-волокушу ставят со здоровой стороны раненого. Один из оказывающих помощь наклоняет ее борт, другой - подсовывает руки под раненого и одновременно захватывает и удерживает наклоненный борт. Первый отпускает борт и также подсовывает руки под раненого. Затем оказывающие помощь осторожно кладут его в лодку-волокушу, приводят ее в нормальное положение и переползают обратно.

Если укладывать раненого в лодку-волокушу приходится одному человеку, он, положив раненого на бок, за здоровую сторону, наклоняет лодку и вминает ее в снег (на плотном снегу подпирает ее со стороны, противоположной раненому, лопатой или сумкой). Затем осторожно переваливает раненого в лодку и укладывает его так, чтобы на больную сторону не было давления; сдвинув лодку, выравнивает ее и начинает оттаскивать.

Если позволяет местность, целесообразно, уложив раненого в волокушу, прикрепить к ней длинную веревку (15-25 м), отползти в укрытие и оттуда подтаскивать волокушу.

По мере продвижения в тыл оказывающий помощь приподнимается (если позволяет местность и боевая обстановка) и, наконец, встает во весь рост.

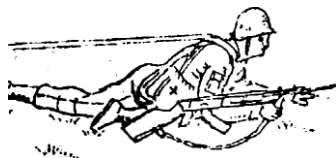


Рис. 9.10. Переползание с раненым, уложенным на плащ-палатку

**164. Оттаскивание раненого на лыжах.** Берут четыре лыжи, скрепляют их у опорных площа-

док, переплетая носковые и пяточные ремни проволокой и другими подручными материалами; носы лыж скрепляют двумя короткими палками, связанными проволокой, веревкой, бинтом; две лыжные палки укрепляют параллельно крайним лыжам; этими палками удерживается поясной ремень, с помощью которого привязывают раненого.

Для постоянной работы такие волокуши делают из 5-6 лыж, соединяемых деревянными поперечинами, на шурупах или гвоздях. Головки шурупов (гвоздей) на скользящей поверхности лыж должны быть «утоплены» и замазаны лыжной мазью.

Волокушу можно изготовить также из подручных материалов.

В носовой части фанеру изгибают (распарив ее в течение 5-7 минут в горячей воде), или прикрепляют к ней загнутый нос из жести. Можно сделать волокушу целиком из жести или кровельного железа. Тяговую веревку (лямку) следует привязывать ближе к днищу (скользящей поверхности) волокуши, чтобы последняя легче скользила и была устойчивее на поворотах.

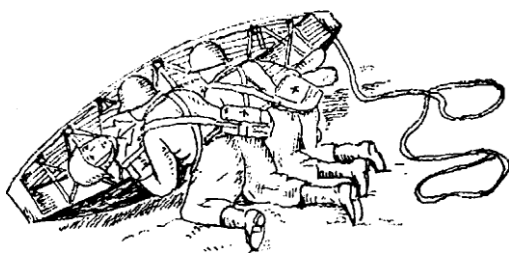


Рис. 9.11. Погрузка раненого на лодку-волокушу



Рис. 9.12. Переползание с раненым, уложенным в лодку-волокушу

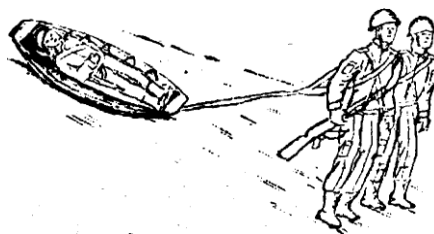


Рис. 9.13. Транспортировка раненого в лодке-волокуше

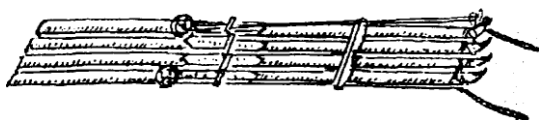


Рис. 9.14. Волокуша из четырех лыж

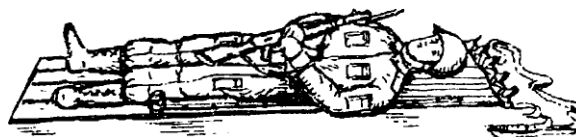


Рис. 9.15. Раненый, уложенный на волокушу из четырех лыж

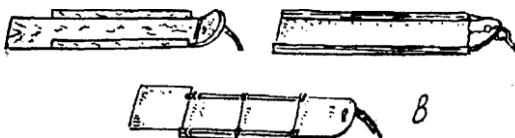


Рис. 9.16. Волокуши из фанеры, жести и железа

На плоскую волокушу раненого укладывают на плотном снегу так же, как на плащ-палатку, на рыхлом снегу - как на лодку-волокушу.

При всех способах отаскивания на местности, зараженной радиоактивными, химическими токсичными веществами, необходимо защищать раненого от дополнительного поражения. С этой целью на раненого надевают противогаз, а при отсутствии противогаза накладывают на нос и рот раненого несколько слоев увлажненной марли, которые закрепляют пращевидной повязкой. При отаскивании на плащ-палатке, лыжно-носилочной установке раненого необходимо завернуть в накидку медицинскую.

Во всех случаях необходимо выбирать способ отаскивания, при котором возможность дополнительного заражения раненого будет наименьшей (на спине, на лодке-волокуше, на лыжно-носилочной установке), и действовать быстро и сноровисто, не задерживаясь на зараженной местности.

Действуя на зараженном участке местности, оказывающие помощь, по возможности, переносят раненого (пораженного) на руках и носилках. Садиться и ложиться на землю без особой необходимости запрещается.

### 3. Способы извлечения раненых из бронетехники

**165.** Для извлечения раненых из бронетехники пользуются специальными лямками (Ш-4) или двумя скрепленными друг с другом носилочными лямками; ими охватывают бедра раненого у паха, перекрещивают их у него на животе и, проводя под мышками, выводят свободными концами позади плеч. Извлечение проводят, как правило, три человека.

Чтобы наложить лямку, поддержать раненого и придать ему положение, необходимое для извлечения, оказывающий помощь влезает в бронетехнику через люк.

**Извлекая раненого из верхнего люка**, находящийся внутри бронетехники, наложив на раненого лямки, поднимает и направляет его тело, а двое других, стоя на башне, осторожно тянут за лямки. Один из них, становясь на колени, поддерживает бедра раненого и в дальнейшем помогает придать ему горизонтальное положение для того, чтобы положить на носилки.

При извлечении раненого через передний (боковой) люк два человека располагаются снаружи бронетехники, а один внутри, последний человек накладывает на раненого (пораженного) лямки и подает свободные концы находящимся снаружи. Раненого осторожно подтягивают за лямки (вперед головой), а находящийся внутри поддерживает раненого и следит, чтобы его ноги не зацепились за рычаги. Когда туловище раненого показывается из люка, дальнейшее извлечение производится находящимися снаружи бронетехники. Один держит раненого под мышки, другой - за ноги.

Для проникновения в бронетехнику, оказывающие помощь должны иметь ключи от люков.



Рис. 9.17. Извлечение раненого из танка

#### 4. Способы переноски раненых

**166. Переноска раненого одним человеком** осуществляется при помощи носилочной лямки или на руках.

**167. Переноска раненого на носилочной лямке** осуществляется двумя способами.

**Первый способ.** Раненого укладывают на здоровый бок. Носилочную лямку, сложенную в виде кольца, подводят под раненого так, чтобы одна половина была под его ягодицами, а другая, продетая под мышками, - на спине. Свободный конец лямки должен лежать на земле. Таким образом, по бокам раненого образуются петли.

Оказывающий помощь ложится впереди раненого, спиной к нему, просовывает руки в петли надетой на раненого лямки, подтягивает их на свои плечи. Связывает петли свободными концами лямки и кладет раненого себе на спину. Затем он постепенно поднимается, становится на четвереньки, на одно колено и, наконец, во весь рост. Раненый сидит на лямке, прижатый ею к санитару.

Такой способ особенно удобен тем, что обе руки оказывающего помощь остаются свободными, а раненый может не держаться за него, так как лямка удерживает его достаточно надежно. К недостаткам этого способа относится давление, которое оказывает лямка на спину раненого. Поэтому при ранениях грудной клетки применяют не первый, а второй способ переноски на лямке.

**Второй способ.** Оказывающий помощь надевает на ноги раненого лямку, сложенную восьмеркой, укладывает его на здоровый бок и, прижимаясь к нему спиной, надевает лямку на себя так, чтобы перекрест ее пришелся на груди. Затем поднимается, как и при первом способе.

При такой переноске грудь раненого остается свободной, но оказывающий помощь должен поддерживать его руки, а раненый должен держаться за плечи или поясной ремень оказывающего помощь.

Оба способа неприменимы при переломах бедра, таза, позвоночника. Второй способ, кроме того, нельзя применять при серьезном повреждении обеих верхних конечностей.

Если нет носилочной лямки, ее легко изготовить: кольцо - из двух, восьмерку - из трех поясных ремней.

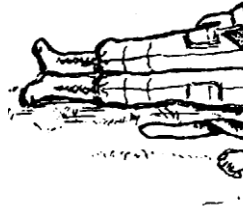


Рис. 9.18. Лямка, сложенная кольцом, надета на раненого для переноски

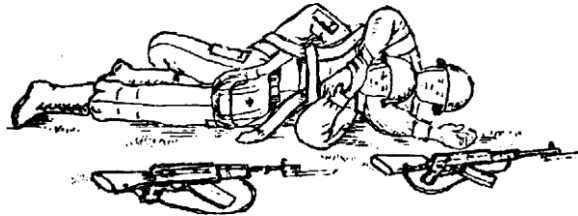


Рис. 9.19. Оказывающий помощь берет раненого на спину

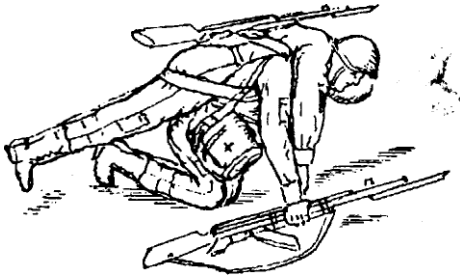


Рис. 9.20. Оказывающий помощь поднимается с раненым



Рис. 9.21. Оказывающий помощь переносит раненого





Рис. 9.22. Переноска раненого на лямке, сложенной восьмеркой

**168. Переноска раненого одним человеком на руках (без лямок)** осуществляется также двумя способами.

**Первый способ.** Оказывающий помощь усаживает раненого на возвышенное место, поворачивается к нему спиной, становится между его ног и опускается на одно колено. Раненый обхватывает оказывающего помощь за плечи или держится за его пояс; оказывающий помощь берет раненого обеими руками под бедра и встает.



Рис. 9.23, Переноска раненого на руках

**Второй способ.** Опустившись на одно колено сбоку раненого, оказывающий помощь берет его одной рукой под спину, другой под ягодицы, а раненый придерживается за его плечи. После этого оказывающий помощь встает.

Переносить раненого на руках труднее, чем на лямке. Поэтому данным способом пользуются лишь при переноске на очень короткое расстояние. Оказывающий помощь, перенося раненого, через каждые 150-200 шагов 2-3 минуты отдыхает. Для отдыха он выбирает возвышенное место (камень, пень), усаживает раненого и садится сам, наблюдая за состоянием раненого. При необходимости оказывает ему первую помощь (поправляет сбившуюся повязку, подбинтовывает, дает пить). Если раненого, переносимого на лямке, нужно положить, оказывающий помощь опускается сначала на колено, потом на четвереньки, а затем ложится и, осторожно повертываясь, кладет его на правый или левый бок (в зависимости от характера ранения).

**169. Переноска раненого вдвоем** производится при помощи носилочной лямки или на руках (без лямок).

**170. Переноска раненого при помощи носилочной лямки.** Сделав из носилочной лямки восьмерку, оказывающие помощь надевают ее на себя так, чтобы перекрест лямки был между ними на уровне тазобедренных суставов, а петля шла у одного через правое плечо, а у другого через левое плечо. На перекрест лямки сажают раненого следующим образом: оказывающие помощь встают лицом один к другому по обе стороны раненого, опускаются один на правое, другой на левое колени; затем они приподнимают и сажают раненого на сомкнутые колени, подводят лямку под его ягодицы и встают.





Рис. 9.24. Подготовка к переноске раненого на лямке, сложенной восьмеркой



Рис. 9.25. Переноска раненого на лямке, сложенной восьмеркой

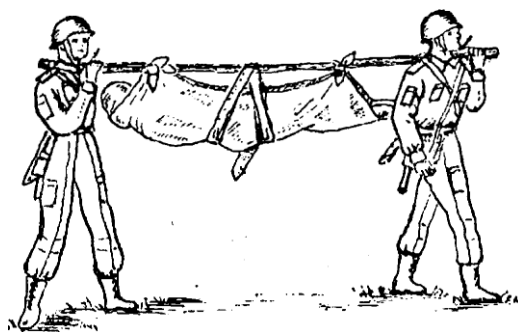


Рис. 9.26. Переноска раненого на плащ-палатке при помощи короткого шеста

В траншеях и ходах сообщения два человека могут переносить раненого на носилочной лямке, сложенной восьмеркой, по способу, показанному выше, или на плащ-палатке.

**171. Переноска раненого на руках (без лямок)** осуществляется также двумя способами.

**Первый способ.** Оказывающие помощь соединяют руки так, чтобы образовалось сиденье («замок»). Сиденье можно сделать, соединив три руки (две руки одного человека и одна рука другого); свободная рука, положенная на плечо первого человека, служит для поддержки раненого, сидящего на «замке».

Если раненый в состоянии обхватить оказывающих помощь руками за плечи, его можно переносить, сделав сиденье из четырех соединенных рук.



Рис. 9.27. Переноска раненого вдвоем на руках («замок» из трех рук)



Рис. 9.28. Переноска раненого вдвоем на руках («замок» из четырех рук)

Усаживают раненого на сиденье, как и при переноске на лямке. В качестве сиденья можно использовать также поясной ремень, свернутый кольцом.

Второй способ. Один из оказывающих помощь подходит к раненому сзади и подхватывает его под мышки согнутыми в локтях руками; другой встает между ног раненого спиной к нему и обхватывает руками его голени. Первый не должен соединять свои руки на груди раненого, чтобы не затруднять ему дыхание.

Этот способ удобен для переноски раненого по ходам сообщения, траншеям. Его нельзя применять при переломах конечностей.



Рис. 9.29. Переноска раненого вдвоем на руках

**Третий способ.** Оказывающие помощь, подойдя к раненому, становятся оба с одной (здоровой) стороны его и опускаются на одно колено; оказывающий помощь, находящийся у головы раненого, одну руку подсовывает ему под спину, другую под поясницу;

раненый обхватывает оказывающего помощь руками за плечи. Другой, находящийся у ног раненого, подводит руку под его ягодицы, а другую под голени. Оба, становясь на ноги, поднимают раненого.

Такой способ применяется для переноски на короткие расстояния.

**Переноска раненых на носилках** . Укладывание раненого на носилки

172. Указанными при описании третьего способа приемами пользуются и при укладывании на носилки, но при этом оказывающие помощь могут опускаться на оба колена. Если при укладывании присутствуют три человека, один из них поддерживает голову и спину раненого, второй - таз, третий - ноги.

В тех случаях, когда раненого требуется уложить на носилки как можно быстрее, оказывающие помощь, не опускаясь на колени, поднимают пораженного с земли, взявшись за его одежду.

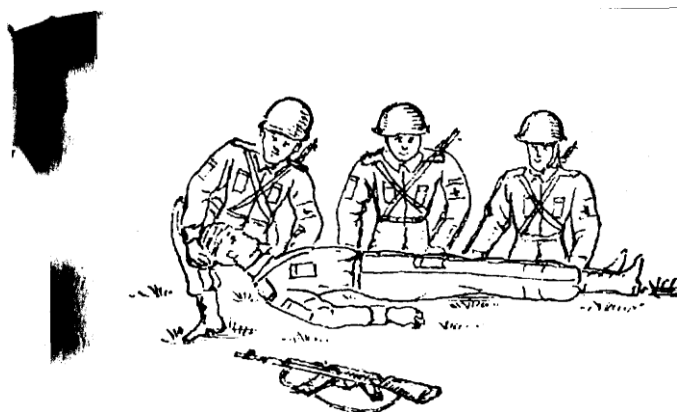


Рис. 9.30. Переноска раненого на короткое расстояние. Погрузка на носилки



Рис. 9.31. Погрузка раненого на носилки (поднимание с земли за одежду)

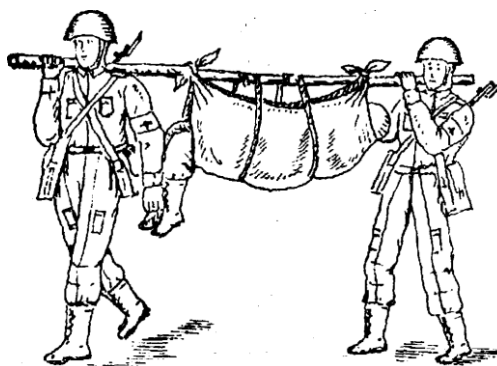
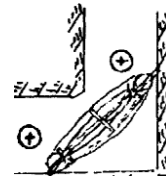


Рис. 9.32. Носилки из одного шеста, плащ-палатки и ляжки



### *Переноска раненого в окопах на носилках*

**173.** Переносить раненых в окопах и ходах сообщения на обычных носилках неудобно, так как они застревают на поворотах. Лучше пользоваться импровизированными носилками изготовленными с использованием шеста, плащ-палатки, ляжки медицинской носилочной.

Шест для носилок (круглый брусок) должен быть прочный, длиной 160-200 см, шириной в средней части 5-6 см.

Переносят раненого следующим образом:

на сложенную кольцом ляжку кладут плащ-палатку;

раненого укладывают на плащ-палатку, углы ее связывают узлами над его головой и ногами;

под головной и ножной узлы плащ-палатки подводят шест и закрепляют его носилочной ляжкой;

оказывающие помощь одновременно поднимают носилки и несут их, причем обязательно идут «не в ногу».

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



Рис. 9.33. Переноска раненого в неглубоком ходе сообщения на носилках из одного шеста, плащ-палатки и ляжки

Рис. 9.34. Изменение положения оказывающих помощь при переноске раненого на правом и левом поворотах

174. На небольшое расстояние раненых переносят на одеялах, плащ-палатках; в этом случае работают трое военнослужащих.



Рис. 9.35. Переноска раненого на плащ-палатке (одеяле)



Рис. 9.36. Носилки из двух жердей и лямок

Рис. 9.37. Носилки из двух жердей и мешка (тюфячной наволочки)

Рис. 9.38. Носилки из двух жердей и двух мешков

175. Для работы в обычных условиях (не в окопах) удобны носилки из двух жердей, соединенных деревянными распорами и переплетенных ляжками, проволокой или веревкой.

Носилки можно быстро сделать из одного - двух мешков и двух жердей.

При переломах позвоночника полотнище носилок необходимо заменять широкой доской. На нее кладут плащ-палатку или сено.

#### *Правила переноски раненого на носилках*

176. Оказывающие помощь при переноске раненых а носилках работают по командам.

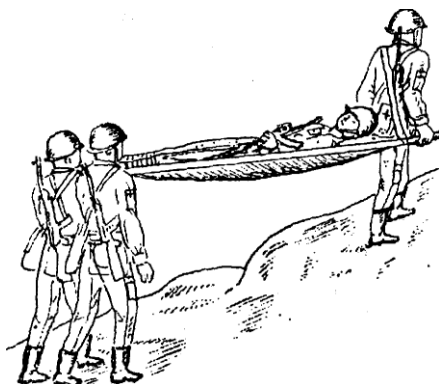


Рис. 9.39. Переноска раненого в горах. Подъем

Команды подает идущий сзади. По команде «Носилки» оказывающие помощь разворачивают носилки и ставят их на землю рядом с раненым со стороны ранения головным концом к голове раненого. Сами становятся рядом с раненым с противоположной стороны, снимают с него вещевой мешок, снаряжение (все, что стесняет дыхание или мешает погрузке); вещевой мешок кладут в изголовье.

По команде «**Берись**» одновременно и осторожно поднимают раненого, не вставая с колен, продвигают его вперед и по команде «**Опускай**» осторожно кладут на носилки. При этом раненой части тела придают возвышенное положение и следят, чтобы место ранения не подверглось давлению.

После того, как раненый уложен на носилки, подается команда «**По местам**». Один, оказывающий помощь, становится к головному концу носилок, лицом к раненому, другой - к ножному концу, спиной к нему. По команде «**На лямки**» оказывающие помощь наклоняются, сгибая колени, надевают петли лямок на ручки носилок и берутся за ручки; по команде «**Поднимай**» выпрямляются и поднимают носилки. Поднимать и опускать носилки с раненым нужно одновременно и осторожно.

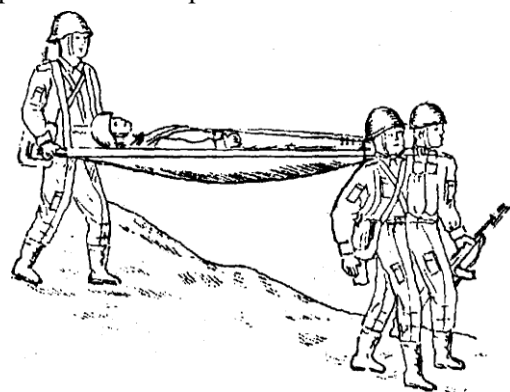


Рис. 9.40. Переноска раненого в горах. Спуск

По команде «**Вперед**» стоящий впереди делает шаг вперед правой ногой, а стоящий сзади - левой ногой и оба продолжают идти не в ногу.

По команде «**Стой**» они останавливаются. По команде «**Ставь**» нагибаются и ставят носилки на землю. Если надо повернуть носилки на месте, не опуская их на землю, подается команда «**Налево, направо, кругом**». Идущий впереди заходит влево (вправо), кругом, а второй поворачивается на месте в ту же сторону.

**177.** Раненого переносят на носилках ногами вперед. При подъеме в гору носилки поворачивают головным концом вперед. Раненых, потерявших много крови, и раненных в ноги при подъеме надо нести ногами вперед. На крутых подъемах и спусках необходимо сохранять горизонтальное положение носилок;

для этого при движении в гору поднимают задний конец носилок, а при движении под гору - передний.

**178.** Раненого в челюсти укладывают лицом вниз во избежание затекания крови в дыхательные пути, что может привести к удушью, и под лоб подкладывают его согнутую в локте руку или вещевой мешок.

**179.** Раненого в живот кладут на носилки на спину, ноги его сгибают в коленях, под колени подкладывают валик из одежды.

**180.** Раненого в грудь переносят на носилках в полусидячем положении, подложив ему под спину вещевой мешок.

**181.** Раненого с повреждением позвоночника переносят на носилках с жестким непровисающим ложем (для чего к носилкам прикрепляют листы толстой фанеры, широкую доску).

**182.** Во время движения идущий впереди предупреждает идущего сзади о всех неровностях дороги. Если на пути встречается какое-либо препятствие (ограда, забор, проволочное ограждение, окоп, ход сообщения, канава), оказывающие помощь ставят носилки на землю, становятся по обе стороны их, берутся за среднюю часть брусьев, поднимают и ставят ручки носилок на препятствие (если это забор, ограда) или оставляют носилки на земле свисающими над краем препятствия (если это ров, канава). При этом один удерживает задний конец носилок, а другой, перебравшись через препятствие, принима-



ет носилки на себя. Стоящий у заднего конца носилок приподнимает и осторожно продвигает носилки, а затем переходит сам.

**183.** При выносе раненого оказывающие помощь должны взять с собой его оружие и снаряжение. При переносе раненого зимой его нужно хорошо укрыть и снабдить грелкой. Чтобы не перекладывать раненого с носилок, его передают на медицинском пункте вместе с ними, а взамен получают другие из обменного фонда.

**184.** Средняя скорость движения при переноске раненого на носилках по ровной местности 2-2,5 км в час. После каждого полукилометра оказывающие помощь отдыхают 3-5 минут. После отдыха меняются местами.

На местности, просматриваемой противником, переносить раненого нужно скрытно, соблюдая правила маскировки.

#### **Перевозка раненого на лыжно-носилочной установке и на лодке-волокуше**

**185.** Зимой в зависимости от характера местности времени суток и огня противника перевозят раненых на лыжно-носилочных установках и лодках-волокушах. Лодки-волокуши можно использовать и в другое время года.

В лыжно-носилочной установке тяговую веревку (лямку) привязывают к кольцам дугообразной поперечины, соединяющей передние концы лыж, у лодки-волокуши - за тяговое кольцо.

Если приходится работать на глубоком рыхлом снегу, оказывающие помощь становятся на лыжи. При переползании они их снимают и прикрепляют к лыжно-носилочной установке или волокуше.

Лыжно-носилочными установками целесообразно пользоваться для транспортировки от укрытия, где сосредоточено несколько раненых, или от ротного медицинского поста до поста санитарного транспорта, медицинского пункта батальона.

## **Глава десятая ЭВАКУАЦИЯ РАНЕННЫХ ИЗ РАЙОНА БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

### **1. Общие положения**

**186.** Для эвакуации раненых и больных предназначены санитарные автомобили УАЗ-452А, АС-66.

**187.** Вынос раненых с поля боя производится личным составом подразделений сбора и эвакуации, а также солдатами, выделяемыми для этой цели распоряжением командиров частей и подразделений.

**188.** Для вывоза раненых с поля боя, как правило, используются санитарные транспортеры (бронированные медицинские машины). В отдельных случаях может использоваться боевая техника - бронетранспортеры, боевые машины пехоты.

**189.** Пути подвоза совмещаются с путями эвакуации раненых, что позволяет использовать обратные рейсы порожняка транспорта подвоза. В этом случае требуется дополнительное оборудование их приспособлениями для размещения и укрытия раненых от непогоды (тенты, сидения и т.п.).

Грузовые автомобили медицинских частей и подразделений оборудуются для перевозки раненых универсальными санитарными транспортными приспособлениями.

**190.** В отдельных случаях для эвакуации раненых используются вертолеты, а также самолеты, не требующие больших взлетно-посадочных полос.



**Рис. 10.1.** Автомобиль санитарный УАЗ-452А

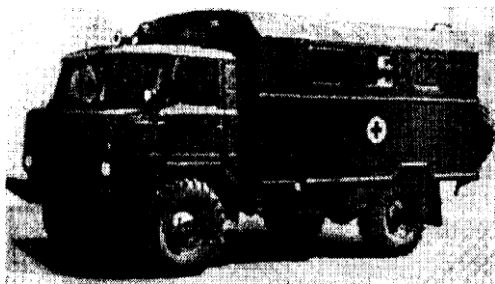


Рис. 10.2. Автомобиль санитарный АС-66



Рис. 10.3. Транспортёр гусеничный снегоболотоходный ГТ-СМ



Рис. 10.4. Транспортёр малогабаритный гусеничный бронированный ГТ-МУ

## 2. Погрузка раненых на санитарные автотранспортные средства

**191.** Для эвакуации раненых и больных в войсковом звене применяются автомобили УАЗ-452А и АС-66.

**192.** Эваковместимость УАЗ-452А: на носилках - 4, на сиденье - 1; на носилках - 2 (в два яруса) и на сиденьях - 4, только сидя - 9 человек, включая место рядом с водителем.

При подготовке к перевозке раненых на носилках необходимо: привести подножки задней двери в рабочее положение;

полностью открыть створки задней двери и застопорить их фиксаторами;

поднять боковые сиденья и закрепить их ремнями в походное положение;

откинуть от бортов и установить в рабочее положение четыре бортовых кронштейна;

закрепить ремни подвески в потолочных гнездах и на полу (имеющиеся на ремнях петли для установки рукояток носилок должны быть обращены к середине кузова).

**193.** Погрузка раненых производится по командам первого номера звена носильщиков.

Носилки подаются головным концом к задней двери машины. По команде «**Звено, стой**», «**Ставь**» носилки опускаются на землю.

«**На стороны марш**» - носильщики становятся по обеим сторонам носилок (первый - слева, второй - справа).

**«К погрузке»** - носильщики берутся за брусья носилок обеими руками каждый со своей стороны (расстояния между руками должно быть не менее 1 м).

**«Поднимай»** - носильщики поднимают носилки на нужную высоту и устанавливают ножки головного конца носилок на направляющие на полу кузова, а середину и ножной конец придерживают, стоя с боку носилок.

**«Вдвигай»** - носильщики продвигают носилки в кузов, где их принимает находящийся там водитель.

После этого носильщики поднимаются внутрь кузова и помогают водителю закрепить носилки.

Очередность установки и крепления носилок (по ходу движения машины) с левого борта - сверху вниз, а затем с правого борта - аналогично.

**194.** Погрузка раненых и больных на автомобиль АС-66 производится так же, как и на автомобиль УАЗ-452А.

Для погрузки требуется 3-5 человек (включая водителя). Разгрузка производится в обратном порядке. Первым разгружается нижний ярус.

**195.** Погрузка в бронированную медицинскую машину производится следующим образом: носильщики выполняют те же команды, что и при погрузке раненых на санитарный автомобиль.

По команде **«Поднимай»** носильщики поднимают носилки на нужную высоту.

**«Вноси»** - носильщики вносят раненого в машину головным концом носилок вперед. В машине принимает их находящийся там водитель - санитар.

После этого носильщики внутри бронетранспортера помогают водителю-санитару установить носилки.

Очередность установки и крепления носилок (по ходу движения машины) - от головной части машины.

**196.** При погрузке раненых на машину водитель-санитар находится наверху бронетранспортера. Носильщики поднимают носилки с раненым и устанавливают их совместно с водителем.

**197.** Выгрузка раненых с БММ-1 производится в обратной последовательности.

### **3. Погрузка раненых и больных на общевоинские транспортные средства**

**198.** Выделенные для перевозки раненых и больных автомобильные транспортные средства оборудуются:

брезентами для защиты раненых и больных от ветра, осадков, пыли и других неблагоприятных метеорологических факторов;

универсальными санитарными приспособлениями для грузовых автомобилей или простейшими амортизирующими приспособлениями (сено, лапник, а также связки хвороста для установки на них ручек носилок).

Перед погрузкой раненых и больных кузов должен быть чисто вымыт или подметен, крепления сидений к бортам и открывающиеся борта должны быть надежно закрыты.

**199.** В целях предохранения раненых и больных от получения травм при перевозке необходимо соблюдать установленные нормы и порядок их размещения в автомобилях. Размещение раненых и больных должно обеспечивать возможность наблюдения за ними сопровождающим в пути.

При погрузке раненых и больных в автомобили необходимо соблюдать следующие правила:

первыми грузить раненых и больных, находящихся на носилках, а затем - сидячих;

при размещении носилок в два яруса (в автомобилях, специально оборудованных для перевозки раненых) вначале производится установка носилок верхнего яруса, потом нижнего с обязательным их креплением в местах установки;

раненые и больные на носилках размещаются в кузове автомобиля головами к кабине; при комбинированном размещении - носилки располагаются в передней части, сидячие раненые и больные размещаются ближе к заднему борту;

лежащим раненым и больным обеспечивается приподнятое положение головы на мягком подголовнике (скатка шинели, вещевой мешок, наполненный сеном, соломой подголовник носилок, другие подручные материалы).

**200.** Погрузка носилочных раненых в грузовой автомобиль производится пятью носильщиками, двое из которых работают в кузове.

-

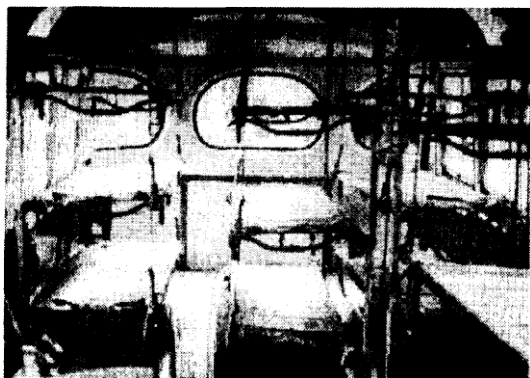


Рис. 10.5. Универсальное санитарное приспособление для грузовых автомобилей

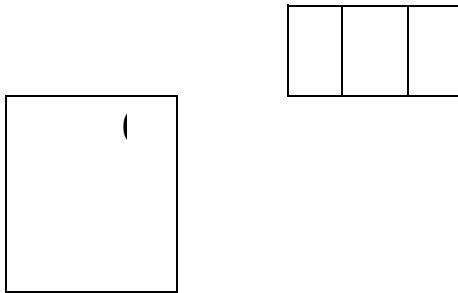


Рис. 10.6. Варианты размещения раненых на санитарном автомобиле УАЗ-452А б

б

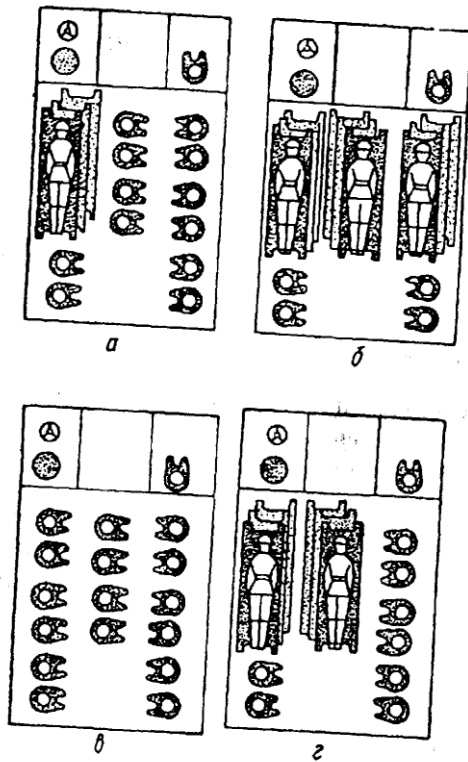
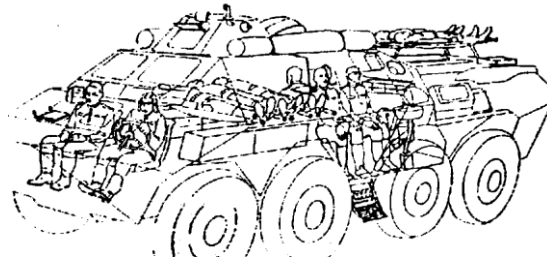


Рис.10.7. Варианты размещения раненых на санитарном автомобиле АС-66



**Рис. 10.8.** Размещение раненых на бронированной медицинской машине БММ-1

Последовательность погрузки следующая.

По команде «**Звено, стой. Ставь**» носилки опускаются на землю у автомобиля головным концом к заднему борту.

По команде «**На стороны марш**» носильщики становятся с левой и правой сторон носилок к головному концу, третий - к торцу ножного конца носилок.

По команде «**К погрузке. Поднимай**» носильщики поднимают носилки, ставят их передние ножки на платформу кузова и вдвигают их с помощью работающих в кузове, до передней штанги.

Носильщики, находящиеся в кузове, становятся лицом друг к другу у головного и ножного концов носилок (первый - между передним бортом и передней штангой, второй - за задней штангой), нагибаются через штанги, берутся за рукоятки и начинают подъем носилок с превышением их головного конца над ножным. Первый носильщик поднимает головной конец носилок выше штанги и подает его на себя так, чтобы обеспечить второму возможность вывести ножной конец носилок из-под задней штанги и затем поднять его. Затем оба носильщика перемещают носилки к левому борту машины, устанавливают и закрепляют их в кронштейнах.

Вторые носилки устанавливаются у правого борта, третьи - рядом с первыми.

Носильщики помогают пройти двум легкораненым к переднему борту машины и усаживают их на левую и правую скамейки. Затем они устанавливают остальные носилки с ранеными на полу кузова в той же последовательности, что и на штанги.

Носилки, установленные на полу, крепятся к специальным скобам (ГАЗ-66) или бортам (у остальных автомобилей с помощью подручных средств).

После установки проверяется надежность крепления носилок.

Водитель автомобиля поднимает и закрепляет задний борт автомобиля, опускает и закрепляет тент.

Выгрузка раненых из автомобилей производится в обратной последовательности.

**4. Погрузка раненых и больных в вертолет 201.** Погрузка раненых и больных в вертолет осуществляется специально выделенной командой под руководством командира вертолета. В погрузке раненых и больных принимают участие члены экипажа вертолета.

**202.** Автомобильный транспорт, доставивший раненых и больных к вертолету, должен подъезжать слева от борта по транспортной петле, которая прокладывается на расстоянии 7-10 м от фюзеляжа вертолета.

Кузов машины устанавливается против погрузочной двери задним бортом под углом 45° относительно оси вертолета.

**203.** Перед погрузкой раненых и больных внутри грузовой кабины устанавливаются санитарные стойки с кронштейнами, санитарные ленты с петлями для крепления рукояток носилок, столик медицинского работника, бачок для питьевой воды, поильник и другое оборудование для ухода и оказания первой помощи эвакуируемым.

**204.** Раненые на носилках вносятся головой вперед через открытые створки грузолюка по трапу и устанавливаются в секции, начиная с верхнего яруса. Загрузку вертолета следует начинать с секций от кабины экипажа. Раненых и больных, требующих особого наблюдения и обслуживания, целесообразно размещать на средних ярусах, обеспечивая таким образом наилучшие условия ухода за ними в пути.

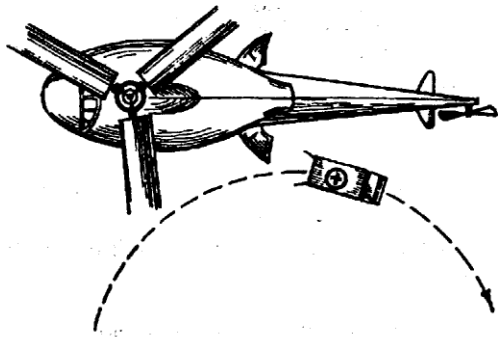


Рис. 10.9. Схема подъезда автомобилей к вертолету

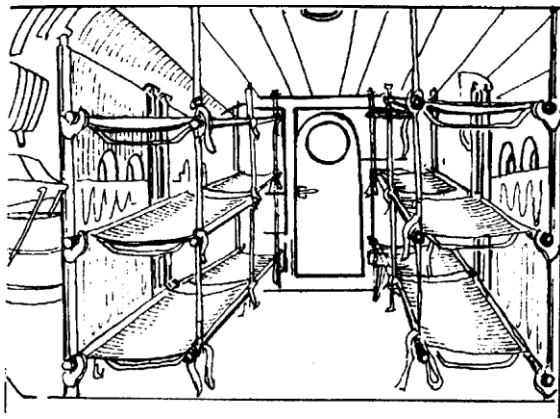


Рис. 10.10. Размещение санитарного и бортового оборудования в грузовой кабине вертолета МИ-8

**205.** Для установки и крепления носилок в секциях имеются санитарные стойки с кронштейнами, которые в рабочем положении поворачиваются на  $90^\circ$  по отношению к борту фюзеляжа, а в походном положении располагаются параллельно ему. Для крепления второй пары рукояток носилок санитарные ленты верхним концом закрепляются в кронштейнах на потолке фюзеляжа (в точках под декоративной облицовкой) с помощью шариковых фиксаторов. Нижние концы санитарных лент имеют скобы с крючками, вдеваемые во встречные скобы, вклепанные в виде гнезд в пол грузовой кабины. Длина лент изменяется с помощью регулировочных петель с крантами. По правому борту между секциями носилок для сопровождающего устанавливаются столик и сиденье.

**206.** Выгрузка раненых и больных из вертолета производится в обратном порядке: сначала выносят раненых и больных с нижних ярусов, затем средних и верхних. Носилки снимают сначала с петель подвесных ремней, а затем с замков кронштейнов стоек.

**207.** При отсутствии в вертолете санитарного оборудования или носилок, раненые и больные могут перевозиться на полу грузовой кабины. В этих случаях кабину вертолета необходимо тщательно убрать, закрепить все находящиеся в ней предметы, а пол застелить матрацами или чехлами.

**208.** Погрузка раненых и больных в вертолет в режиме «висения» производится, как правило, в местах, не имеющих посадочных площадок. Для подъема раненых в вертолет в режиме «висения» применяются бортовые механическая или электрическая лебедки.

Перед подъемом раненого на носилках на режиме «висения» необходимо закрепить лямки и фиксировать раненого к носилкам. Для этого продевают один конец лямки Ш-4 в ножку носилок и закрепляют карабин в кольце.

Кольцо свободного конца первой лямки Ш-4 соединяют с карабином второй лямки, затем укладывают пострадавшего на носилки и привязывают лямками Ш-4 к носилкам, сделав 4 оборота. Первый оборот должен проходить через голени, второй - по бедрам, третий - по груди и четвертый - под мышками.

Продеть один из концов лямки Ш-4 с внутренней стороны в ножку головной части носилок, обернуть один раз у основания рукоятки и закрепить карабином в кольце. Второй конец лямки Ш-4 таким же образом закрепить на основании рукоятки и в ножке второго бруса этого же конца носилок.

Другую лямку Ш-4 закрепить на противоположных концах носилок аналогичным способом.

Образовавшиеся над носилками две петли от лямок поочередно вложить в карабин троса лебедки

и перевязать их (ниже карабина) веревкой или поясным ремнем. Во избежание раскочки при подъеме, к ножному концу носилок привязывается 20-метровая веревка, а 7-метровая - к карабину троса лебедки.



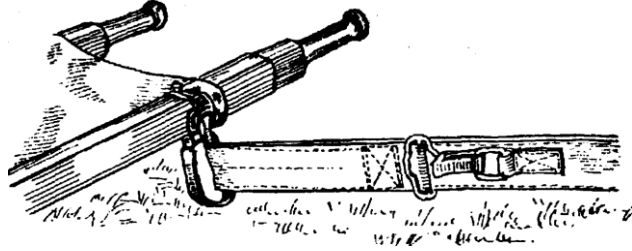


Рис. 10.11. Закрепление конца лямки Ш-4 в ножке носилок



Рис. 10.12. Положение раненого, привязанного к носилкам лямками Ш-4

Подвесные петли лямок Ш-4 не должны быть слишком длинными, так как при подъеме рукоятки головного конца носилок могут оказаться ниже проема двери, что затруднит прием раненого на борт вертолета. Носилки, подвешенные на лебедки, должны находиться в горизонтальном положении или с незначительно приподнятым (6-7°) головным концом. Раненым, находящимся в бессознательном состоянии, во избежание травм при подъеме в вертолет необходимо фиксировать руки бинтом.

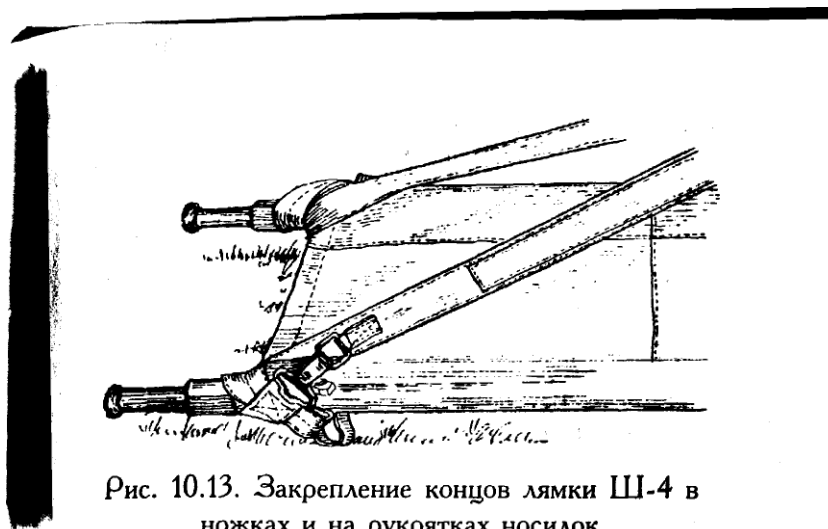


Рис. 10.13. Закрепление концов лямки Ш-4 в ножках и на рукоятках носилок

**209.** Перед подъемом носилки с раненым устанавливают под тросом лебедки. Петли лямок Ш-4 надевают на карабин лебедки и закрепляют веревкой или поясным ремнем. Затем носилки приподнимают на 1 м от земли и проверяют надежность крепления и правильность центровки их. Потом производится подъем к проему двери вертолета.

Во время подъема лицо, осуществляющее погрузку, стоит на земле, натягивает веревку, направляя головной конец носилок к двери вертолета, и удерживает носилки от раскачивания.

**210.** После поднятия носилок до упора карабина троса в блок лебедки, лицо, находящееся в кабине вертолета, приподнимает носилки за рукоятки голов

ного конца и ставит их передними ножками на край кабины. Затем свободный конец 7-метровой веревки пропускается через кольцо, расположенное под потолком кабины, и втягивает носилки внутрь до упора задних ножек в край пола. Натягивая веревку, поднять носилки верх и снять их с карабина лебедки. Установить носилки в соответствующем ярусе секций.

**211.** Подъем легкораненых в вертолет на режиме «висения» производится в специальном табельном сидении или при отсутствии его в комплекте вертолета с помощью ляжки Ш-4.

Для этого необходимо развернуть ляжку, пропустить оба конца ее под руки раненого в направлении от спины к груди и перекрестить их у основания грудной клетки. Затем конец ляжки, идущий из-под правой руки, протянуть до наружной стороны верхней трети левого бедра, а конец ляжки, идущий из-под левой руки, - в противоположную сторону, к правому бедру. Подвести карабины сначала под правое, а затем под левое бедра, протянуть концы ляжки между ног настолько, чтобы можно было свободно застегнуть карабины за кольцо ляжки. Надеть сверху лямок поясной ремень и обернуть его петлей ляжки снизу вверх.

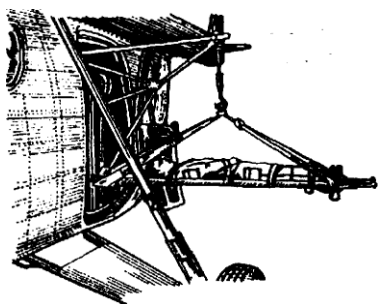


Рис. 10.14. Закрепление петель лямок Ш-4 к карабину лебедки и положение носилок с раненым у проема двери вертолета

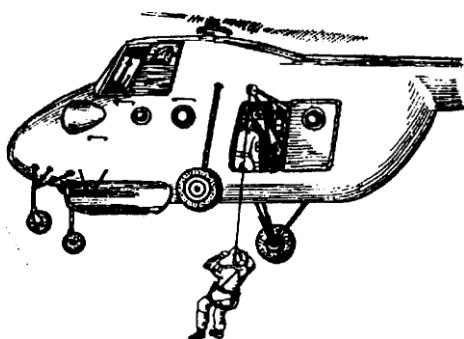


Рис. 10.15. Подъем в вертолет легкораненого при помощи табельного сидения

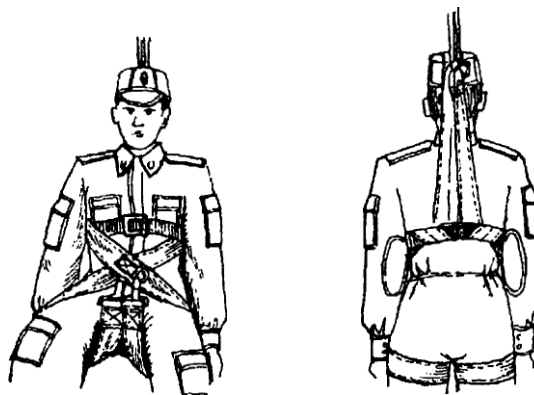


Рис. 10.16. Вид спереди и сзади наложенной ляжки Ш-4

212. После подготовки подвесной системы для подъема раненый подходит или его подводят к тросу лебедки и закрепляют подвесную систему на карабине троса и привязывают 20-метровую веревку спереди, а 7-метровую - сзади. Подняв раненого на 1 м от земли, убеждаются в правильности его положения и надежности крепления, после чего продолжают подъем.

Лицо, осуществляющее погрузку, стоит на земле, натягивает 20-метровую веревку, удерживая раненого в положении спиной к проему двери грузовой кабины. Подняв раненого до упора карабина в блок лебедки, необходимо 7-метровую веревку провести через кольцо в потолке грузовой кабины, взять раненого за подвесную систему или под мышки и втянуть его в кабину. Натянуть 7-метровую веревку и, соблюдая меры предосторожности, отпустить трос лебедки, снять с раненого подвесную систему и провести его на место в кабине.

213. При погрузке (разгрузке) раненых и больных 1 вертолет запрещается:  
присутствовать посторонним лицам на посадочной площадке;  
применять открытый огонь для освещения места работы;

курить;

обходить вертолет со стороны хвостовой части при вращающихся лопастях;

подавать автомобиль задним ходом.

214. Для приема вертолетов, осуществляющих эвакуацию раненых и больных, оборудуется посадочная площадка.

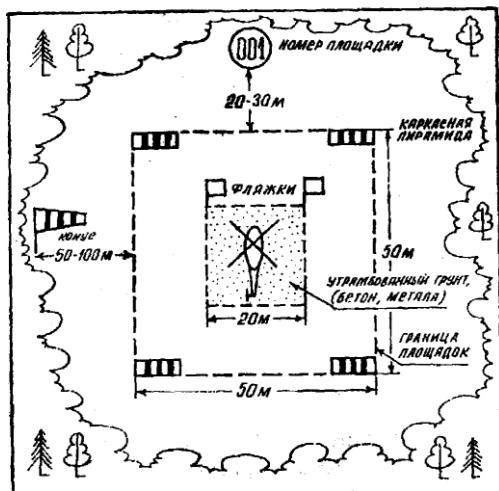


Рис. 10.17. Схема оборудования посадочной площадки

## 5. Уход за ранеными в ходе эвакуации

**215.** Для ухода за ранеными в ходе эвакуации, как правило, назначаются сопровождающие из числа медицинского персонала эвако-транспортных подразделений. В отдельных случаях для этой цели используются легкораненые или специально выделяемые лица.

В их обязанности входит:

наблюдение за общим состоянием раненых, исправностью повязок, шин, а также за временем наложения кровоостанавливающих жгутов;

изменение, при необходимости, положения раненых на носилках, оказание им первой помощи;

утоление жажды (за исключением раненных в живот);

оказание помощи при удовлетворении естественных нужд;

защита от воздействия изнуряющей погоды (стужа, ной, дождь и т.д.);

поддерживание у раненых бодрости и уверенности выздоровления.

**216.** Водитель должен вести автомобиль с ранеными плавно, без рывков и резких торможений, замедлять скорость на плохих участках дороги, вести машину из зараженной местности только через специальные проходы, учитывая объезды, сигнальные знаки. В обязанность лиц, сопровождающих раненых, входит также защита их от нападения противника. Поэтому они должны хорошо владеть оружием и не щадить своей жизни для защиты опекаемых раненых, пораженных и больных.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Глава первая.</b> Общие положения .....	3
1. Содержание первой помощи раненым и больным .....	3
2. Медицинское оснащение для оказания первой помощи раненым и больным .....	6
3. Организация первой помощи раненым и больным в подразделении.....	22
<b>Глава вторая.</b> Наложение первичных повязок и обезболивание в полевых условиях .....	<b>31</b>
<b>Глава третья.</b> Способы временной остановки наружного кровотечения и переливания кровозамещающих растворов.....	47
<b>Глава четвертая.</b> Первая помощь при переломах костей и травматическом шоке.....	60
<b>Глава пятая.</b> Первая помощь при ушибах, закрытых повреждениях внутренних органов, растяжении связок и вывихах .....	<b>70</b>
<b>Глава шестая.</b> Неотложные реанимационные мероприятия .....	74
<b>Глава седьмая.</b> Первая помощь при ожогах и отморожениях ..	<b>84</b>
<b>Глава восьмая.</b> Особенности первой помощи при поражении ядерным, химическим и биологическим оружием .....	88
<b>Глава девятая.</b> Тактика действий при оказании первой помощи раненым и больным .....	104
1. Способы приближения к раненым в бою .....	104
2. Способы оттаскивания раненых, применяемые в бою .....	106
3. Способы извлечения раненых из бронетехники.....	114
4. Способы переноски раненых .....	116
<b>Глава десятая.</b> Эвакуация раненых из района боевых действий.....	137
1. Общие положения .....	137
2. Погрузка раненых на санитарные автотранспортные средства .....	140
3. Погрузка раненых и больных на общевойсковые транспортные средства .....	142
4. Погрузка раненых и больных в вертолет .....	147
5. Уход за ранеными в ходе эвакуации .....	158

**Авторский коллектив:**

Доктор медицинских наук профессор генерал-майор медицинской службы Корбут В. Б. (научный руководитель авторского коллектива), кандидат медицинских наук доцент полковник медицинской службы Тыц В. В. (ответственный исполнитель), кандидат медицинских наук полковник медицинской службы Воробьев В. В. кандидат медицинских наук полковник медицинской службы Герасимов Г.Н., полковник медицинской службы Грищенков С.К. кандидат медицинских наук полковник медицинской службы Григоров И.И., кандидат медицинских наук полковник медицинской службы Дикарев Ю.В., кандидат медицинских наук подполковник медицинской службы Епифанцев А.В., кандидат медицинских наук доцент полковник медицинской службы Койдан В.В., майор медицинской службы Кульнев С. В., кандидат медицинских наук полковник медицинской службы Олейчук Д. В., майор медицинской службы Овденко А.Г., кандидат медицинских наук Орловский В.М., полковник медицинской службы Романов В.В., кандидат медицинских наук полковник медицинской службы Скворцов Ю.Р., кандидат медицинских наук доцент генерал-майор медицинской службы Шелепов А.М., кандидат медицинских наук полковник медицинской службы (Шевяков Ю.Н.)

**НАСТАВЛЕНИЕ  
ПО ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ РАНеныМ И БОльНЫМ**

*Издание Военно-медицинской академии*

---

Подписано в печать 05.01.2000. Формат 60x90<sup>1</sup>/32• Объем 5,0 п. л. Тираж 5000 экз. Заказ № 223.

Отпечатано с готовых диапозитивов в АООТ «Тип. „Правда"». 191119, С.-Петербург, Социалистическая ул., 14.