

Практическое занятие 2

Тема: Строевая подготовка

План

1. Строевые приемы и движения без оружия.
2. Основы организации медицинской службы в ВС РФ.
3. Медицинское обеспечение взвода, роты и батальона в военное время.
4. Строевые приемы в составе звена санитаров. Построение, команды, действия.
5. Виды медицинской помощи (первая, первая медицинская, доврачебная), оказываемые в батальоне.
6. Правила переноски пораженных с помощью санитарных носилок. Подготовка носилочной лямки к использованию.
7. Выполнение нормативов по разворачиванию санитарных носилок и укладыванию пораженного в боковое устойчивое положение.

СТРОЕВЫЕ ПРИЕМЫ И ДВИЖЕНИЯ БЕЗ ОРУЖИЯ

1. СТРОИ И УПРАВЛЕНИЕ ИМИ

1.1. **Строй** - установленное Уставом размещение военнослужащих, подразделений и воинских частей для их совместных действий в пешем порядке и на машинах.

1.2. **Шеренга** - строй, в котором военнослужащие размещены один возле другого на одной линии на установленных интервалах.

Линия машин - строй, в котором машины размещены одна возле другой на одной линии.

1.3. **Фланг** - правая (левая) оконечность строя. При поворотах строя названия флангов не изменяются.

1.4. **Фронт** - сторона строя, в которую военнослужащие обращены лицом (машины - лобовой частью).

1.5. **Тыльная сторона строя** - сторона, противоположная фронту.

1.6. **Интервал** - расстояние по фронту между военнослужащими (машинами), подразделениями и воинскими частями.

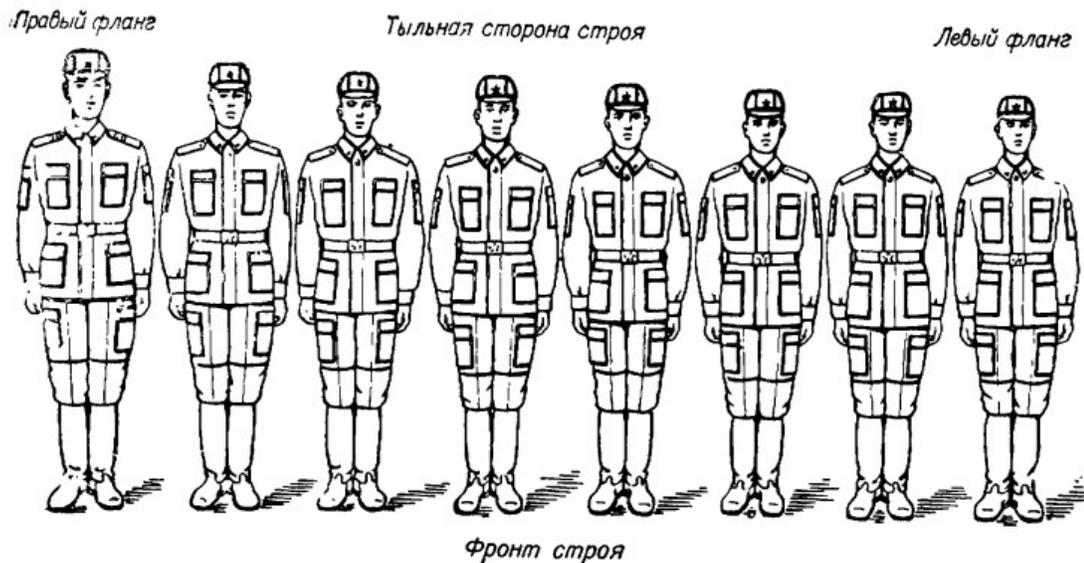


Рис. 1. Одношереножный строй (шеренга) и его элементы

1.6. **Интервал** - расстояние по фронту между военнослужащими (машинами), подразделениями и воинскими частями.

1.7. **Дистанция** - расстояние в глубину между военнослужащими (машинами), подразделениями и воинскими частями.

1.8. **Ширина строя** - расстояние между флангами.

1.9. **Глубина строя** - расстояние от первой шеренги (впереди стоящего военнослужащего) до последней шеренги (позади стоящего военнослужащего), а при действиях на машинах - расстояние от первой линии машин (впереди стоящей машины) до последней линии машин (позади стоящей машины).

1.10. **Двухшереножный строй** - строй, в котором военнослужащие одной шеренги расположены в затылок военнослужащим другой шеренги на дистанции одного шага (вытянутой руки, наложенной ладонью на плечо впереди стоящего военнослужащего). Шеренги называются первой и второй. При повороте строя названия шеренг не изменяются.

Ряд - два военнослужащих, стоящих в двухшереножном строю в затылок один другому. Если за военнослужащим первой шеренги не стоит в затылок военнослужащий второй шеренги, такой ряд называется неполным.

При повороте двухшереножного строя кругом военнослужащий неполного ряда переходит во впереди стоящую шеренгу.

1.11. **Одношереножный** и **двухшереножный** строи могут быть сомкнутыми или разомкнутыми.

В сомкнутом строю военнослужащие в шеренгах расположены по

фронту один от другого на интервалах, равных ширине ладони между локтями.

В разомкнутом строю военнослужащие в шеренгах расположены по фронту один от другого на интервалах в один шаг или на интервалах, указанных командиром.

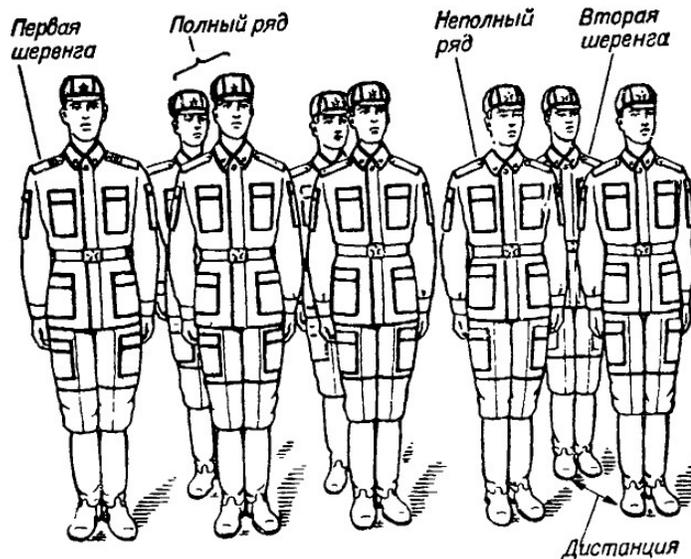


Рис. 2. Двухшереножный строй и его элементы

1.12. **Колонна** - строй, в котором военнослужащие расположены в затылок друг другу, а подразделения (машины) - одно за другим на дистанциях, установленных Уставом или командиром.

Колонны могут быть по одному, по два, по три, по четыре и более.

Колонны применяются для построения подразделений и воинских частей в развернутый или походный строй.

1.13. **Развернутый строй** - строй, в котором подразделения построены на одной линии по фронту в одношереножном или двухшереножном строю (в линию машин) или в линию колонн на интервалах, установленных Уставом или командиром.

Развернутый строй, как правило, применяется для проведения проверок, расчетов, смотров, парадов, а также в других необходимых случаях.

1.14. **Походный строй** - строй, в котором подразделение построено в колонну или подразделения в колоннах построены одно за другим на дистанциях, установленных Уставом или командиром.

Походный строй применяется для передвижения подразделений при совершении марша, прохождения торжественным маршем, с песней, а также в других необходимых случаях.

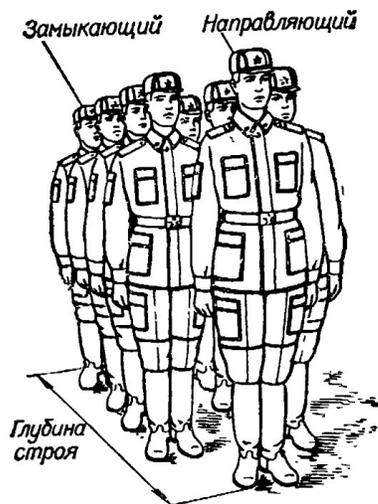


Рис. 3. Походный строй в колонну по два

1.15. **Направляющий** - военнослужащий (подразделение, машина), движущийся головным в указанном направлении. По направляющему сообразуют свое движение остальные военнослужащие (подразделения, машины).

Замыкающий - военнослужащий (подразделение, машина), движущийся последним в колонне.

1.16. Управление строем осуществляется командами и приказами, которые подаются командиром голосом, сигналами и личным примером, а также передаются с помощью технических и подвижных средств.

Команды и приказания могут передаваться по колонне через командиров подразделений (старших машин) и назначенных наблюдателей.

Управление в машине осуществляется командами и приказами, подаваемыми голосом и с помощью средств внутренней связи.

В строю старший командир находится там, откуда ему удобнее командовать. Остальные командиры подают команды, оставаясь на местах, установленных Уставом или старшим командиром.

Командирам подразделений от роты и выше в походном строю батальона и полка разрешается выходить из строя только для подачи команд и проверки их исполнения.

1.17. Команда разделяется на предварительную и исполнительную; команды могут быть и только исполнительные.

Предварительная команда подается отчетливо, громко и протяжно, чтобы находящиеся в строю поняли, каких действий от них требует командир.

По всякой предварительной команде военнослужащие, находящиеся в строю, принимают строевую стойку, в движении переходят на строевой шаг, а вне строя поворачиваются в сторону начальника и принимают строевую стойку.

При выполнении приемов с оружием в предварительной команде при необходимости указывается наименование оружия.

Например: "Автоматы на - ГРУДЬ". "Пулеметы на ре-МЕНЬ" и т.д.

Исполнительная команда (в Уставе напечатана крупным шрифтом) подается после паузы, громко, отрывисто и четко. По исполнительной команде производится немедленное и точное ее выполнение.

С целью привлечь внимание подразделения или отдельного военнослужащего в предварительной команде при необходимости называется наименование подразделения или звание и фамилия военнослужащего.

Например: "Взвод (3-й взвод) - СТОЙ". "Рядовой Петров, кру-ГОМ".

Голос при подаче команд должен соразмеряться с шириной и глубиной строя, а доклад произносится четко, без резкого повышения голоса.

1.18. При необходимости командир может назначать дополнительные сигналы для управления строем.

1.19. Команды, относящиеся ко всем подразделениям, принимаются и немедленно исполняются всеми командирами подразделений и командирами (старшими) машин.

При передаче команды сигналом предварительно подается сигнал "ВНИМАНИЕ", а если команда относится только к одному из подразделений, то подается сигнал, указывающий номер этого подразделения.

Готовность к принятию команды сигналом обозначается также сигналом "ВНИМАНИЕ".

Получение сигнала подтверждается его повторением или подачей соответствующего сигнала своему подразделению.

1.20. Чтобы отменить или прекратить выполнение приема, подается команда "ОТСТАВИТЬ". По этой команде принимается положение, которое было до выполнения приема.

1.21. При обучении допускаются выполнение указанных в Уставе строевых приемов и движение по разделением, а также с помощью подготовительных упражнений.

Например: "Автомат на грудь, по разделениям: делай - РАЗ, делай - ДВА, делай - ТРИ". "Направо, по разделениям: делай - РАЗ, делай - ДВА".

1.22. При формировании сборных команд производится их строевой расчет на подразделения. Для расчета военнослужащие выстраиваются в

одношереножный или двухшереножный строй и рассчитываются по общей нумерации, как указано в ст. 85 настоящего Устава. После этого в зависимости от численности команды производится последовательно расчет на роты, взводы и отделения и назначаются командиры этих подразделений.

Для участия в парадах, а также в других случаях подразделение по приказу командира может строиться в общую колонну по три, по четыре и более. При этом построение производится, как правило, по росту.

1.23. Построение подразделений производится по команде "СТАНОВИСЬ", перед которой указывается порядок построения.

Например: "Отделение, в одну шеренгу - СТАНОВИСЬ".

По этой команде военнослужащий должен быстро занять свое место в строю, набрать установленные интервал и дистанцию, принять строевую стойку.

1.24. При подаче команд для подразделений родов войск и специальных войск вместо наименований "отделение", "взвод", "рота", "батальон" и "полк" указываются наименования подразделений и воинских частей, принятые в родах войск и в специальных войсках видов Вооруженных Сил.

2. Строевая стойка

2.1. Строевая стойка (рис. 1) принимается по команде "СТАНОВИСЬ" или "СМИРНО". По этой команде стоять прямо, без напряжения, каблуки поставить вместе, носки выровнять по линии фронта, поставив их на ширину ступни; ноги в коленях выпрямить, но не напрягать; грудь приподнять, а все тело несколько подать вперед; живот подобрать; плечи развернуть; руки опустить так, чтобы кисти, обращенные ладонями внутрь, были сбоку и посередине бедер, а пальцы полусогнуты и касались бедра; голову держать высоко и прямо, не выставляя подбородка; смотреть прямо перед собой; быть готовым к немедленному действию.

Строевая стойка на месте принимается и без команды: при отдании и получении приказа, при докладе, во время исполнения Государственного гимна Российской Федерации, при выполнении воинского приветствия, а также при подаче команд.

2.2. По команде "ВОЛЬНО" стать свободно, ослабить в колене правую или левую ногу, но не сходить с места, не ослаблять внимания и не разговаривать.

По команде "ЗАПРАВИТЬСЯ", не оставляя своего места в строю, поправить оружие, обмундирование и снаряжение. При необходимости

выйти из строя за разрешением обратиться к непосредственному начальнику.
Перед командой "ЗАПРАВИТЬСЯ" подается команда "ВОЛЬНО".

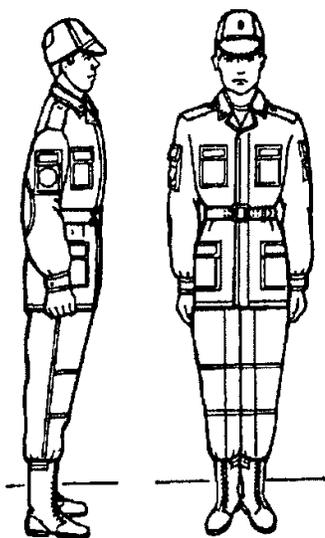


Рис. 1. Строевая стойка

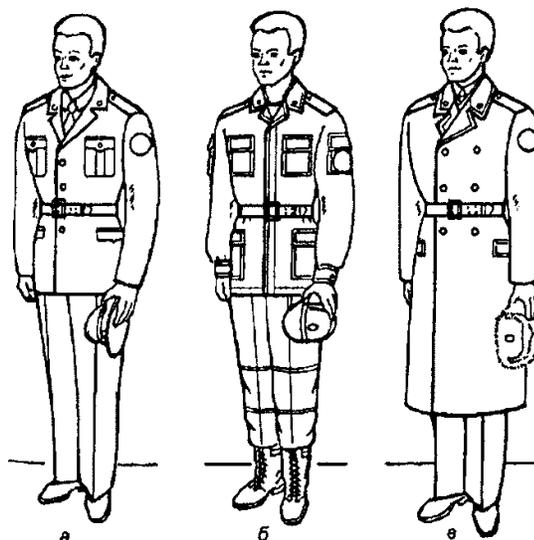


Рис. 2. Положение снятого головного убора:
а - фуражки; б - фуражки полевой х/б;
в - шапки-ушанки

2.3. Для снятия головных уборов подается команда "Головные уборы (головной убор) - СНЯТЬ", а для надевания - "Головные уборы (головной убор) - НАДЕТЬ". При необходимости одиночные военнослужащие головной убор снимают и надевают без команды.

Снятый головной убор держится в левой свободно опущенной руке кокардой вперед (рис. 2).

Без оружия или с оружием в положении "за спину" головной убор снимается и надевается правой рукой, а с оружием в положениях "на ремень", "на грудь" и "у ноги" - левой. При снятии головного убора с карабином в положении "на плечо" карабин предварительно берется к ноге.

3. Повороты на месте

3.1. Повороты на месте выполняются по командам: "Напра-ВО", "Пол-оборота напра-ВО", "Нале-ВО", "Пол-оборота нале-ВО", "Кру-ГОМ".

Повороты кругом (на 1/2 круга), налево (на 1/4 круга), пол-оборота налево (на 1/8 круга) производятся в сторону левой руки на левом каблуке и на правом носке; направо и пол-оборота направо - в сторону правой руки на правом каблуке и на левом носке. Повороты выполняются в два приема:

первый прием - повернуться, сохраняя правильное положение корпуса, и, не сгибая ног в коленях, перенести тяжесть тела на впереди стоящую ногу;

второй прием - кратчайшим путем приставить другую ногу.

4. Движение

4.1. Движение совершается шагом или бегом.

Движение шагом осуществляется с темпом 110 - 120 шагов в минуту.
Размер шага - 70 - 80 см.

Движение бегом осуществляется с темпом 165 - 180 шагов в минуту.
Размер шага - 85 - 90 см.

Шаг бывает строевой и походный.

Строевой шаг применяется при прохождении подразделений торжественным маршем; при выполнении ими воинского приветствия в движении; при подходе военнослужащего к начальнику и при отходе от него; при выходе из строя и возвращении в строй, а также на занятиях по строевой подготовке.

Походный шаг применяется во всех остальных случаях.

4.2. Движение строевым шагом начинается по команде "Строевым шагом - МАРШ" (в движении "Строевым - МАРШ"), а движение походным шагом - по команде "Шагом - МАРШ".

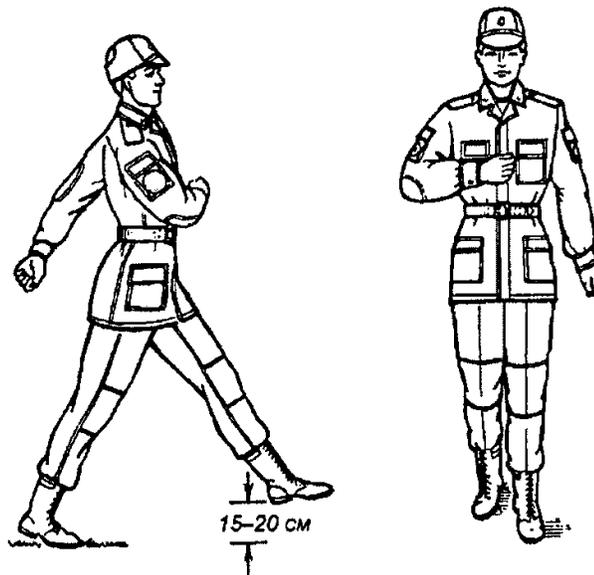


Рис. 3. Движение строевым шагом

По предварительной команде подать корпус несколько вперед, перенести тяжесть его больше на правую ногу, сохраняя устойчивость; по исполнительной команде начать движение с левой ноги полным шагом.

При движении строевым шагом (рис. 3) ногу с оттянутым вперед носком выносить на высоту 15 - 20 см от земли и ставить ее твердо на всю ступню.

Руками, начиная от плеча, производить движения около тела: вперед -

стибая их в локтях так, чтобы кисти поднимались выше пряжки пояса на ширину ладони и на расстоянии ладони от тела, а локоть находился на уровне кисти; назад - до отказа в плечевом суставе. Пальцы рук полусогнуты, голову держать прямо, смотреть перед собой.

При движении походным шагом ногу выносить свободно, не оттягивая носок, и ставить ее на землю, как при обычной ходьбе; руками производить свободные движения около тела.

При движении походным шагом по команде "СМИРНО" перейти на строевой шаг. При движении строевым шагом по команде "ВОЛЬНО" идти походным шагом.

4.3. Движение бегом начинается по команде "Бегом - МАРШ".

При движении с места по предварительной команде корпус слегка подать вперед, руки полусогнуть, отведя локти несколько назад; по исполнительной команде начать бег с левой ноги, руками производить свободные движения вперед и назад в такт бега.

Для перехода в движении с шага на бег по предварительной команде руки полусогнуть, отведя локти несколько назад. Исполнительная команда подается одновременно с постановкой левой ноги на землю. По этой команде правой ногой сделать шаг и с левой ноги начать движение бегом.

Для перехода с бега на шаг подается команда "Шагом - МАРШ". Исполнительная команда подается одновременно с постановкой правой ноги на землю. По этой команде сделать еще два шага бегом и с левой ноги начать движение шагом.

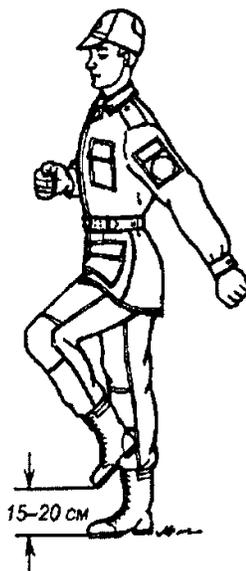


Рис. 4. Шаг на месте

4.4. Обозначение шага на месте производится по команде "На месте, шагом - МАРШ" (в движении - "НА МЕСТЕ").

По этой команде шаг обозначать подниманием и опусканием ног, при

этом ногу поднимать на 15 - 20 см от земли и ставить ее на всю ступню, начиная с носка; руками производить движения в такт шага (рис. 4). По команде "ПРЯМО", подаваемой одновременно с постановкой левой ноги на землю, сделать правой ногой еще один шаг на месте и с левой ноги начать движение полным шагом. При этом первые три шага должны быть строевыми.

4.5. Для прекращения движения подается команда.
Например: "Рядовой Петров - СТОЙ".

По исполнительной команде, подаваемой одновременно с постановкой на землю правой или левой ноги, сделать еще один шаг и, приставив ногу, принять строевую стойку.

4.6. Для изменения скорости движения подаются команды: "ШИРЕ ШАГ", "КОРОЧЕ ШАГ", "ЧАЩЕ ШАГ", "РЕЖЕ ШАГ", "ПОЛШАГА", "ПОЛНЫЙ ШАГ".

4.7. Для перемещения одиночных военнослужащих на несколько шагов в сторону подается команда.

Например: "Рядовой Петров. Два шага вправо (влево), шагом - МАРШ".

По этой команде сделать два шага вправо (влево), приставляя ногу после каждого шага.

Для перемещения вперед или назад на несколько шагов подается команда.

Например: "Два шага вперед (назад), шагом - МАРШ".

По этой команде сделать два шага вперед (назад) и приставить ногу.

При перемещении вправо, влево и назад движение руками не производится.

5. Повороты в движении

5.1. Повороты в движении выполняются по командам: "Напра-ВО", "Пол-оборота напра-ВО", "Нале-ВО", "Пол-оборота нале-ВО", "Кругом - МАРШ".

Для поворота направо, пол-оборота направо (налево, пол-оборота налево) исполнительная команда подается одновременно с постановкой на землю правой (левой) ноги. По этой команде с левой (правой) ноги сделать шаг, повернуться на носке левой (правой) ноги, одновременно с поворотом вынести правую (левую) ногу вперед и продолжать движение в новом направлении.

Для поворота кругом исполнительная команда подается одновременно с постановкой на землю правой ноги. По этой команде сделать еще один шаг левой ногой (по счету раз), вынести правую ногу на полшага вперед и несколько влево и, резко повернувшись в сторону левой руки на носках обеих ног (по счету два), продолжать движение с левой ноги в новом направлении (по счету три).

При поворотах движение руками производится в такт шага.

6. Выполнение воинского приветствия без оружия На месте и в движении

6.1. Воинское приветствие выполняется четко и молодежато, с точным соблюдением правил строевой стойки и движения.

6.2. Для выполнения воинского приветствия на месте вне строя без головного убора за три-четыре шага до начальника (старшего) повернуться в его сторону, принять строевую стойку и смотреть ему в лицо, поворачивая вслед за ним голову.

Если головной убор надет, то, кроме того, приложить кратчайшим путем правую руку к головному убору так, чтобы пальцы были вместе, ладонь прямая, средний палец касался нижнего края головного убора (у козырька), а локоть был на линии и высоте плеча (рис. 11). При повороте головы в сторону начальника (старшего) положение руки у головного убора остается без изменения (рис. 12).

Когда начальник (старший) минует выполняющего воинское приветствие, голову поставить прямо и одновременно с этим опустить руку.

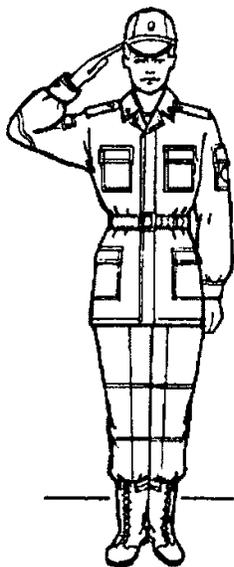


Рис. 11. Выполнение воинского приветствия на месте

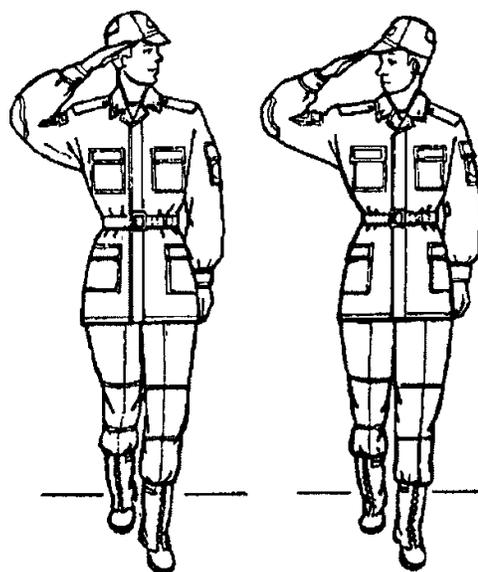


Рис. 12. Выполнение воинского приветствия в движении

6.3. Для выполнения воинского приветствия в движении вне строя без головного убора за три-четыре шага до начальника (старшего) одновременно с постановкой ноги прекратить движение руками, повернуть голову в его сторону и, продолжая движение, смотреть ему в лицо. Пройдя начальника (старшего), голову поставить прямо и продолжать движение руками.

При надетом головном уборе одновременно с постановкой ноги на

землю повернуть голову и приложить правую руку к головному убору, левую руку держать неподвижно у бедра (рис. 12); пройдя начальника (старшего), одновременно с постановкой левой ноги на землю голову поставить прямо, а правую руку опустить.

При обгоне начальника (старшего) воинское приветствие выполнять с первым шагом обгона.

Со вторым шагом голову поставить прямо, и правую руку опустить.

6.4. Если у военнослужащего руки заняты ношей, воинское приветствие выполнять поворотом головы в сторону начальника (старшего).

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВС РФ

Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации включает:

- военно-медицинскую подготовку личного состава;
- гигиеническое обучение и воспитание военнослужащих;
- пропаганду здорового образа жизни;
- медицинский контроль условий жизнедеятельности личного состава;
- лечебно-профилактические мероприятия;
- снабжение медицинской техникой и имуществом.

Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации осуществляется медицинской службой Вооруженных Сил Российской Федерации при участии органов военного управления, командиров (начальников) и военных психологов.

Медицинская служба Вооруженных Сил Российской Федерации представляет собой систему органов военного управления медицинской службы, воинских частей и учреждений обеспечения и охраны органов военного управления медицинской службы, медицинских воинских частей, учреждений и подразделений.

Задачи медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации в мирное время определяются: условиями боевой подготовки и быта войск (сил); состоянием здоровья и питания, уровнем и структурой заболеваемости личного состава; санитарно-эпидемиологическим состоянием и климатогеографическими условиями районов дислокации войск (сил); вероятностью возникновения крупномасштабных аварий и катастроф.

Основными **задачами** медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации в мирное время являются:

- подготовка личного состава медицинской службы;
- военно-медицинская подготовка, гигиеническое обучение и воспитание военнослужащих, пропаганда здорового образа жизни;
- медицинское обеспечение боевой подготовки и повседневной деятельности Вооруженных Сил Российской Федерации;
- осуществление в Вооруженных Силах Российской Федерации государственного санитарно-эпидемиологического надзора, медицинского контроля за условиями жизнедеятельности личного состава;
- организация и проведение мероприятий по медицинской защите личного состава от воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды, сохранению и укреплению его здоровья;
- участие в обеспечении безопасности военной службы;
- организация и проведение лечебно-профилактических мероприятий среди личного состава Вооруженных Сил Российской Федерации;
- оказание медицинской помощи больным, их лечение и медицинская реабилитация;
- проведение военно-врачебной, судебно-медицинской и судебно-психиатрической экспертизы в случаях и в порядке, предусмотренных

законодательством Российской Федерации;

– участие в комплектовании Вооруженных Сил Российской Федерации личным составом;

– снабжение Вооруженных Сил Российской Федерации медицинской техникой и имуществом;

– научная, изобретательская и рационализаторская работа, изучение и обобщение опыта медицинского обеспечения Вооруженных Сил российской Федерации и вооруженных сил иностранных государств;

– научная разработка проблем медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации в мирное и военное время;

– внедрение в деятельность медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации передовых достижений медицинской науки и практики;

– организация статистического учета и представление отчетности в установленном порядке;

– устойчивое и эффективное управление силами и средствами медицинской службы;

– организация взаимодействия с органами управления и учреждениями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения.

Медицинское обеспечение Вооруженных Сил Российской Федерации осуществляется по территориальному принципу.

Территориальный принцип медицинского обеспечения заключается в медицинском обеспечении войск (сил) независимо от видовой принадлежности обслуживаемого личного состава и медицинских воинских частей, учреждений и подразделений.

Территориальная система медицинского обеспечения Вооруженных Сил Российской Федерации осуществляется в границах военного округа (флота). Ее построение достигается путем создания на его территории *зон ответственности*, в пределах которых осуществляется функциональное объединение и обеспечивается согласованность действий близрасположенных медицинских воинских частей, учреждений и подразделений видов Вооруженных Сил Российской Федерации, родов войск, главных и центральных управлений (далее — видов Вооруженных Сил Российской Федерации) с передачей функций руководства ими военно-медицинскому управлению (медицинской службе) военного округа (флота).

Приказом командующего войсками военного округа (флота) в зоне ответственности определяются *базовая медицинская воинская часть, учреждение*, на которые возлагается организация медицинского обеспечения личного состава.

Базовыми медицинскими воинскими частями, учреждениями могут быть определены военные госпитали, поликлиники, санитарно-эпидемиологические подразделения и учреждения медицинского снабжения.

Фельдшер батальона* отвечает за проведение лечебно-профилактических мероприятий и осуществление медицинского контроля

условий жизнедеятельности личного состава батальона, обеспечение батальона медицинским имуществом, специальную подготовку медицинского состава батальона. Он подчиняется командиру батальона и является прямым начальником всего личного состава медицинского пункта батальона, а по специальным вопросам выполняет указания начальника медицинской службы полка.

Фельдшер батальона *обязан*:

- оказывать медицинскую помощь личному составу батальона и направлять больных, нуждающихся во врачебной помощи, в медицинский пункт полка;
- участвовать в амбулаторных приемах больных и в медицинских обследованиях личного состава подразделений батальона, организуемых начальником медицинской службы полка;
- осуществлять медицинское обеспечение личного состава батальона на занятиях по боевой подготовке и при проведении спортивных мероприятий;
- вести учет лиц, нуждающихся в диспансерном динамическом наблюдении, своевременно направлять их на обследование, осуществлять контроль условий труда личного состава;
- организовывать мероприятия по сохранению здоровья личного состава батальона, контролировать выполнение им правил личной гигиены;
- осуществлять контроль санитарного состояния района расположения и помещений батальона, а также за доброкачественностью используемой воды;
- контролировать качество питания личного состава батальона на учениях, полевых занятиях и в пункте постоянной дислокации;
- докладывать командиру батальона о случаях и характере заболеваний, а также о числе больных, направленных в медицинский пункт полка;
- проводить занятия по военно-медицинской подготовке в батальоне, осуществлять гигиеническое обучение и воспитание личного состава, пропагандировать здоровый образ жизни в подразделениях батальона;
- руководить санитарными инструкторами рот;
- знать тактико-технические характеристики комплектов медицинского имущества и медицинской техники, положенных батальону по штату и таблицю к штату;
- соблюдать правила хранения, сбережения, расхода медикаментов и использования медицинского имущества, контролировать соблюдение этих правил санитарными инструкторами и санитарями;
- вести учет медицинского имущества батальона и представлять по нему установленную отчетность;
- проводить телесные осмотры личного состава батальона в бане перед помывкой;
- осуществлять контроль за банно-прачечным обслуживанием личного состава батальона.

* Фельдшера дивизионов и других подразделений полка выполняют свои обязанности применительно к обязанностям фельдшера батальона.

Медицинское обеспечение роты осуществляет санитарный инструктор. Ему подчинены ротные и приданные начальником батальонного медицинского пункта (фельдшером батальона) санитары. В необходимых случаях распоряжением командира роты в каждом взводе могут дополнительно выделяться нештатные вспомогательные санитары из числа солдат. На них возлагается выполнение обязанностей санитаров, выбывших из строя, или отсутствующих в штате подразделения, а также оказание помощи в случае возникновения большого количества раненых.

Санитарный инструктор роты имеет следующее табельное оснащение:

- сумку санитарного инструктора,
- носилочную лямку (в танковых ротах специальную лямку Ш-4),
- нарукавный знак Красного Креста.

В снаряжение санитаря входит:

- сумка санитаря.

Санитарный инструктор и санитар, кроме того, имеют также предметы общевойскового оснащения, положенные каждому солдату и сержанту (личное оружие, противогаз, общевойсковой защитный комплект, малая саперная лопата, фляга, маскировочная одежда и т. п.), и могут быть обеспечены специальными знаками и радиоприборами для обозначения «гнезд раненых» и прибором ночного видения.

Нарукавный знак Красного Креста носят на левом рукаве на средней трети плеча. Крепят его к обмундированию безопасными булавками или тесемками.

Санитарный инструктор роты* отвечает за оказание медицинской помощи личному составу роты, за своевременное выявление больных и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в роте. Он подчиняется командиру роты, в порядке внутренней службы — и старшине роты, а по специальным вопросам выполняет указания фельдшера батальона.

Санитарный инструктор роты *обязан*:

- организовывать мероприятия по сохранению здоровья личного состава роты и выполнению им правил личной гигиены; контролировать содержание личным составом роты в чистоте одежды, белья и постельных принадлежностей;
- контролировать качество воды, используемой личным составом роты, поддержание чистоты и проведение дезинфекции туалета;
- оказывать медицинскую помощь больным (получившим травмы) в случае отсутствия врача или фельдшера;
- представлять больных на осмотр к врачу или фельдшеру после

доклада командиру роты, а в случаях, не терпящих отлагательства, лично направлять больных к врачу с последующим докладом командиру (старшине) роты;

– осуществлять предписанные врачом лечебные назначения и наблюдать за выполнением больными указаний врача.

* Санитарные инструкторы батарей и других подразделений полка выполняют свои обязанности применительно к обязанностям санитарного инструктора роты.

Медицинская служба ВС РФ состоит из различных подразделений, частей и учреждений. В соответствии с принятой организацией ряд из них входит в состав войсковых частей и соединений и осуществляет в соответствующем объеме комплекс мероприятий по их медицинскому обеспечению. Остальные части и учреждения медицинской службы выполняют специальные задачи медицинского обеспечения Вооруженных Сил. *Силы и средства медицинской службы, входящие в состав войсковых частей и соединений, принято называть войсковой медицинской службой.*

ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ МОТОСТРЕЛКОВОГО БАТАЛЬОНА (РОТЫ) В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ *На медицинскую службу мотострелкового батальона (роты) возлагаются следующие задачи:*

- розыск раненых и больных на поле боя, оказание им первой помощи, сбор, вывоз (вынос) пострадавших с поля боя и из очагов массовых санитарных потерь своевременное оказание им доврачебной помощи и подготовка к дальнейшей эвакуации в тыл;
- осуществление медицинского контроля за состоянием здоровья личного состава роты (батальона), проведение мероприятий по его сохранению и укреплению, контроль за соблюдением санитарно-гигиенических правил в роте (батальоне) принятие мер по предупреждению возникновения и распространения инфекционных заболеваний, а также мероприятий по медицинской защите личного состава роты (батальона) от неблагоприятных условий и факторов боевой деятельности и внешней среды;
- медицинская разведка в районе расположения и действий роты (батальона);
- обеспечение личного состава роты (батальона) средствами профилактики и оказания первой помощи;
- обеспечение санитаров-стрелков, санитаров, водителей-санитаров, санинструкторов медицинским имуществом.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ МОТОСТРЕЛКОВОГО БАТАЛЬОНА В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

Для выполнения перечисленных выше задач медицинская служба батальона (роты) располагает соответствующими силами и средствами. Под этим термином подразумевается личный состав военно-медицинской службы и находящиеся на его оснащении транспорт, оборудование и имущество.

Медицинская служба в мотострелковом батальоне представлена медицинским взводом. Возглавляет медицинскую службу начальник медицинской службы батальона. В каждой роте имеется санитарный инструктор роты. В каждом взводе имеется санитар-стрелок. На оснащении санитарного инструктора роты находится сумка медицинская войсковая, лямка медицинская носилочная (специальная), нарукавный знак Красного Креста, накидка медицинская. На оснащении санитар-стрелка, санитаря, санитаря-водителя находится сумка медицинская санитаря.

Медицинский взвод мотострелкового батальона возглавляет командир взвода – фельдшер. В составе взвода имеется: отделение медицинской помощи (6 человек) и отделение сбора и эвакуации раненых (6 человек). Всего в медицинском взводе батальона может быть 12 человек (см. таблицу).

Силами медицинского взвода разворачивается медицинский пункт батальона и решается главная задача: розыск и сбор раненых на поле боя, оказание им первой и доврачебной помощи, их вывоз (вынос) на посты санитарного транспорта (в медицинский пункт батальона).

Бронированные медицинские машины БММ-1 на базе БТР-80 используются для эвакуации раненых с поля боя в медицинский пункт батальона, или на пост санитарного транспорта. Организационно они входят в отделение сбора и эвакуации раненых.

Медицинский взвод мотострелкового батальона

Отделение медицинской помощи	Кол. чел.	Отделение сбора и эвакуации раненых	Кол. чел.
Командир взвода, фельдшер	1	Командир отделения, санинструктор	1
Санитарный инструктор	1	Водитель-механик - санитар БММ-1	3
Медицинская сестра	2	Санитар	2
Старший механик – водитель – санитар БММ-3	1		
Санитар	1		

Итого: 12 человек

Радиостанция Р-163-1У (Р-158, Р-148, Р-126) – 4 шт.

Бронированная медицинская машина БММ-1 на базе БТР-80 – 3 шт.

Бронированная медицинская машина БММ-3 на базе БТР-80, или боевой машины пехоты (БМП-1) – 1 шт.

Бронированная медицинская машина БММ-3 на базе БТР-80 или боевой машины пехоты БМП-1 - используется для развертывания медицинского пункта батальона и оказания раненым доврачебной помощи. При условии усиления батальона врачом в БММ-3 могут оказываться элементы первой врачебной помощи. Организационно она находится в отделении оказания медицинской помощи.

Кроме того, в настоящее время для эвакуации раненых с поля боя в медицинский пункт батальона и на пост санитарного транспорта используются ГТМУ и МТЛБ, а в отделении оказания помощи используется санитарный автомобиль УАЗ-3962 (452А).

ДОЛЖНОСТНЫЕ ЛИЦА МЕДИЦИНСКОГО СОСТАВА МОТОСТРЕЛКОВОГО БАТАЛЬОНА

Командир медицинского взвода мотострелкового батальона подчиняется командиру батальона, а по специальным вопросам выполняет распоряжения начальника медицинской службы полка (бригады).

Медицинская сестра медицинского взвода мотострелкового батальона подчиняется командиру взвода.

Санитарный инструктор отделения медицинской помощи – подчиняется командиру медицинского взвода мотострелкового батальона.

Командир отделения сбора и эвакуации раненых (санитарный инструктор) – подчиняется командиру взвода.

Механик-водитель-санитар отделения сбора и эвакуации раненых подчиняется командиру отделения и по его указанию работает в составе отделения сбора и эвакуации раненых.

Старший водитель-механик-санитар медицинского взвода мотострелкового батальона подчиняется командиру взвода.

Санитар медицинского взвода мотострелкового батальона подчиняется командиру взвода и по его указанию работает в составе отделения медицинской помощи или отделения сбора и эвакуации раненых.

Санитарный инструктор роты подчиняется командиру роты а по специальным вопросам выполняет распоряжения начальника медицинской службы батальона. В бою санитарный инструктор действует непосредственно в боевых порядках роты.

Санитар-стрелок мотострелкового взвода подчиняется командиру взвода, а по специальным вопросам выполняет распоряжения санитарного инструктора роты.

ОСНОВЫ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ И ЧАСТЕЙ В ХОДЕ БОЯ

Лечебно-эвакуационные мероприятия в подразделениях и частях в ходе боя осуществляются в рамках системы этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению. В условиях неизбежного расчленения медицинской помощи между последовательно расположенными на путях эвакуации этапами медицинской эвакуации эта система обеспечивает преемственное лечение пострадавших с применением единых методов лечения для каждого вида поражения (заболевания). Работа всех ее звеньев в первую очередь зависит от величины и структуры санитарных потерь.

Санитарные потери

Санитарные потери – потери ранеными, пораженными и больными, утратившими боеспособность не менее чем на сутки и поступившими в медицинские пункты или в лечебные учреждения.

Безвозвратные потери – общее наименование потерь убитыми, попавшими в плен и пропавшими без вести.

Общие потери – это совокупность безвозвратных и санитарных потерь.

Итак, санитарные потери являются частью общих потерь. Их величина и структура непостоянны и зависят от характера боевых действий, поражающих свойств оружия, соотношения сил и средств сторон, морального состояния войск, особенностей и степени оборудования и местности и т. д.

Санитарные потери классифицируются по различным признакам. В зависимости от причин, вызвавших утрату боеспособности (трудоспособности), они условно делятся на боевые и не боевые.

В группу боевых санитарных потерь относят лиц, пострадавших в результате прямого (косвенного) воздействия боевых средств противника или некоторых неблагоприятных факторов внешней среды, связанных с выполнением боевой задачи (низкие температуры, перегревания и т. д.).

По видам применения противником средств поражения боевые санитарные потери подразделяются на потери от обычных видов оружия (огнестрельного, артиллерийских и авиационных боеприпасов, боеприпасов объемного взрыва, высокоточного оружия, зажигательных смесей), от ядерного оружия (в очагах ядерных взрывов и на местности, зараженной радиоактивными веществами); от химического оружия, от биологического (бактериологического) оружия.

Исходя из видов поражений различают механические повреждения, термические и радиационные поражения, поражения ОВ, микробными

рецептурами бактериологического оружия, бактериальными токсинами, а также острые реактивные состояния.

Каждый из указанных классов имеет свою внутреннюю рубрикацию поражений.

Небоевые санитарные потери - это потери непосредственно не связанные с действиями противника или выполнением боевой задачи (потери больными и получившими не боевую травму).

Термины «раненые» и «больные» являются собирательными понятиями в отношении всех военнослужащих, имеющих раны, закрытые травмы, ожоги, соматические заболевания, отморожения, поражения проникающим излучением, отравляющими веществами и т. д.

В зависимости от тяжести состояния и ориентировочного срока лечения раненые и больные распределяются на тяжелораненых (тяжелобольных), раненых (больных) средней тяжести и легкораненых (легкобольных).

По эвакуационно-транспортному признаку различают ходячих и носилочных раненых и больных. Особую группу составляют нетранспортабельные – пораженные, транспортирование которых противопоказано по тяжести состояния.

Виды медицинской помощи оказываемой в роте (батальоне)

Главным условием сохранения жизни, восстановления здоровья раненых и больных и быстрого возвращения их в строй является своевременное оказание медицинской помощи.

В мотострелковой (танковой) роте, в мотострелковом (танковом) батальоне оказывают первую, первую медицинскую и доврачебную помощь, в отдельных случаях (при действии батальона на изолированных направлениях и при усилении батальона врачом) - первую врачебную.

Первая помощь. Первая помощь оказывается на месте получения ранения (поражения) или развития заболевания в порядке самопомощи (оказывает сам пострадавший) и взаимопомощи (оказывает товарищ). Для ее оказания используются преимущественно индивидуальные средства медицинского оснащения.

Первая медицинская помощь оказывается, как правило, на месте получения ранения (поражения) санитарями, санитарями-стрелками и санитарными инструкторами. Для ее оказания используется содержимое медицинской сумки санитара и сумки медицинской войсковой (санинструктора).

Цель первой помощи и первой медицинской помощи заключается в

том, чтобы не допустить гибели раненого путем временного устранения причин, угрожающих его жизни, а также предупредить развитие тяжелых осложнений.

Объем первой, первой медицинской 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 из аптечки индивидуальной;
- защиту раненых от переохлаждения (перегревания) с помощью табельных и подручных средств.

Доврачебная (фельдшерская) помощь оказывается медицинскими сестрами отделения оказания медицинской помощи, командиром

медицинского взвода - начальником медицинского пункта батальона. Она дополняет первую, первую медицинскую помощь и может оказываться как в отделении оказания помощи медицинского пункта батальона, так и в местах сосредоточения раненых и больных.

Первостепенной задачей этого вида помощи является устранение причин, угрожающих жизни раненого.

К этой группе относятся следующие мероприятия:

- устранение асфиксии при ранениях (травмах или ожогах) головы, шеи путем введения воздуховода;
- искусственная вентиляция легких с помощью портативных аппаратов, ингаляция кислорода;
- временная остановка наружного кровотечения, контроль за правильностью и целесообразностью наложения жгута (закрутки), наложение жгута при продолжающемся кровотечении;
- наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе;
- устранение напряженного пневмоторакса.

Второй важной задачей доврачебной помощи является предупреждение причин, способствующих развитию тяжелых осложнений у раненых.

К мероприятиям этой группы относятся:

- транспортная иммобилизация конечностей с использованием табельных и подручных средств;
- пункция периферических вен и проведение инфузионной терапии с использованием пластикового контейнера для однократного переливания жидкостей в процессе эвакуации при острой кровопотере и шоке;
- повторное введение обезболивающих средств, антидотов по показаниям, антибиотиков;
- обезболивание с использованием анальгезеров портативных (см. рис.);
- введение сердечно-сосудистых и других лекарственных средств по показаниям;
- наложение и исправление неправильно наложенных повязок на раны;
- повторная частичная санитарная обработка открытых участков кожи и дегазация прилегающей к ней одежды;
- согревание раненых и больных, горячее питье (за исключением раненых в живот).

В объем доврачебной помощи при отморожениях входят следующие мероприятия:

- после обработки спиртом осуществить легкий массаж пораженных поверхностей тела (уши, нос, щеки) и сегментов конечностей с целью восстановления кровообращения в них;
- наложить асептическую повязку на отмороженную конечность;
- термоизоляция пораженных конечностей с использованием одеяла, спальных мешков.
- Помимо отморожений, термоизоляции и обогрева в зимнее и холодное время подлежат раненые с наложенными жгутами, раненые в состоянии травматического шока.

Аутоанальгезия

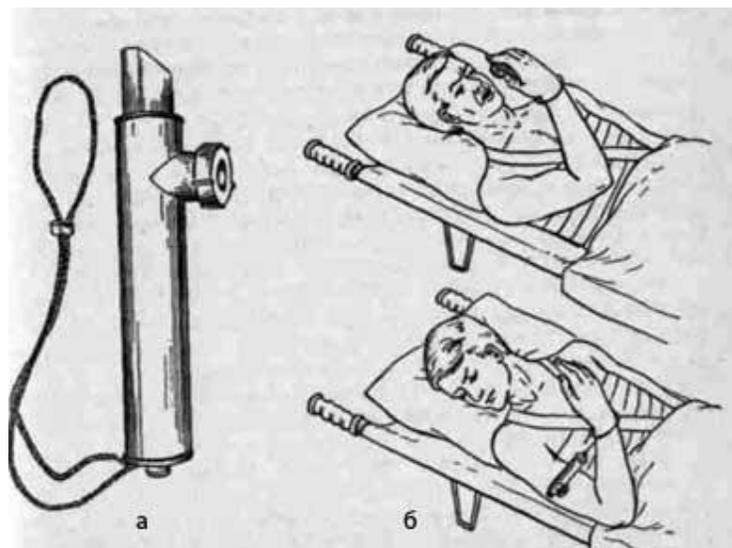
Самообезболивание можно осуществлять с помощью анальгезеров АП-1 (Трингал-1). Анальгезер является портативным аппаратом. Это испаритель фитильного типа. Применяя его, больной сам может регулировать подачу обезболивающего вещества.

Для аутоанальгезии используют трилен или пентран, реже фторотан. Эти препараты в потоке воздуха даже при максимальной их дозировке и гипервентиляции не позволяют достичь хирургической стадии наркоза или возбуждения. При наступлении потери сознания и миоплегии рука пострадавшего, к которой прикреплен тесьмой испаритель, падает, и аппарат, следуя за ней, освобождает дыхательные пути больного. При возвращении сознания больной может повторить процедуру.

Применение анальгезеров показано при небольших хирургических вмешательствах, транспортировке лиц с тяжелой травмой, сопровождающейся болевым синдромом, и в послеоперационном периоде.

а) общий вид анальгезера

б) самообезболивание с помощью анальгезера



Методика обезболивания с помощью анальгезера Трингал:

- а) залить в корпус аппарата через донышко с отверстиями 15-20 мл наркотического вещества;
- б) фиксировать с помощью шнура аппарат к запястью пострадавшего;
- в) наложить зажим на крылья носа;
- г) дать пострадавшему в рот мундштук для дыхания через аппарат. Во время дыхания может наступить наркотический сон, что не требует принятия специальных мер;
- д) при выраженной боли для достижения наибольшей концентрации паров наркотического вещества перекрыть отверстие клапана выдоха поворачивая этот клапан по часовой стрелке. При полностью открытом отверстии на клапане пострадавший дышит атмосферным воздухом.

Вдыхание пентрана и трилена в течение 2—8 мин приводит к анальгезии, которая эффективна не только для подавления болевых ощущений, но и для устранения стрессовых реакций (страх, волнение). При ингаляции пентрана (трилена) появляются ощущение легкости, полная успокоенность, подавляется боль.

Обезболивание при одной заливке и температуре воздуха 20°С продолжается 30-40 мин.

Эвакуация медицинская

Эвакуация медицинская - система мероприятий, обеспечивающих транспортировку раненых и больных в медицинские пункты и в лечебные учреждения в целях возможно более полноценного оказания им медицинской помощи и лечения, а также их медицинское обслуживание в пути следования

Эвакуация медицинская применяется во всех случаях, когда лечение раненых и больных на месте по тем или иным причинам становится невозможным или нецелесообразным. Заканчивается она в лечебном учреждении, в котором оказывается исчерпывающая помощь и определяется исход ранения (заболевания).

Ответственность за эвакуацию раненых и больных из нижестоящих звеньев несет вышестоящий начальник медицинской службы. Для этой цели он использует штатные и приданные силы и средства, выделяя их подчиненным и организуя эвакуацию «на себя». Медицинская эвакуация по такому принципу предупреждает отрыв штатного транспорта от своих частей и подразделений, позволяет более рационально использовать их и обеспечить широкий маневр силами и средствами. Раненые могут эвакуироваться и «от себя». В этом случае нижестоящее звено медицинской службы доставляет раненых и больных на последующий этап своим транспортом. В условиях

боевых действий на изолированных направлениях, в составе десанта, передового отряда, при отходе и т. д. возможен способ эвакуации «за собой».

В современных условиях для эвакуации (вывоза) раненых и больных могут использоваться автомобильный, воздушный, железнодорожный и водный транспорт. На участке поле боя – медицинский пункт батальона, медицинский пункт (рота) полка наиболее часто будут применяться санитарные транспортеры, бронированные медицинские машины, санитарные машины, боевые машины пехоты, бронетранспортеры и грузовой транспорт, доставляющий войскам боеприпасы и материальные средства. Эвакуация этими видами транспорта осуществляется по заранее намеченным и по возможности оборудованным грунтовыми и другим дорогам, называемым путями эвакуации. Обычно они совпадают с путями подвоза материальных средств войскам.

Санитарный транспорт

Основным видом войскового санитарного транспорта являются гусеничные транспортеры (ГТСМ, ГТМУ, МТЛБ), бронированные медицинские машины и санитарные автомобили (УАЗ-6239, УАЗ-452А и АС-66).

Гусеничный транспортер средний модернизированный (ГТСМ) имеет многоцелевое назначение, в том числе может перевозить раненых (больных) в условиях Крайнего Севера, пустынь Юга и лесисто-болотистой местности. Он оборудован приспособлениями для установки носилок в два яруса и двумя бортовыми откидными сиденьями. Кузов транспортера имеет отопитель, звуковую сигнализацию в кабину и тент.



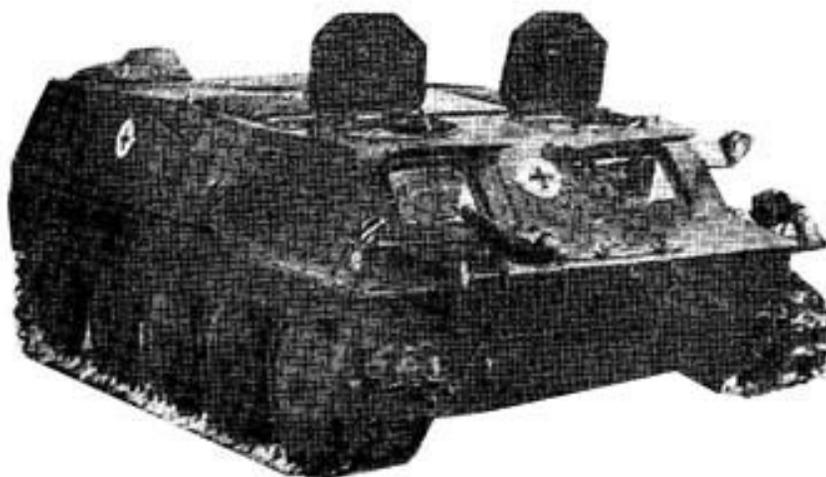
Транспортер гусеничный ГТСМ

Устройство. Санитарное оборудование транспортера ГТСМ состоит из штанг для размещения носилочных раненых и предметов ухода за ранеными.

Тактико-техническая характеристика

Эваковместимость, человек (на носилках)	4
Сидя (дополнительно)	2
Только сидя	10
Максимальная скорость, км/ч	50
Дорожный просвет, мм	380
Преодолеваемые препятствия:	
подъем, град	35
глубина брода, м	плавает
ширина окопа, м	1,8

Гусеничный транспортер малогабаритный унифицированный (ГТМУ) также имеет многоцелевое назначение, в том числе и для использования в медицинских целях. Транспортер бронированный, с откидной задней стенкой. Оборудован устройствами для двухъярусного размещения носилочных раненых и скамейками для легкораненых и легкобольных.



Транспортер гусеничный бронированный ГТМУ

Устройство. Санитарное оборудование транспортера ГТМУ включает штанги для размещения носилочных раненых и предметы ухода.

Тактико-техническая характеристика

Эваковместимость, человек на носилках	4
Сидя (дополнительно)	2
Только сидя	10
Максимальная скорость, км/ч	55
Дорожный просвет, мм	350

Бронированная медицинская машина (БММ-1). Бронированная медицинская машина (БММ) повышенной защищенности, оснащенная системами жизнеобеспечения и нормализации микроклимата обитаемых отделений. В зависимости от комплектации медицинским имуществом БММ может быть использована для эвакуации раненых, оказания им первой, доврачебной помощи и первой врачебной помощи по неотложным показаниям.

В качестве базы бронированной медицинской машины используется как БТР-80, так и боевая машина пехоты БМП-1, что обеспечивает БММ высокую подвижность, преодоление водных преград на плаву и возможность транспортировки ее авиационным, автомобильным, железнодорожным и морским (речным) транспортом.



Бронированная медицинская машина (БММ-1) на базе боевой машины пехоты БМП-1

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

При использовании базы БМП-1 в качестве БММ, несколько изменена конструкция корпуса БМП-1 для размещения в медицинском отделении командира машины (санинструктор), механика – водителя (санитар), санитар и раненых (6 на носилках или 12 сидячих), медицинского оборудования. Предусмотрены места для укладки предметов экипировки экипажа, двухсуточного запаса продовольствия, а также медицинского имущества. В крыше установлен вращающийся люк командира и два люка для выхода раненых на плаву в аварийных ситуациях. Для облегчения погрузки и выгрузки раненых на носилках у задних люков установлены направляющие. Автоматический механизм подъема носилок размещает их

последовательно по три вдоль каждого борта.

На левом борту машины установлен кран-стрела для извлечения раненых из люков боевых машин и труднодоступных мест.

На наружной стороне кормового бронелиста закреплена палатка, свернутая в рулон. Палатка предназначена для размещения раненых перед оказанием им соответствующей помощи, а также для временного укрытия их от атмосферных осадков, вместимость палатки – 20 человек. Палатка стыкуется с кормовой частью БММ. Для оснащения палатки предусмотрены две переносные лампы, подключаемые к бензоэлектрическому агрегату, а для ее обогрева – специальный шланг, соединяемый с коллекторным разводом теплого воздуха отопителя ОВ – 65Г.

Тактико-техническая характеристика

Тип	гусеничная, бронированная, плавающая
База	БМП-1
Масса в снаряженном состоянии, т	14
Максимальная скорость, км/ч	65
Запас хода, км	400
Внутренние размеры медицинского отделения, мм	
длина	3400
ширина	1980
Высота	1800
Габаритные размеры палатки, мм	
длина	6750
ширина	2700
высота	2310
Экипаж, чел	3
Эвакоемкость, чел	
на носилках	6
сидя	12
на носилках + сидя	3+6
Приборный комплекс для наблюдения за местностью и поиска раненых, осветитель	ТКН-3Б; ТНПО-170А; ОУ-3ГА2
Специальное оборудование:	
средства связи	радиостанция Р-173, переговорное устройство на три абонента
система защиты от ОМП	заимствована с БМП-1
система нормализации микроклимата	отопитель, вытяжные вентиляторы, нагнетатель воздуха, кондиционер
Средства маскировки	термодымовая аппаратура многократного действия – система «Туча»
Устройство для эвакуации раненых из поврежденных боевых машин	кран-стрела по левому борту

Санитарный автомобиль УАЗ-3962 (УАЗ-452А) предназначен для перевозки раненых и больных в войсковом районе. Обладает улучшенной рессорной подвеской и высокой проходимостью (обе оси ведущие), Кузов его герметичен, имеет фильтровентиляционную установку, отопительное устройство и специальное санитарное оборудование для транспортирования пострадавших и ухода за ними. Автомобиль может преодолевать броды глубиной до 0,6 м. и подъемы крутизной 30°.

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

Тактико-техническая характеристика

Эваковместимость, человек на носилках	4
Сидя (дополнительно)	1
Только сидя	7
Максимальная скорость, км/ч	95



Автомобиль санитарный УАЗ-3962

Санитарный автомобиль АС-66 предназначен для эвакуации раненых и больных в войсковом и армейском районах (рис.). Он оборудован герметизированным кузовом и оснащен фильтровентиляционной установкой. Имеет две системы отопления – от двигателя и автономную. В самом кузове смонтированы приспособления для установки и крепления девяти

санитарных носилок, съемный раскладной столик, два боковых четырехместных откидных и два боковых двухместных сиденья. Последние одновременно являются и багажниками. В левом из них должны находиться сумка медицинская войсковая, транспортные (проволочные) шины, кислородные ингаляторы КИ-4М, в правом – мочеприемник и подкладное судно. Максимальный угол подъема автомобиля 30°, глубина преодолеваемого брода 0,8 м. Возможность изменять давление в шинах на ходу автомобиля обеспечивает ему достаточно высокую проходимость и улучшает плавность хода.



Автомобиль санитарный АС-66

Устройство. Санитарное оборудование размещено в унифицированном многоцелевом кузове-фургоне и состоит из кронштейнов, привязные ремней, откидных сидений, медицинского имущества и предметов ухода.

Тактико-техническая характеристика

Базовое шасси	Автомобиль ГАЗ-66
Масса автомобиля в снаряженном состоянии, кг	4500
Эвакоместимость, человек на носилках	9
Сидя (дополнительно)	4
Количество посадочных мест	15
Максимальная скорость, км/ч	85
Запас хода по топливу, км	650

При недостатке санитарного транспорта для эвакуации раненых и больных используется обратный транспорт подвоза. Лучше, если он будет оборудован унифицированными санитарными приспособлениями для установки носилок на грузовом транспорте (УСП-Г). Приспособление

включает раздвижные штанги (их края крепятся на боковых бортах автомашины) и подвесные устройства, позволяющие разместить носилки в два яруса. В зависимости от модели и марки автомобиля в его кузове устанавливаются один или два комплекта УСП-Г.

Авиационный транспорт

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

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

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



Вертолет Ка-60 «Касатка»

Летно-технические характеристики:

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

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



Вертолет Ми-24 Д

Летно-технические характеристики:

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

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

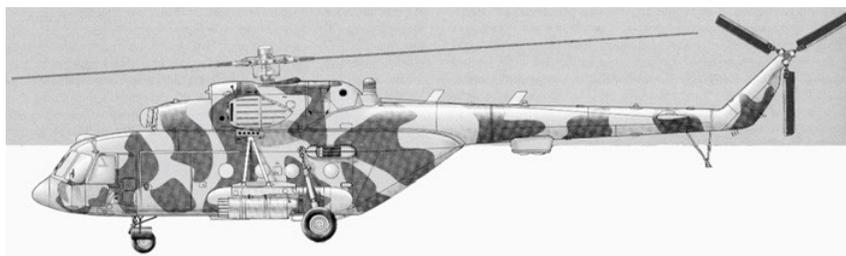


Вертолет Ми-26

Летно-технические характеристики:

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

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



Вертолет Ми-8МТВ-5

Летно-технические характеристики:

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

Розыск раненых (пораженных) на поле боя (в очаге массового поражения), их вывоз (вынос) до ближайшего медицинского пункта или места сосредоточения

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

Имеется несколько способов розыска. Розыск с помощью *механизированных средств* сбора, когда для обнаружения раненых используются транспортеры санитарные (ГТМУ, ГТСМ, МТЛБ), БММ, боевые бронетранспортеры, вертолеты различного назначения, аэросани, а в отдельных случаях и боевые машины пехоты. Розыск раненых осуществляется следующим образом: в наступательном бою водитель-механик-санитар самостоятельно или совместно с санитаром (санитарным инструктором), передвигаясь зигзагообразно за выдвигающимися подразделениями, внимательно осматривает территорию в назначенной полосе, разыскивает раненых, оказывает им при необходимости первую помощь и доставляет на маршрут передвижения отделения оказания медицинской помощи медицинского пункта батальона. Для лучшего просматривания местности расстояния между витками зигзагообразного пути не должны превышать 300–350 м. В ходе наступления особое внимание обращается на места, где вероятнее всего могут находиться пострадавшие (рубежи развертывания, спешивания и высадки раненых, районы дозаправки боевых машин, поврежденная техника и местность вокруг нее и т. д.).

В оборонительном бою более тщательно обследуются фортификационные сооружения (окопы, ходы сообщения, перекрытия,

различного рода убежища), завалы, районы пожарищ и т. д.

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

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

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

Розыск раненых *методом наблюдения* применяется в случае ведения наступательного боя в пешем строю на хорошо просматриваемой местности и в условиях, когда использовать автосанитарные средства сбора не представляется возможным (интенсивное огневое воздействие противника, в степях, пустынях, на сильно заснеженной местности, во время распутицы и т. д.). При работе этим методом санитар-стрелок (санитарный инструктор), находясь в боевых порядках (или непосредственно за ними), ведет наблюдение за наступающими и запоминает места их падения. Кроме того, он наблюдает за районами разрывов снарядов в боевых порядках, поврежденными боевыми машинами и за сигналами вызова к раненому. В случае появления признаков, говорящих о вероятности ранения солдата или офицера (неестественное падение в ходе перебежки, длительное нахождение

без движения на одном месте и др.), санитар-стрелок (санитарный инструктор) приближается к пострадавшему, оказывает ему помощь, оттаскивает в укрытие и обозначает установленным знаком.

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

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

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

В лесу, кустарнике, ночью, в туман, пургу, при отсутствии на местности инженерных сооружений, прицельного огня противника и при малой активности авиации розыск раненых осуществляется способом *санитарных грабель*. В этом случае выделенные командиром солдаты или присланные старшим начальником медицинской службы санитары расставляются на таком расстоянии друг от друга, чтобы обеспечивались зрительная связь между ними и надежный осмотр местности. Цепь продвигается вперед и тщательно обследует назначенную полосу. Особое внимание обращается на окопы, кустарники, воронки от снарядов и другие закрытые места, где могут быть раненые. При обнаружении пострадавшего ему оказывают помощь и выносят в укрытие, расположенное по пути движения санитарного транспорта. После обозначения укрытия

разыскивающие вновь следуют вместе с цепью. При розыске раненых на сильно пересеченной местности санитары осматривают участок дважды – сначала в направлении от тыла к фронту, а затем вдоль фронта. Указанный способ требует участия большого числа санитаров и применяется в основном после окончания боя.

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

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

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

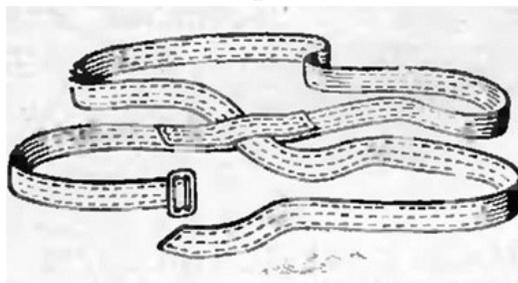
После обнаружения пораженных и оказания первой помощи их выносят или вывозят на установленные места или рубежи.

Медицинское оснащение, используемое для выноса (оттаскивания) раненых с поля боя

В боевой обстановке для выноса (оттаскивания) раненых с поля боя санитары используют носилочную лямку (или специальную лямку Ш-4), санитарные носилки, различного рода волокуши, лыжно-носилочные установки и др.

Фельдшер, в распоряжении которого часто могут находиться младшие медицинские специалисты (санитары и санитарные инструкторы), должен сам хорошо знать это оснащение и уметь им пользоваться.

Носилочная ляжка предназначена для переноски и оттаскивания раненых с поля боя, а также для извлечения их из танка и труднодоступных мест (из разрушенных зданий, из ям и т.д.). Умелое применение носилочной ляжки значительно облегчает тяжелый труд санитаров при работе на поле боя и примерно в 2 раза увеличивает его производительность.



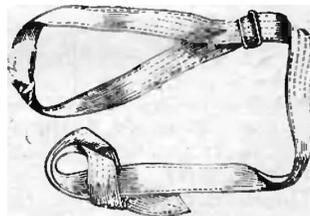
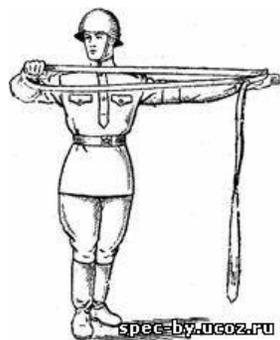
Ляжка представляет собой брезентовый ремень длиной 360 см, шириной 6,5 см, с металлической пряжкой на конце. На расстоянии 100 см от пряжки нашита специальная брезентовая накладка, позволяющая более эффективно использовать ляжку при работе с ней. Вес ляжки в зависимости от материала, из которого она изготавливается, колеблется от 0.5 до 0.6 кг. Перед тем как пользоваться ляжкой для переноски раненых, ее необходимо предварительно подготовить — сложить восьмеркой, кольцом или петлей. Для того чтобы вложить ляжку **восьмеркой**, ее надо развернуть, пропустить свободный конец под брезентовую накладку и закрепить ляжку в металлической пряжке.



Перед тем как надеть на себя ляжку, ее надо подогнать в соответствии со своим ростом и телосложением путем увеличения или уменьшения ее длины. Для этого надевают ляжку на большие пальцы рук и увеличивают или уменьшают размер петель. Размер правильно подогнанной ляжки при работе в летнем обмундировании должен равняться размеру вытянутых на уровне плеч рук. Зимой при работе в теплом обмундировании длину сложенной

лямки надо несколько увеличить. У правильно надетой лямки перекрест ее ремня должен лежать между лопатками в верхней части позвоночника. Неправильно подогнанной или надетой лямкой трудно пользоваться, так как слишком высоко расположенный перекрест будет сдавливать шею, а при низкорасположенном перекресте лямка будет соскальзывать с плеч.

Складывание лямки кольцом. Для облегчения переноски раненого одним санитаром пользуются носилочной лямкой, сложенной кольцом, для чего конец лямки пропускают через пряжку-пятистенку. Способы закрепления лямки в пряжке-пятистенке указаны на рис. Прежде чем пользоваться лямкой, ее необходимо подогнать под свой рост так, чтобы длина равнялась размаху одной вытянутой руки и другой согнутой в локте.



Складывание лямки петель производится при необходимости оттаскивания раненого на лодке-волокуше, лыжно-носилочной установке и в других случаях, когда лямку используют в качестве тяговой веревки (рис. 19). Для того чтобы сложить лямку, надо пропустить конец ее через пряжку-пятистенку и образовать небольшую петлю соразмерно своему росту, которой в дальнейшем будет пользоваться санитар при оттаскивании раненого, надевая ее себе **через плечо**.

Действия в составе звена санитаров. Построение, команды, действия

Фельдшер (медицинская сестра/брат) должен в совершенстве владеть практическими приемами пользования санитарными носилками (передвижение с порожними носилками, находящимися в свернутом и развернутом состоянии; укладывание раненого, переноска раненого на носилках по ровной и пересеченной местности), знать команды, подаваемые при работе звена санитаров с носилками и т. д.

Санитарные носилки применяются для переноски раненых в лежачем положении, а также для перевозки их в различного рода санитарном транспорте (автомобили, самолеты и вертолеты, санитарные поезда и др.)

Кроме этого основного назначения, носилки могут быть использованы в качестве койки для временного размещения раненых или в качестве столешницы. На медицинских пунктах и в госпиталях.

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



Санитарные носилки (свернутые).

Размеры носилок стандартные, что позволяет пользоваться ими на всех этапах медицинской эвакуации. Одинаковые размеры носилок исключают лишнее переукладывание раненого с носилок на носилки, позволяют использовать их на всех видах санитарного транспорта, обеспечивают обмен их в медицинских пунктах и госпиталях и т. д. Длина носилок 221 см, ширина 55 см, высота 16 см, вес колеблется от 9,5 до 10 кг.

Для удобства пользования носилками и облегчения работы с ними концы деревянных брусьев изготавливаются в виде ручек. На концы металлических брусьев (труб) для этой цели надевают специальные резиновые рукоятки. Распоры носилок вместе с ножками крепятся к брусьям при помощи болтов с гайками.

Изголовье носилок делают в виде наволочки, которую при необходимости набивают каким-либо мягким подручным материалом (сено, солома, трава и др.).

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

Санитарные носилки могут быть в свернутом (походном) виде и в развернутом, предназначенные уже для работы с ними.

В боевой обстановке в случае применения противником оружия массового поражения придется прибегать к дезактивации, дегазации и дезинфекции носилок и в первую очередь полотнища их. С этой целью носилки должны быть разобраны, а полотнище снято. Для того чтобы разобрать носилки, надо сначала следка развернуть их, отвинтить гайки, снять ножки с распорами, вынуть болты и после этого стянуть полотнище с брусьев. Произведя специальную обработку всех частей носилок или сделав необходимый ремонт (если носилки были поломаны), их необходимо собрать

в обратном порядке (надеть полотнище на брусья, вставить болты, надеть па них ножки с распорами и закрепить гайки). Санитары должны все время следить за исправностью носилок, чтобы они были всегда готовы для пользования.

Для передвижения звена со свернутыми носилками подается команда «Звено, становись», по которой санитары становятся рядом (в шеренгу) с интервалом 20—25 см. Свернутые носилки держит второй номер в положении «к ноге», у носка правой ноги. Поворотом направо или налево санитары перестраиваются, становясь в затылок друг другу.

После команды «носилки взять» оба номера, беря носилки себе подмышки и придерживая их за брусья снизу согнутыми в локте руками, принимают походное положение, которым они следуют к месту работы. По команде «звено, стой» санитары останавливаются и ждут дальнейших указаний. После этого может поступить команда «к ноге» или «звено, развернись».

Команды обычно подает санитарный инструктор или фельдшер, в подчинение которого выделены санитары, или первый номер, если звено работает самостоятельно.

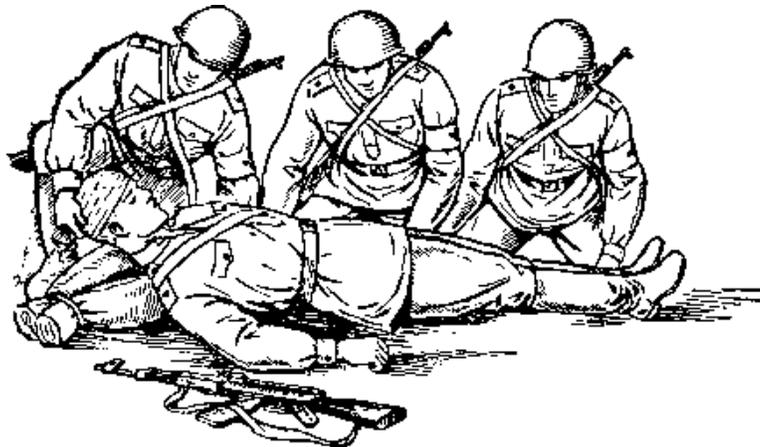
Для того чтобы развернуть носилки из походного положения, санитары становятся лицом друг к другу, расстегивают ремни носилок и, взявшись за ручки носилок, потягиванием в противоположные стороны раскрывают их. Затем, упиравшись коленом в каждую из распор, выпрямляют их до отказа. Прежде чем пользоваться развернутыми носилками, надо проверить, хорошо ли закрыты замки распоров.

Для того чтобы свернуть носилки, необходимо одновременно с двух сторон открыть защелки замков и подтянуть за распоры, с тем чтобы носилки пришли как бы в «полусвернутое» положение. Все это делают санитары, держа носилки в горизонтальном положении. Поставив носилки ножками вверх, сдвигают брусья до отказа, расправляют и складывают полотнище в три складки. Заканчивают свертывание носилок закреплением их завязками (ремнями).

Для укладывания раненого на носилки подается команда «носилки», после чего санитары ставят носилки рядом с раненым головным концом около головы. Если носилки до этого были свернуты, то предварительно подается команда «звено, развернись». Сняв с раненого вещевой мешок, скатку и снаряжение, укладывают их в изголовье носилок, так, чтобы они не мешали раненому при переноске.

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

Первый способ — поднятия раненого на руках. Опустившись на колени, санитары по команде «берись» осторожно поднимают раненого, и по команде «опускай» кладут его на носилки, придавая раненой части тела возвышенное положение и следя, чтобы место ранения не подвергалось дополнительному давлению.



Второй способ — поднятие «за одежду» — применяется в тех случаях, когда раненого (пораженного отравляющими веществами) в связи с его тяжелым состоянием здоровья требуется уложить на носилки и перенести как можно быстрее.



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

Однако, прежде чем воспользоваться этим способом, надо выяснить, нет ли у раненых переломов нижних конечностей. При наличии их применять этот способ нельзя.

Санитары, не опускаясь на колени, берутся за соответствующие места одежды пораженного. Первый из них одной рукой берется за пояс, а другой поддерживает голову пораженного, второй санитар одной рукой берется за складку брюк около колени, а другой — за голенища, просунув пальцы внутрь сапог. Выполняя установленные команды, санитары, одновременно поднимают раненого и укладывают его на носилки (рис.).

Третий способ — «накат» применяется в тех случаях, когда санитары находятся в зоне ружейно-пулеметного огня и должны действовать лежа. Для этого носилки ставят со здоровой стороны раненого, один санитар наклоняет

их, а другой подсовывает руки под раненого и одновременно захватывает и удерживает наклоненный брус; первый санитар опустив носилки, тоже «просовывает» руки под раненого и оба осторожно, приподнимая и подавая раненого вперед, кладут его на носилки.



После того как раненый уложен на носилки, подается команда «по местам», обязывающая санитаров занять свои места. Один становится к головному концу носилок лицом к раненому, а другой — к ножному концу спиной к раненому. По команде «на лямки» они наклоняются, сгибая колени; для облегчения переноски раненого, надевают на ручки носилок петли лямок, как можно ближе к полотнищу. После этого санитары берутся руками за ручки носилок. По команде «поднимай» санитары одновременно поднимаются, соблюдая при этом определенную осторожность, чтобы не свалить раненого (рис.).

Для начала движения с раненым подается команда «вперед». Начинать движение санитары должны в определенной последовательности: санитар, стоящий впереди, делает шаг вперед правой ногой, а второй санитар — левой. После этого они оба продолжают движение, идя обязательно не в ногу.

Правила переноски раненых на носилках в различных условиях

Раненых переносят ногами вперед, но при подъеме на гору следует делать наоборот, однако раненых в нижние конечности даже три подъеме на гору надо переносить ногами вперед, что позволяет усилить приток крови к голове.

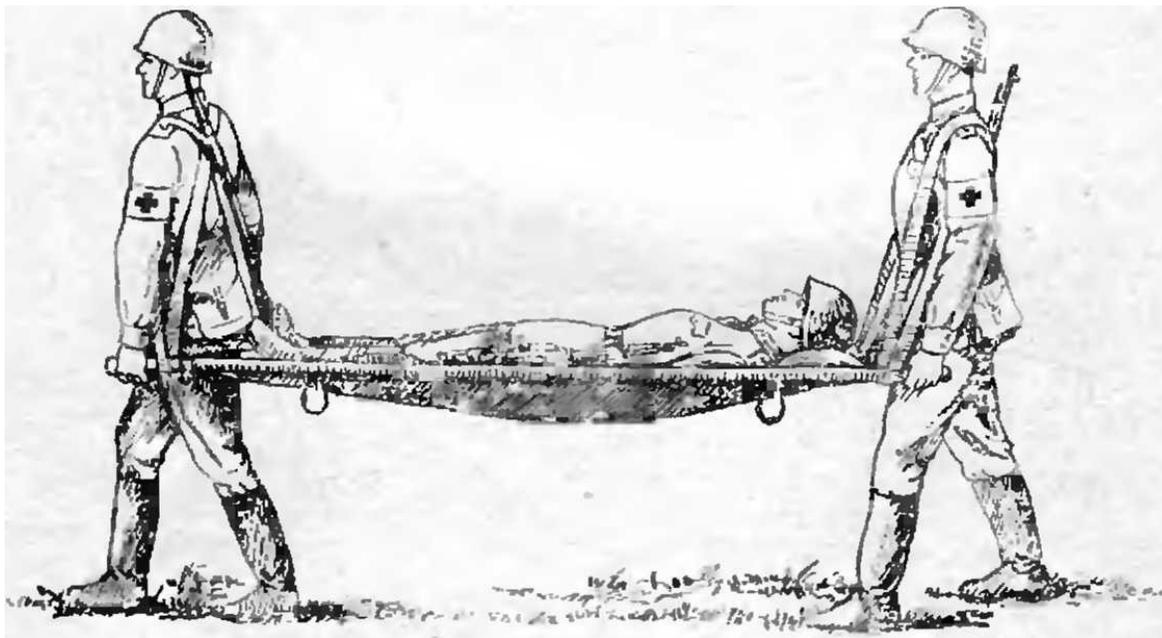


Рис. Переноска раненого на носилках носилочным звеном с помощью носилочных лямок.

На крутых подъемах и спусках необходимо сохранять горизонтальное положение носилок, для чего при движении в гору поднимают задний конец носилок, а при движении под гору — передний.

Обычно крутые подъемы и спуски преодолевают усиленным звеном, состоящим из 3 или даже 4 санитаров. При подъеме в гору усиленным звеном, идущий впереди санитар пользуется носилочной лямкой, держась руками за ручки носилок; санитары, идущие сзади, несут носилки на плечах, создавая тем самым горизонтальное положение раненому (рис.).

При спуске раненого санитары занимают противоположные места — впереди идут двое, неся носилки на плечах, а сзади — третий санитар, пользующийся носилочной лямкой (рис.).

При переноске раненого на носилках по всех случаях впереди идущий санитар должен предупреждать обо всех неровностях дороги или об опасности, грозящей впереди. Если на пути звена встречается какое-либо препятствие, то санитары должны уметь преодолевать его. Для преодоления невысокого забора или ограды санитары должны опустить носилки на землю, встать по обе стороны их, взяться за среднюю часть брусьев и, осторожно подняв носилки, опустить ручки переднего конца на препятствие. После

этого один из санитаров удерживает задний конец носилок, а другой, перебравшись через препятствие, принимает носилки. Подняв носилки, они оба проносят их над препятствием и опускают ручки ножного конца носилок на препятствие с другой его стороны. После этого второй санитар перелезает через препятствие, берет свой конец носилок и вместе с первым продолжает движение вперед. Так же происходит и преодоление рвов, окопов, канав и др. с той только разницей, что носилки ставятся на край этих препятствий.

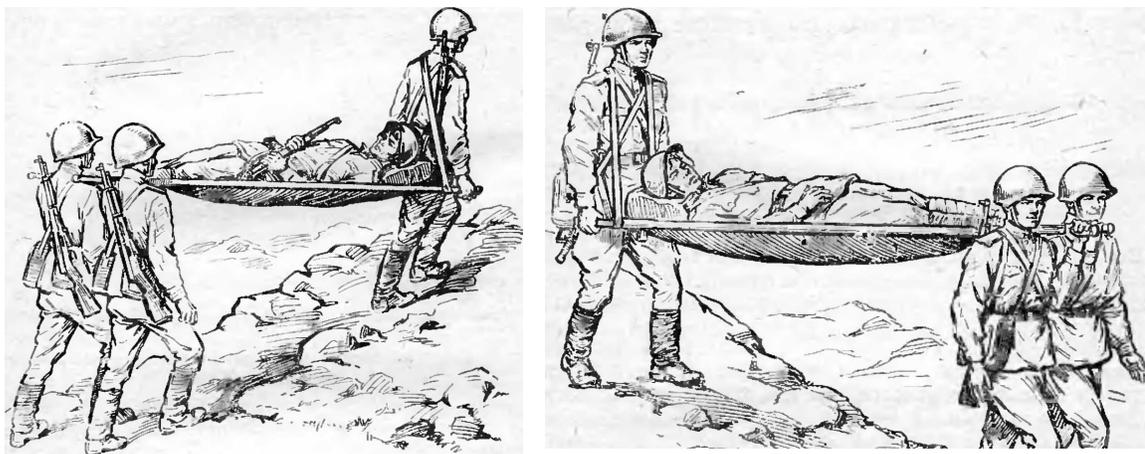
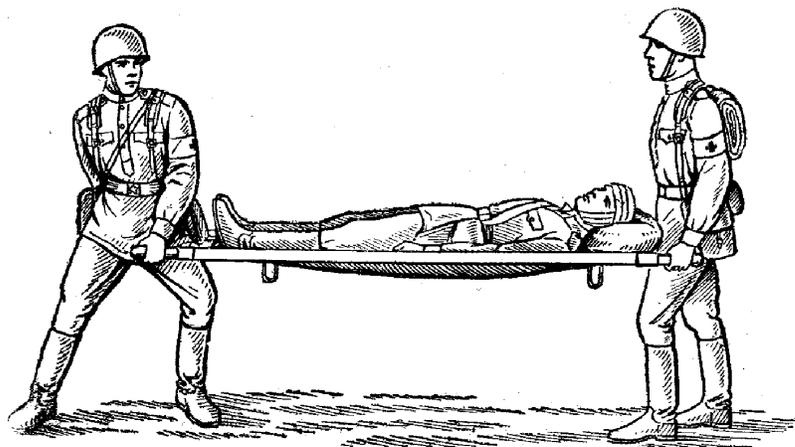


Рис. Переноска раненого в горах усиленным носилочным звеном.
Подъем. Спуск.

Если в пути движения возникает необходимость повернуться кругом, то санитары должны уметь это делать, не ставя носилки на землю. Прием выполняется следующим образом. Санитар, идущий впереди, выставляет несколько вперед полусогнутую в колене ногу, разворачивая ее при этом коленом наружу. Положив затем носилки себе на бедро согнутой ноги, освободившейся рукой берет перехватом за другую ручку носилок. После этого меняет положение другой руки и заканчивает свой поворот, становясь лицом к другому санитару. Затем также производит поворот и второй санитар.



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

Раненого с повреждением позвоночника нельзя переносить на обычных носилках из-за того, что у них «провисает» полотнище. Для того чтобы исключить провисание полотнища, на носилки дополнительно сверху прикрепляют листы толстой фанеры или широкую легкую доску, на которые и укладывают раненого. Этим несложным приспособлением создается фиксация и относительная иммобилизация позвоночника, столь необходимая при переноске таких раненых.

Все раненые оттаскиваются и переносятся обязательно с их личным оружием, которое затем передается командиру подразделения или сдается вместе с раненым на медицинском пункте.

Скорость движения при переноске раненого на носилках зависит от тренированности и физической подготовки санитаров, а также от тяжести ранения, характера местности и боевой обстановки.

По ровной местности скорость не должна превышать 2—2,5 км в час. После каждых 300—500 м пути носилочное звено, как правило, должно пользоваться кратковременным 3—5-минутным отдыхом, во время которого носилки с раненым опускаются на землю. После отдыха санитары, как правило, меняются местами.

Значительно сокращается скорость при переноске раненого ночью, а также когда санитарам приходится работать в защитной одежде или в противогазе. В этих условиях остановки делаются чаще, через каждые 150—200 м, а отдых продолжительнее — до 10 минут. С пустыми носилками звено движется со скоростью 4—5 км в час.

Осуществляя переноску раненого, надо всячески оберегать его от повторного ранения, отморожения (зимой) и перегревания (летом).

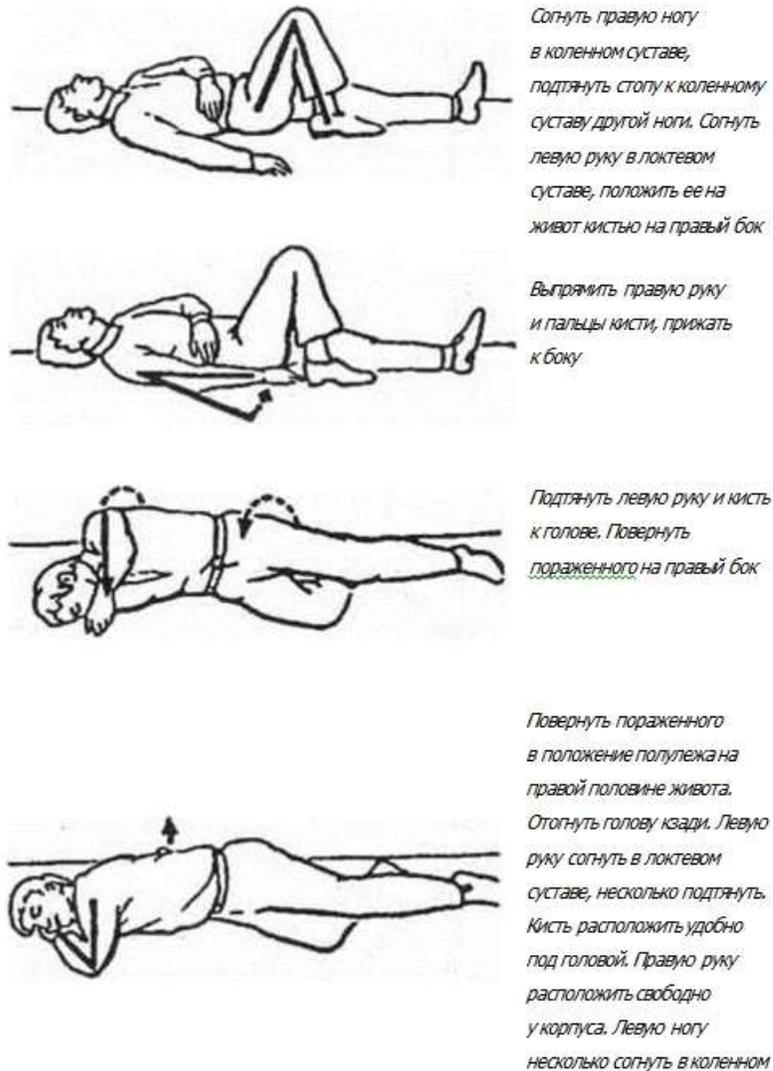
Устойчивое боковое положение пострадавшего

Устойчивое или стабильное боковое положение используется у пострадавших без сознания с самостоятельным дыханием с целью профилактики западения языка, для предупреждения попадания рвотных масс в дыхательные пути и обеспечения свободной проходимости дыхательных путей.

Существует несколько модификаций устойчивого бокового положения,

ни одна из них не является преимущественной. Положение должно быть стабильным, близким к естественному боковому, без сдавления грудной клетки и конечностей.

Голова пострадавшего в этом положении отгибается кзади в безопасное положение, при котором язык не может запасть, и возможность вдыхания любого содержимого в дыхательные пути минимальна. Предпочтительным является устойчивое боковое положение на правом боку (см. рис.). Однако, если это невозможно или нежелательно (при ранении правой половины груди), допустимо укладывать пострадавшего на левый бок.



Согнуть правую ногу в коленном суставе, подтянуть стопу к коленному суставу другой ноги. Согнуть левую руку в локтевом суставе, положить ее на живот кистью на правый бок

Выпрямить правую руку и пальцы кисти, прижать к боку

Подтянуть левую руку и кисть к голове. Повернуть пораженного на правый бок

Повернуть пораженного в положение полулежа на правой половине живота. Отгнуть голову кзади. Левую руку согнуть в локтевом суставе, несколько подтянуть. Кисть расположить удобно под головой. Правую руку расположить свободно у корпуса. Левую ногу несколько согнуть в коленном

Рисунок. Этапы придания пораженному устойчивого бокового положения.