

§42. Оказание первой помощи раненым в зоне эвакуации



Какой транспорт можно использовать для эвакуации раненых в медицинские подразделения? Почему, исходя из норм международного гуманитарного права, использование санитарного транспорта предпочтительнее, чем приспособленного? Какие эмблемы в соответствии с нормами международного гуманитарного права должны быть нанесены на санитарный транспорт?

Последовательность действий при оказании первой помощи в зоне эвакуации. Зона эвакуации — это местность, доступная для санитарного транспорта. После доставки раненого в данную зону дальнейшее оказание ему первой помощи целесообразно проводить в следующем порядке:

- 1) обезоружить раненого;
- 2) оценить характер полученных ранений, обследовав все тело раненого «с головы до пят»;
- 3) начать проведение сердечно-легочной и мозговой реанимации при отсутствии пульса на сонной артерии (по возможности);
- 4) дополнить или исправить ранее оказанную первую помощь (при необходимости):
 - остановить выявленные кровотечения из ран и наложить повязки на выявленные ожоги и некровоточащие раны;
 - заменить ранее наложенный турникет (жгут) давящей повязкой, тугой тампонадой раны или применением гемостатических средств;
 - подбинтовать наложенные ранее повязки при их пропитывании кровью;
 - повторно выполнить обезболивание;
 - исправить транспортную иммобилизацию;
- 5) принять меры по предупреждению переохлаждения;
- 6) осуществлять контроль состояния раненого до прибытия медицинского персонала или отправки раненого на этап медицинской эвакуации.

При получении ранения непосредственно в зоне эвакуации — действовать по алгоритму для зоны укрытия.

Контроль состояния раненого. В зоне эвакуации независимо от ранее оказанной раненому первой помощи проводят его тщательный осмотр. Если не находят пульса на сонной артерии раненого, то по возможности (в зависимости от тактической обстановки, количества других раненых, их состояния, количества стрелков-санитаров

и санитарных инструкторов) начинают выполнять сердечно-легочную и мозговую реанимацию (СЛМР).

При успешном выполнении СЛМР (либо сразу при наличии пульса на сонной артерии раненого) завершают осмотр раненого и продолжают оказание первой помощи: накладывают или исправляют (подбинтовывают) повязки, заменяют турникет (жгут) (давящей повязкой, тугой тампонадой раны, применением гемостатических средств), повторно выполняют обезболивание, накладывают или исправляют транспортную иммобилизацию.

Методика проведения сердечно-легочной и мозговой реанимации.

СЛМР выполняют при наличии основных признаков клинической смерти:

- 1) отсутствию кровообращения (нет пульса на сонной артерии);
- 2) отсутствию дыхания (нет дыхательных движений груди и живота);
- 3) отсутствию сознания и расширении зрачков (не реагируют на свет).

СЛМР заключается в проведении закрытого (непрямого) массажа сердца (ЗМС) и искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Для проведения ЗМС раненого располагают на спине на жестком основании (на земле) с приподнятыми ногами.

Выполняющий ЗМС располагается сбоку от раненого на уровне его груди, освобождает грудную клетку раненого, кладет основание ладони на границу средней и нижней трети грудины, вторую кисть кладет поверх первой так, чтобы его прямые руки и плечи находились над грудью раненого (руки выпрямлены в локтях, поясница прямая), пальцы опорной ладони поднимает вверх (рис. 223). Затем выполняет 30 надавливаний основанием ладони на грудину с частотой не менее 100 в мин (ориентир для следующего нажатия — полное расправление грудной клетки). Глубина продавливания грудной клетки при выполнении ЗМС взрослому человеку — 5—6 см, что соответствует усилию 40—50 кг.



Рис. 223. Положение для проведения ЗМС

Для чего выполняют закрытый массаж сердца?



Для проведения ИВЛ методом «изо рта в рот» оказывающий помощь кладет на рот раненого салфетку, одну руку кладет на лоб и немного (не чрезмерно!) запрокидывает голову раненого (создавая «пригнутое» положение), большим и указательным пальцами



Рис. 224. Положение для проведения ИВЛ

зажимает нос, второй рукой охватывает нижнюю челюсть и раскрывает рот (рис. 224). Затем, сделав неглубокий вдох, плотно охватывает рот раненого своими губами и в течение 1—2 с спокойно вдывает ему через рот свой выдыхаемый воздух. Выдох происходит пассивно (примерно 2—3 с), и в это время оказывающий

помощь делает очередной неглубокий вдох. В дальнейшем чередует ЗМС и ИВЛ в соотношении 30:2 (30 нажатий на грудь на 2 вдоха). Через 2—3 чередования проверяет пульс на сонной артерии.

СЛМР прекращают либо при появлении пульса на сонной артерии, либо при появлении реальной угрозы для жизни и здоровья проводящего СЛМР, либо при отсутствии пульса на сонной артерии после 30 мин проведения СЛМР.

Погрузка раненых в транспорт. Из зоны эвакуации доставку раненых в лечебные учреждения осуществляют санитарным транспортом. Погрузку раненых надо проводить максимально быстро и слаженно (рис. 225) с соблюдением маскировки, так как противник может отследить скопление военнослужащих возле санитарного транспорта и поразить их точечным огнем ударом.

Можно ли эвакуировать раненых на приспособленном (грузовом) автотранспорте?



Рис. 225. Этапы погрузки раненых в санитарный транспорт

Правила личной и общественной гигиены в полевых условиях.

Соблюдение правил личной и общественной гигиены в боевых усло-

виях позволяет снизить воздействие различных факторов внешней среды и тем самым сохранить здоровье военнослужащих и их боеспособность. Правила личной гигиены предусматривают уход за телом (за кожей, волосами, зубами и ногами), закаливание, уход за одеждой и обувью, соблюдение гигиены питания и водопотребления. Общественная гигиена включает поддержание чистоты в помещениях и общественных местах, их регулярное проветривание, поддержание чистоты на территории воинской части. При полевом размещении войск в лагере должны быть предусмотрены места для личного состава, место для приготовления и приема пищи, место для хранения воды, умывальники, место для мытья котелков, уборные. Данные элементы оборудуют на определенном расстоянии друг от друга (места для размещения личного состава, место для приготовления и приема пищи, уборные — на расстоянии 40—100 м друг от друга; место для мытья котелков — 20—25 м от кухни).

1. Почему СЛМР выполняют только в зоне эвакуации?
2. Почему в условиях общевойскового боя выполнение СЛМР в опасной зоне невозможно, а в зоне укрытия — бессмысленно?
3. Какие транспортные средства (автомобильные, авиационные), находящиеся на вооружении Вооруженных Сил Республики Беларусь, используют в качестве санитарного транспорта?
4. В какой последовательности военнослужащий должен мыть личный котелок?
5. Нарисуйте возможные варианты схем размещения элементов лагеря с соблюдением санитарных норм.

