

ЮРИЙ ЕВИЧ

**ВОЕННАЯ
МЕДИЦИНА
ДЛЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ
СИТУАЦИЙ**

**БОЕВОЙ ОПЫТ
НОВОРОССИИ**

**ЯУЗА-ПРЕСС
МОСКВА
2016**

УДК 614.8
ББК 58
Е16

Фотография на обложке: Игорь Зарембо / РИА Новости

Евич, Юрий Юрьевич.

Е16 Военная медицина для экстремальных ситуаций. Боевой опыт Новороссии / Юрий Евич. — Москва : Яуза-пресс, 2016. — 256 с. — (Школа выживания. Учись у спецназа!).

ISBN 978-5-9955-0857-1

Эта книга незаменима не только для военных врачей, бойцов Спецназа и сотрудников силовых структур, но и для каждого, кто оказался в экстремальных условиях, будь то иррегулярные боевые действия, чрезвычайная ситуация, природный катаклизм или рискованное путешествие. Это не просто справочник по тактической медицине, но руководство к действию, которое спасет тысячи жизней.

Автор этого наглядного пособия прошел всю войну в Новороссии, отвечая за медицинское обеспечение ополченцев (как общевоинских бригад, так и Спецназа), и в своей книге обобщил опыт боевых действий на Донбассе, а также в Чечне, Абхазии и Приднестровье.

Диагностика и лечение всех типов ранений и травм (переломов, вывихов, растяжений, crush-синдрома, ожогов, контузий, обморожений, болевого шока), сердечно-легочная реанимация и эвакуация раненых, тактика медика на поле боя и психологическая подготовка — в этом издании вы найдете жизненно важную информацию, которая поможет сохранить жизнь и здоровье в самых опасных ситуациях.

Если вы в «группе риска» (а сегодня в ней может оказаться каждый) — эта книга для вас.

**УДК 614.8
ББК 58**

ISBN 978-5-9955-0857-1

© Евич Ю., 2016

© ООО «Издательство «Яуза-пресс», 2016

ВВЕДЕНИЕ

В официальных военно-медицинских кругах традиционно принято считать, что основные положения современной военно-полевой медицины сформулированы в классических справочниках (типа ОТМС) исчерпывающим образом и в дополнениях не нуждаются. Немногочисленные относительно новые методички, в той или иной степени обобщающие опыт чеченской и иных кампаний новейшего времени, выходят мизерными тиражами и, как правило, с грифом «для служебного пользования». Таким образом, широкому кругу читателей (даже из числа военно-служащих и сотрудников силовых структур, не говоря уже о гражданском населении) нет ни малейшей возможности ознакомиться с основными разработками современной отечественной военно-полевой медицины.

Однако этим трагизм ситуации не исчерпывается. В военной медицине текущего момента на Западе уже произошёл настоящий переворот — выделилась в отдельную область знаний медицина тактическая, которая имеет решающее значение для кардинального увеличения числа спасённых на

поле боя военнослужащих. Совершён переворот в медицине так называемого «переходного» периода — когда полномасштабные боевые действия ещё не начались, а мирный период уже закончился (аналог — майдан в Киеве, гражданское сопротивление на Донбассе). Заметим, что в ряде стран (та же Украина, Египет и так далее) захват власти в стране происходил именно путём переворота — с наличием «переходного периода», но без традиционных полномасштабных боевых действий регулярного типа. Наконец, принципиально нового уровня развития усилиями западной военной мысли достигло искусство ведения «непрямых действий», прежде всего в формате «сетевой иррегулярной войны». Для медицинского обеспечения боевых действий такого рода Западом также созданы, опробованы и внедрены разнообразные высокоэффективные медицинские методики.

С нашей, российской, стороны на всех вышеуказанных направлениях наблюдается трогательное отсутствие даже следов военной мысли. За всё время боевых действий в Донбассе (а это год, охватывающий наиболее яркие эпизоды, начиная с самых первых дней) авторами (а многие из них в ходе войны занимали высокие посты в военно-медицинской иерархии молодых республик) не отмечено ни единого случая, когда какие бы то ни было пророссийские структуры использовали какие бы то ни было разработки в данных областях. Если таковые и существуют, то хранятся в недрах секретных сейфов настолько глубоко, что их было нельзя применить во время ожесточённой борьбы за сорок миллионов человек

населения и территорию огромного военно-политического значения. Соответственно, организация медицинского обеспечения по лекалам позавчерашнего дня привела к огромным неоправданным потерям. Можно быть уверенным, что и в ближайшем будущем, если боевые действия начнутся уже на территории России, ситуация с современным медицинским обеспечением (точнее, отсутствием такового) зеркально повторится. Если даже какие-то наработки и имеются, широкие массы защищающих Родину добровольцев просто не получают к ним доступа.

Данный труд призван в меру сил восполнить этот пробел. Уникальность его базируется на целом ряде аспектов. Прежде всего он посвящён медицинскому обеспечению именно иррегулярных боевых действий, которые на современном этапе являются почти исключительно единственным способом вооружённого противоборства. Так, авторы объединили свой опыт двух чеченских, абхазской, приднестровской войн, а также всесторонне проанализировали все аспекты медицинского обеспечения вооружённых сил ДНР в ходе кампании. Лично авторами за время её было развёрнуто 10 медицинских пунктов — в том числе и в штатах медицинской службы бригад — общевойсковой и спецназа. Причём все до единого — без какой-либо помощи командования, исключительно за счёт местных ресурсов и поддержки сочувствующих и друзей из числа гражданского населения. Наконец, именно один из авторов был единственным врачом — гражданином РФ, который принимал активное участие в событиях с са-

мого начала, с марта 2014-го, и налаживал медицинскую службу ещё в условиях «переходного периода», фактически — в тылу хунты, на контролируемой ею на тот момент территории. При этом дополнительную ценность материалу данной монографии придаёт тот факт, что она базируется на богатом опыте обучения личного состава в условиях жесточайшего дефицита времени и полностью отсутствующей военной и какой-либо специальной подготовки у обучаемых. Всё вышеперечисленное позволяет рекомендовать данную книгу к прочтению не только военнослужащим и сотрудникам силовых структур, но и всем гражданам, заинтересованным в сохранении своей жизни и здоровья в условиях возможных ситуаций гражданской нестабильности всех типов.

1. ТАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА СОВРЕМЕННОЙ ИРРЕГУЛЯРНОЙ ВОЙНЫ

Необходимо отметить, что огромный опыт, накопленный классической отечественной военной медициной, в некотором смысле сыграл злую шутку с поколениями новых военных медиков. Абсолютизация ОТМС и ВПХ привела к тому, что на этапе смены общественных формаций и кардинальных изменений в структуре военного дела они главенствуют безоглядно, невзирая на то, что ряд условий, в которых приходится их применять, претерпел радикальную трансформацию. Основным отличием является то, что сейчас ведут войны отнюдь не огромные бесчисленные призывные армии, как в совсем недавнем прошлом. По целому ряду причин, перечислять которые достаточно долго, на данном этапе основной противоборствующей силой с обеих сторон являются крайне плохо оснащённые, совершенно недостаточно обученные, немногочисленные «добровольческие» или «добровольно-принудительные: срочники + наёмники» — войсковые формирования. Традиционные армейские транспортные возможности и бое-

вой дух тоже заметно снизились: капитализм властно берёт своё, и действующим подразделениям, как правило, поступает такая техника, которую не жалко на металлолом. Военнослужащие, с одной стороны, отравлены культом потребительства и наживы, с другой — прекрасно понимают, что в случае увечья или смерти ни они сами, ни их родственники отнюдь не будут нужны тем силам, за которых данные жертвы были ими понесены. Да и тот факт, что идёт война, зачастую будет всеми участниками на официальном уровне изо всех сил отрицаться. Фактически наступило время «нелегальных» войн с «самодеятельным» персоналом.

1.1. Понятие тактической медицины, цели и задачи тактического медика, требования к нему

Тактическая медицина. Под современной тактической медициной «по стандартам НАТО» обычно понимают совокупность мероприятий, осуществляемых непосредственно на поле боя и нацеленных на спасение жизни и предотвращение тяжёлых осложнений у военнослужащих, получивших ранения и травмы. Осуществляет эти мероприятия специальным образом подготовленный и оснащённый персонал, обычно из числа военнослужащих. О «стандартах НАТО» в данном случае мы говорим потому, что в отечественной официальной военно-медицинской науке такое понятие отсутствует. Разумеется, в той или иной мере многие положения, связанные с ока-

занием первой доврачебной помощи на поле боя, в российской военной медицине разработаны, однако в единый целостный комплекс не объединены, и даже понятия, аналогичного «тактической медицине», пока не существует. Потому далее приведенные материалы будут базироваться на синтезе трёх источников: информации из отечественной военно-медицинской литературы, информации из литературы нашего основного противника и боевом опыте авторов, причём с учётом как опыта Новороссии, так и Чечни.

Целью тактического медика, таким образом, является сохранение жизни и здоровья военнослужащих, получивших ранения и травмы на поле боя. Сразу же, по нашему опыту, должны уточнить: медик подразделения неизбежно столкнётся с необходимостью оберегать здоровье военнослужащих своего подразделения не только в ходе боя, но и в межбоевой период. Поэтому задачами его будет: оказание помощи при ранениях, травмах и заболеваниях личного состава, полученных как на поле боя, так и в ходе боевых действий, зачастую — и в расположении подразделения, их профилактика и предотвращение их осложнений, а также весьма нередко — помощь гражданскому населению, бойцам других подразделений и военнопленным. Причиной тому целый комплекс факторов: в условиях, когда воюют наши, русские, всё, начиная с традиций «православного воинства» в духе Суворова («сам погибай, а товарища выручай») и заканчивая традиционным отставанием тылов и недостаточной развёрнутостью их

служб (включая медицинские), исключает ситуацию, когда медик подразделения сможет сказать травмированному вне поля боя боевому товарищу: «Я тактический медик; всё, что не на поле боя, — ко мне не относится». При этом в условиях поля боя ему придётся решать множество задач: помимо непосредственного оказания медицинской помощи — это все основные задачи бойца подразделения, в котором он служит (пехотинца, разведчика и так далее). Организация медпомощи раненому на поле боя и его эвакуация в тыл может быть сопряжена с попутным выполнением множества задач: начиная с огневого подавления противника, препятствующего передвижению за раненым, либо со скрытого проникновения в тыл противника за находящимися там ранеными и заканчивая иногда возникающей необходимостью личной эвакуации пострадавших на технике, вплоть до колёсной и гусеничной бронированной. При этом в случае наличия раненых медик не может начать отступление, даже вместе с отступающим подразделением, пока не обеспечена безопасность (эвакуация, прикрытие) раненых. С другой стороны, вера бойцов в «свою медицину» существенно повышает боевой дух и стойкость всего подразделения. Исходя из вышесказанного, тактический медик должен отличаться высокими морально-волевыми качествами, быть одновременно и настоящим медиком, пусть и низшего звена, и прекрасным пехотинцем. Кратко говоря, в идеале тактический медик — самый лучший, толковый и стойкий боец своего подразделения, неоценимая опора его командира.

1.2. Виды основных боевых повреждений. Диагностика и лечение, теория и практика (первая доврачебная помощь)

Основные боевые повреждения: ранения, травмы, переломы, ожоги и отморожения (переохлаждения); наиболее опасным для жизни и здоровья их следствием являются различные виды шока (геморрагический, болевой) и нарушения функции внешнего дыхания. Первая доврачебная помощь: комплекс мероприятий по спасению жизни пострадавшего и предотвращению развития у него тяжёлых осложнений, выполняемых на месте происшествия.

1.2.1. Оценка жизненно важных параметров, виды шока, последовательность оказания помощи, в/в инъекции и инфузии

Шок — состояние глубокого упадка жизнедеятельности и основных функций организма — кровообращения, дыхания и обмена веществ. Для него характерно состояние коллапса, острой сосудистой недостаточности, которое развивается вследствие недостаточного кровоснабжения мозга. Развивается при тяжёлых ранениях и механических травмах, отрывах и размозжениях конечностей, переломах крупных костей, внутренних органов, черепа и головного мозга. В той или иной степени шок характерен для всех ранений, и для своевременного оказания первой помощи необходимо распознать симптомы шока как можно быстрее. Для тактической медицины наи-

большее значение имеют геморрагический (вследствие кровопотери) и болевой шок, также — токсический (вследствие всасывания и поступления в кровь токсических веществ, образующихся при ожогах, массивном раздавливании тканей, так называемый crush-синдром). С практической точки зрения чёткого отличия между этими видами шока в условиях поля боя не существует: обычно шок имеет комплексное происхождение, а его причинами являются значительная кровопотеря, сильная боль, психоэмоциональный стресс, поступление в кровь ядовитых веществ.

Предрасполагает к шоку переутомление, длительное переохлаждение, кровопотеря, голод, психические потрясения, длительная эвакуация неподходящим транспортом (в условиях ДНР однажды эвакуировали восемь раненых средней тяжести в кузове «Урала» зимой с плохо наложенными повязками, без утепления. Четверо из них погибли, а четверо прибыли в состоянии крайней степени тяжести).

Симптомы шока (при наличии ранения либо травмы):

- а) холодная, влажная и бледная кожа, иногда с синюшным оттенком, заострённые черты лица;
- б) пульс слабый и учащенный, более 100 ударов в минуту;
- в) снижение давления;
- г) дыхание учащенное и прерывистое, со вздохами;
- д) головокружение, иногда потеря сознания;
- е) тошнота или рвота;
- ж) сильная жажда.

Необходимо знать! Нормальные показатели пульса в покое 70–90 ударов в минуту, давление

120 — систолическое (верхнее), 80 — диастолическое (нижнее). Однако нужно иметь в виду, что у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, например гипертонией, параметры могут существенно отличаться от вышеуказанных. Соответственно, необходимо уточнить у пациента, какое давление для него является нормальным.

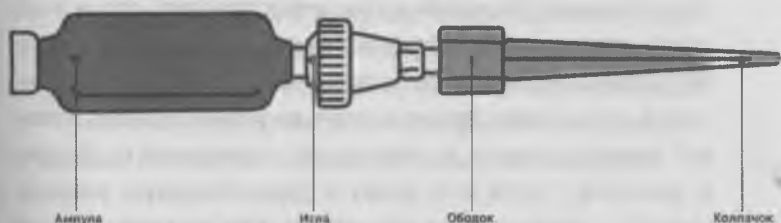
ДЛЯ ПОНИМАНИЯ

Человеческий организм подобен компьютеру: головной мозг суммирует показатели пульса, давления, сумму нервных импульсов (болевыми ощущениями — это тоже нервные импульсы) и на основании этих данных подаёт команды системам органов на оптимальные формы жизнедеятельности. Зачастую при болевом шоке он неверно оценивает полученную сумму болевых импульсов и нарушения кровообращения как несовместимую с жизнью и выдает приказ организму на остановку жизнедеятельности, прежде всего — на остановку сердечной деятельности. Это и есть тот самый болевой и геморрагический шок с летальным исходом. Данный феномен хорошо известен конструкторам оружия, и последнее время оно развивается в сторону обеспечения всё более сильного болевого воздействия при попадании в тело: это относится как к высокоскоростным малокалиберным пулям калибра 5,45, так и к их антиподу — например, 9-мм дозвуковым боеприпасам СП-5, СП-6 и так далее, которые при малой скорости за счёт высокой массы обеспечивают при попадании феерический болевой эффект.

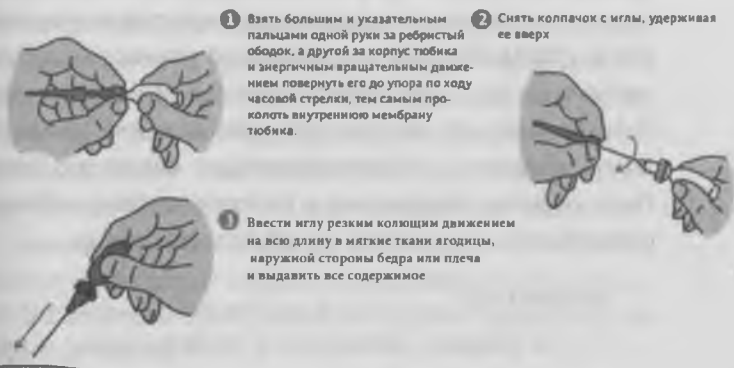
Следовательно, во многих случаях, своевременное прекращение нарастания болевого и геморрагического (кровопотеря) фактора в организме способно спасти жизнь раненого. Это и есть «спасти жизнь раненого» — основная задача тактического медика.

Действия при шоке: остановка кровотечения (при его наличии), обезболивание, температурный комфорт (на жаре — расстегнуть одежду, обеспечить приток свежего воздуха, положить в тень, на холоде — согреть, тепло укутать). Если может пить — дать обильное питьё. При кровопотере с нарушениями гемодинамики — внутривенные инфузии. Обращение с пациентом максимально бережное, доставка в лечебное учреждение — как можно быстрее.

Обезболивание лучше всего проводить путём внутримышечной инъекции боевого обезболивающего из шприц-тюбика (рис. 1). Процедура выглядит следующим образом: сначала нужно повернуть часть шприц-тюбика с инъекционной иглой по часовой стрелке, аккуратно удерживая сам шприц-тюбик в пальцах. Тогда специально выступающая внутрь часть иглы продавит мембрану шприц-тюбика и его содержимое станет возможно выдавить наружу. После этого нужно обработать место инъекции марлевой салфеткой со спиртом (готовые маленькие салфетки легко купить в аптеках, ничего более подходящего за свою практику не встречал) и ввести препарат пострадавшему — промедол и большинство других обезболивающих вводится внутримы-



ПРАВИЛА ПОДГОТОВКИ И ПРОИЗВЕДЕНИЯ ИНЪЕКЦИИ



- 1 Взять большим и указательным пальцами одной руки за ребристый ободок, а другой за корпус тубика и энергичным вращательным движением повернуть его до упора по ходу часовой стрелки, тем самым проколать внутреннюю мембрану тубика.
- 2 Снять колпачок с иглы, удерживая ее вверх
- 3 Ввести иглу резким колющим движением на всю длину в мягкие ткани ягодицы, наружной стороны бедра или плеча и выдавить все содержимое

СПОСОБЫ ОБНАРУЖЕНИЯ МЕСТА ДЛЯ ИНЪЕКЦИИ



1 Передняя поверхность средней трети латеральной широкой мышцы бедра — наилучшее место для инъекции.

2 Для определения места инъекции следует расположить правую кисть на 1—2 см ниже вертела бедренной кости, левую — на 1—2 см выше надколенника, большие пальцы обеих кистей должны находиться на одной линии.

3 Место инъекции расположено в центре области, образованной указательными и большими пальцами обеих рук. Инъекцию стоит делать только в здоровую конечность

шечно, бутарфанол — подкожно. В боевых условиях при сильном болевом шоке у пострадавшего и под плотным огневым воздействием противника часто нет возможности обработать инъекционное поле — тогда инъекцию производим внутримышечно прямо через одежду, в переднюю поверхность бедра в верхней трети его либо в дельтовидную мышцу плеча — так называемый эполет. Как правило, такой укол легко осуществим даже через зимнюю одежду. После того, как содержимое шприц-тюбика выдавлено, извлекаете иглу из мышечной ткани пациента, НИ В КОЕМ СЛУЧАЕ не разжимая пальцы на шприц-тюбике до того, как игла полностью выйдет из ткани. В противном случае, за счёт сжатия мышечными тканями пациента, обезболивающее вещество может быть обратно выдавлено в полость шприц-тюбика и, естественно, не окажет лечебного эффекта.

ВНИМАНИЕ!

Не вводить лекарство в область раны, и вообще — в раненую конечность, хоть выше места наложения жгута или повязки, хоть ниже его. Из раны его вымоет кровь, а если ввести его в области жгута — там нарушено кровообращение, оно не поступит в головной мозг. Во всех этих случаях обезболивающее не даст желаемого эффекта.

В случаях, если нет боевых наркотических обезболивающих (а такое случается сплошь и рядом), их вполне могут заменить ненаркотические, те, которые можно приобрести без рецептов: налбуфин, акупан, кетанов, кеторол, дексалгин, анальгин с димедролом. Главная проблема в том, что эти препа-

раты не бывают расфасованы в шприц-тюбики, они обычно находятся в ампулах: в условиях боя распаковать шприц и ампулу и набрать из ампулы часто бывает довольно неудобно. Если же набрать лекарство в шприц заранее, то в шприце оно примерно через 6 часов испортится и станет непригодным.

При кровопотере с нарушениями гемодинамики: систолическое давление ниже 90 мм рт. столба, пульс свыше 120 ударов в минуту — произвести внутривенное переливание плазмозамещающих жидкостей (физраствор, рефортан). Объем переливания должен быть умеренным и не превышать 1 литра растворов. В случае подозрения на продолжающееся кровотечение — дополнить внутривенным введением кровоостанавливающих препаратов: транексама, аминокапроновой кислоты. Викасол, этамзилат, дицинон действуют гораздо медленнее и при профузном кровотечении могут не успеть оказать свой лечебный эффект.

Закрепляем над пациентом флакон либо пластиковый контейнер с лекарственным веществом (лучше всего на штативе капельницы). Вскрываем упаковку одноразовой системы капельного введения растворов, обрабатываем пробку спиртом и протыкаем её перфоратором системы, максимально открываем колёсико регулятора и заполняем систему раствором до полного вытеснения воздуха из системы, после удаления пузырьков воздуха — капельницу закрываем. Накладываем жгут на плечо, просим поработать кулаком, когда вены в области локтевого сустава снизу выступают — обрабатываем это место

спиртом и вдоль вены снизу вверх под углом не более 30 градусов вводим иглу. При попадании в вену из канюли иглы появится кровь. Распускаем жгут, подсоединяем к игле канюлю системы, регулируем колёсиком скорость введения до 40–60 капель в минуту. Фиксируем иглу к коже, чаще — капельно, иногда, при тяжёлой кровопотере, — струйно, осуществляем введение жидкости. Обычно переливаем физраствор, также прямо через капельницу можем вводить кровоостанавливающие: викасол, этамзилат, дицинон. Хороший эффект даёт введение аминокaproновой кислоты. При внутривенных инфузиях эффективно использовать катетер (так называемая «бабочка»), его удобно оставлять в вене и по нему осуществлять инфузии в ближайшие дни.

При шоке обязательно надо следить за тем, чтобы у пациента была свободна ротовая полость (рвотные массы, выбитые зубы и так далее могут стоить жизни), а также чтобы голова была повернута набок во избежание западания языка. Больных в состоянии шока необходимо доставлять в лечебное учреждение как можно быстрее.

В довершение считаем нужным подчеркнуть, что сильные эмоции также могут вызвать состояние, которое можно считать шоком — как правило, средней тяжести, но в некоторых случаях и сильным, в том числе и в отсутствие ранений.

Это состояние вызывается: сильным испугом, болью, страхом, чувством тревоги.

До тех пор пока воздействие этих эмоций на пациента не прекратится, состояние пострадавшего будет оставаться прежним или ухудшаться.

Признаки и симптомы эмоционального шока:

- а) холодная, влажная и бледная кожа;
- б) пульс нормальный или замедленный, может быть аритмичным;
- в) дыхание, как правило, нормальное;
- г) головокружение, переходящее в слабость;
- д) тошнота, переходящая в рвоту;
- е) беспокойство.

Эмоциональный шок не только приводит к выводу бойца из строя — он опасен возможностью развития дополнительных осложнений, таких как нарушения функций сердечно-сосудистой системы, гипертонический криз и так далее.

Первая помощь при эмоциональном шоке

1. Обеспечить комфортное положение и температурный режим (замёрз — согреть, жарко — охладить).

2. При наличии боли — дать обезболивающее.

3. Успокоить пострадавшего, подбодрить его — тон должен быть доброжелательный, уверенный, решительный.

4. Дать препарат с седативным действием (настойка пустырника, валериана).

5. Дать напиток, алкоголь — не давать.

6. Выполнить комплекс упражнений по психологической стабилизации (см. раздел «Психологическая подготовка личного состава»).

Если шок не сопровождается серьезной травмой, то возвращение к нормальному состоянию происходит при применении указанных мер довольно быстро.

1.2.2. Ранения

Типы: холодным оружием, слепые колотые, огнестрельные, минно-взрывная травма. Характер, локализация, масштаб. Зависимость помощи от характера ранения.

Ранение — это нарушение целостности кожных покровов, имеет края и дно.

По характеру ранения могут быть сквозными и слепыми, а также проникающими и непроникающими. Сквозные — когда имеются входное и выходное отверстия, слепые — наличествует только входное, касательные — вдоль поверхности тела, без проникновения в его глубину. По локализации — конечностей, головы, и туловища. По масштабу — обширные, точечные. Основные последствия раны, представляющие угрозу для жизни и здоровья: кровотечение, повреждение внутренних органов и нервных стволов, инфицирование.

Кровотечение — одно из самых опасных осложнений ранения. Потеря 50% крови опасна для жизни, а более 60% — смертельна. Не случайно в результате анализа санитарных потерь в период контртеррористических операций на Северном Кавказе была выделена категория «потенциально спасаемых раненых». Это те пострадавшие, которые могли остаться живыми при своевременной и правильной первой помощи. Они составили 25%. Более половины из них — пострадавшие с неостановленным кровотечением, из них в 19,8% случаев имелись ранения в бедро (паховую область).

Кровотечения: артериальное, венозное, капиллярное, паренхиматозное. Внутреннее и наружное.



ТАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА. Доврачебная обработка раны.

Основные хирургические инструменты для проведения операции



Пинцет



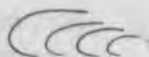
Зонд



Скальпель



Зажим



Иглы

1 Подготовка раны



Рану необходимо промыть перекисью водорода и обложить операционную область санитарной косынкой, после чего обработать йодом поле вокруг раны.

2 Осмотр раны



Пациента необходимо обезболить новокаином. После этого при помощи пинцета следует раздвинуть края раны, осмотреть ее дно, используя хирургический зонд.

3 Остановка кровотечения



Если обнаружен кровоточащий сосуд, его нужно блоктировать зажимом, после чего ушить хирургической иглой.

4 Ушивание сосуда



Кровоточащий сосуд перевязать хирургической иглой у кончика зажима. Затем зажим удалить и провести дополнительный узел.

5 Удаление омертвевшей ткани



При помощи пинцета и скальпеля необходимо иссечь нежизнеспособные ткани вокруг раны.

6 Ушивание раны



Ушить рану при помощи хирургической иглы. Обработать рану перекисью водорода.

Кровотечение, при котором кровь вытекает из сосуда в ткани или какую-либо полость тела (грудную, брюшную и т.д.), называют внутренним. Внутреннее кровотечение бывает при ранении черепа, органов грудной и брюшной полостей. Диагностировать его, естественно, несколько сложнее, чем наружное кровотечение, когда истечение крови наружу видно невооружённым глазом. Симптомы внутреннего кровотечения: пострадавший очень бледен, покрыт холодным потом, испытывает сильную жажду, зевает; пульс у него частый и слабый (иногда совершенно исчезает), дыхание поверхностное, учащенное, давление снижено.

Повреждение внутренних органов — опасно как само по себе, так и потому, что оно часто сопряжено с кровотечением из этих повреждённых внутренних органов. «Само по себе» — речь идёт о том, что при повреждении внутренних органов нарушается их функция, часто это сопряжено с летальными последствиями для организма. Например, при повреждении лёгких и воздухоносных путей нарушается дыхательная функция, при повреждении сердца — его насосная функция по кровоснабжению организма, при повреждении полых органов брюшной полости развивается перитонит и так далее.

Болевой шок — развивается вследствие повреждения при ранениях нервных стволов, а также внутренних органов, кожных покровов и так далее — то есть повреждений, при которых болевые импульсы начинают поступать в мозг от значительного количества нервных рецепторов. Он весьма важен как явление, так как, во-первых, может вызвать ухудше-

ние состояния раненого вплоть до летального исхода, а во-вторых, существенно нарушает нормальное функционирование сердечно-сосудистой и других систем организма. Наряду с кровопотерей является одной из важнейших причин летальности и тяжёлых осложнений при ранениях.

Инфицирование — развивается вследствие проникновения в рану болезнетворных микробов, вероятность его существенно возрастает при обширных, загрязнённых ранах с существенным количеством повреждённых, омертвевших тканей, наиболее опасными являются ситуации с развитием анаэробной инфекции (развивающейся в отсутствие кислорода) — чреватые потерей конечности или летальным исходом. Данное осложнение развивается заметно более медленно, нежели все вышеперечисленные.

ВЫВОД

По правилам мирного времени (методичка МЧС).

- 1. Остановка кровотечения (давящая повязка — при венозном, жгут — при артериальном).*
- 2. Предотвращение попадания инфекции и грязи в рану (асептическая повязка на рану).*
- 3. Создание покоя (возвышенное положение конечности, иммобилизация).*
- 4. Предотвращение развития шока (холод на рану).*
- 5. Устранение недостатка объёма циркулирующей крови (обильное питьё).*
- 6. Защита пострадавшего от переохлаждения (укрыть).*
- 7. Транспортировка в лечебное учреждение.*

В боевых условиях — чуть иначе. Наиболее важной характеристикой ранения является степень его тяжести — это интегральный показатель, который складывается из количества повреждённых органов, степени разрушения их и других тканей, объёма кровопотери и т.д. Степень тяжести ранения оказывает существенное влияние на тактику парамедика. «Лёгкие ранения — большая обработка, тяжёлые — малая». Принцип в том, что при любом ранении необходимо выполнить временную остановку кровотечения и наложение повязок, но при поверхностных ранениях необходимо также смазать кожу вокруг раны спиртовым раствором йода или бриллиантового зелёного, обработать рану растворами антисептического действия (перекись водорода, хлоргексидин) — разумеется, в случаях, когда позволяет оперативная обстановка. Обезболивания в большинстве случаев не нужно, либо, если имеются надлежащие навыки и препараты, в случае обработки раны можно выполнить местную инфильтрационную анестезию (новокаином, лидокаином) по Вишневскому. Тактика: обработка раны — остановка крови — наблюдение (ООН). Наблюдение — потому что даже самый маленький осколок может быть весьма коварен и вызвать различные осложнения, особенно в ближайшие сутки после ранения. В случае больших ран — жгут, бинт, обезболивание, больница (ЖБОБ).

Наименее опасными, но и в то же время наименее распространёнными в современных условиях боевых действий являются ранения холодным оружием, а также различные травмы, сопровождающиеся ранениями. Делятся на резаные, рубленые, ко-

лотые. Общими свойствами является относительно небольшая глубина (ограничены длиной ранящего орудия), неповреждённость тканей за пределами раневого канала. Фактически, степень тяжести данного вида ранений определяется исключительно проекцией раневого канала на глубже расположенные органы — иначе говоря, тем, какие глубжележащие органы повреждены и насколько.

Первичная доврачебная помощь при такого рода ранениях, в случаях, если они являются «поверхностными», не осложнёнными повреждениями внутренних органов и сильным кровотечением, может быть намного более обширной, нежели при всех других видах ранений, и включать в себя ПХО раны — тщательное промывание её дна растворами антисептиков, перевязывание хирургической шёлковой нитью крупных кровоточащих сосудов (не являющихся магистральными), сопоставление краёв раны путём наложения швов с дренированием её (при наличии необходимости). То самое вождённое «я хочу научиться шить раны!», которым столь часто грешат тактические медики. К сожалению, осуществлять всё это силами «парамедиков подразделения» можно в боевых условиях лишь при наличии необходимых навыков, умений и инструмента, а также в случае актуальной необходимости. К понятию «актуальной необходимости» надо подойти весьма взвешенно, и во всех случаях, когда раненого возможно доставить для квалифицированной медицинской помощи в ближайший полевой медицинский пункт (или иное медицинское учреждение), нужно делать именно это. Избегать чрезмерной лихости в выполнении

оперативных пособий — признак здравомыслия, а не трусости. Многочисленная патогенная микробная флора, неприспособленные условия, недостаточно простерилизованный инструмент и обученный персонал — неизбежные спутники операции «на коленке на поле боя».

При тяжёлых ранениях холодным оружием, с повреждением внутренних органов и сильным кровотечением, тактика парамедика остаётся стандартной: жгут — бинт — обезболивание — больница.

К ранениям холодным оружием могут быть отнесены нередкие в боевой обстановке рваные и ушибленные раны — эти повреждения чаще всего являются следствием травматизации личного состава о различные препятствия при штурмовых действиях, работе на бронетехнике и так далее. Однако тактика «активной хирургии в поле» (ПХО силами парамедика подразделения) к ним неприменима так же, как и к ранениям других групп (огнестрельным и так далее), которые мы рассмотрим ниже. Причина в том, что при них неизбежно имеет место повреждение, иногда значительное, тканей организма вокруг раневого канала. Эти повреждённые ткани являются нежизнеспособными и спустя короткое время после ранения неизбежно некротизируются (отмирают). В случае, если без учёта этого фактора свести края раны швами, в особенности глухими, без постановки дренажа, велика вероятность развития гнойного процесса — как минимум, швы «прорежутся», нагноившаяся рана «развалится», и лечить пациента придётся существенно дольше, чем если бы эти швы не накладывались. Поэтому при всех этих ра-

нах необходимо избегать самостоятельной первичной хирургической обработки в поле, ограничиваясь остановкой кровотечения, тщательной обработкой раны — перекисью либо хлоргексидином, поверхности вокруг неё — йодом, наложением бинтовой повязки и доставкой пострадавшего в стационар.

Отдельную категорию представляют собой колотые раны холодным оружием (или травмирующими предметами). Их ни в коем случае нельзя недооценивать, так как, как это ни прискорбно, даже ржавый гвоздь длиной 10 сантиметров может послужить причиной как минимум — ампутации конечности, а как максимум — гибели военнослужащего. Причина этого в том, что на всех без исключения предметах, окружающих нас в быту (а тем более — на поле боя), имеется значительное количество микроорганизмов, часть из них — так называемые анаэробные. Они способны активно развиваться только в отсутствие кислорода, зато рост их является очень бурным, с выделением большого количества крайне вредных для человеческого организма веществ. Попав в раневой канал колотой раны, они зачастую находят там идеальные условия для своего дальнейшего развития. В особенности это имеет место при таких ранениях, при которых происходит особенно плотное слипание стенок раневого канала, например в стопе — где многочисленные мышцы и сухожилия, как правило, сдвигаются относительно друг друга при ходьбе и создают идеальные условия для развития анаэробной инфекции. Даже самая надёжная обувь (за исключением противопоминной) не гарантирует стопу от аналогичной травмы в условиях действий в городе. При этом бойцы за-

частую не проявляют должной настороженности при такого рода травмах, не обращаются за медицинской помощью, и тем более — их трудно уговорить к обращению в стационарное лечебное учреждение.

Тактика при слепых колотых ранениях: ранение лёгкое, характер и размеры ранящего орудия и локализация ранения, состояние больного исключают признаки повреждения внутренних органов и крупных сосудов — тщательно промыть рану раствором перекиси, нагнетаемым в раневой канал, несколько раз (для этого можно использовать шприц, в том числе без иголки), ранение закрыть повязкой. При достаточно глубоком ранении, невозможности обратиться за медицинской помощью в стационарное лечебное учреждение, а также при наличии навыка и инструментария — поставить в раневой канал дренажную полоску из резиновой перчатки, закрыть асептической повязкой. На следующий день, как минимум, рану промыть, полоску-дренаж поменять. Ещё через день полоску-дренаж можно удалить. При этом бойцу подвижность желательнее ограничить, наблюдение за ним должно быть бдительным: при первых признаках нарастающих жалоб на затруднения при ходьбе, распирающие боли в стопе и так далее следует немедленно обратиться в стационарное лечебное учреждение.

Ранения с признаками тяжёлого, с подозрением на повреждения крупных сосудов, внутренних органов, или проникающий их характер в полости (грудную, брюшину, черепной коробки) являются абсолютным показанием за обращением за квалифицированной медицинской помощью. Тактика — стандартная, ЖБОБ.

Огнестрельные ранения

К ним относятся пулевые и осколочные, в том числе вторичными ранящими снарядами (частями окружающих предметов, отлетающими вследствие воздействия пуль и осколков). Важной особенностью огнестрельного оружия является высокая кинетическая энергия ранящих снарядов: вследствие этого раневой канал, как правило, заполнен разрушенными тканями, а также имеет место зона непрямого действия бокового удара снаряда, в которой жизнеспособность тканей в той или иной степени нарушена. Второе распространённое объяснение этого физического феномена — образование так называемой «пульсирующей полости». В Интернете можно найти существенное количество материалов, подробно иллюстрирующих данное явление. Иногда она может в 30–40 раз превосходить размеры пули или осколка. В результате: наличие омертвевших тканей; образование новых очагов омертвевших тканей в ближайшие часы и дни после ранения; неравномерная протяженность поврежденных и омертвевших тканей в различных участках стенки раневого канала; присутствие в тканях инородных тел. Самыми грозными инфекционными осложнениями ранения являются: рожа, газовая гангрена, столбняк, сепсис. Основной вывод: категорически запрещено без наличия соответствующей медицинской квалификации выполнять наложение швов на края огнестрельного ранения! Медицинская помощь: при поверхностных, незначительных ранениях (чаще всего — очень мелкими осколками, без признаков повреждения внутренних органов и

кровотечения) — обработка кожи вокруг раны йодом, наложение асептической повязки. При этом нужно быть весьма внимательным, так как, во-первых, такие ранения редко сопровождаются сильным наружным кровотечением — в условиях поля боя, в спешке при загрязнённости как одежды, так и кожных покровов их легко пропустить, в том числе и достаточно тяжёлые. Во-вторых, нередки случаи, когда осколки имеют форму иглы значительной длины и соответствующего веса, что позволяет им, пройдя сквозь кожу, серьёзно повреждать внутренние органы. В этих случаях нарастание признаков ухудшения состояния пострадавшего может происходить постепенно и незаметно, особенно на фоне сопутствующих контузий, переохлаждений и так далее. Особенно бдительным надо быть в отношении ранений туловища и головы — по той же причине, что и при колотых ранениях.

При тяжёлых ранениях — однозначно ЖБОБ. В случае наличия огнестрельных переломов костей, прежде всего — костей конечностей, необходима иммобилизация (см. ниже).

Минно-взрывная травма чаще всего является весьма тяжёлой, характеризуется различными сочетаниями осколочных ранений, размозжений тканей организма, вплоть до травматической ампутации, явлений общего оглушения и контузии, болевой и геморрагический шок, как правило, присутствуют. Важной особенностью является то, что первое время после ранения именно вследствие тяжёлой травматизации тканей может какое-то время отсутствовать кровотечение из них (из небольших сосудов), а также присутствовать двигательное возбуждение и отсут-

ствии болевых ощущений, пациент может быть неадекватен.

Это никоим образом не отменяет необходимости стандартной тактики при тяжёлых ранениях (ЖБОБ) — при этом обезболить нужно как можно скорее, аналогично необходимо тщательно бинтовать конечности, в случае, если жгуты с них при транспортировке в дальнейшем снимаем, — тщательно наблюдать за признаками начавшегося кровотечения. Если открывшееся кровотечение носит профузный характер (что весьма заметно по пропитыванию бинтов кровью) — то тогда имеет место необходимость либо наложить вновь жгуты, либо осуществить гемостаз иным способом. Для предотвращения такого развития событий рекомендуется на стадии наложения повязок — полить повреждённые ткани аминокaproновой кислотой и пропитать ею же бинты, если имеются гемостатические губки — поместить их под повязки на наиболее сильно повреждённые участки. Сразу же после этого рекомендуется ввести пациенту в/в аминокaproновую кислоту и транексам. Можно викасол, дицинон либо иной препарат, повышающий свёртываемость крови, однако он действует не сразу. Весьма желательно сделать это в составе капельницы с физраствором — минно-взрывная травма, как никакая другая, нуждается во внутривенных инфузиях для улучшения состояния пациента при транспортировке.

Первая доврачебная помощь при ранениях.

Как видим, весьма схематично, комплекс мер первой доврачебной помощи при ранениях включает в

себя: при тяжёлых ранениях — ЖБОБ (жгут — бинт — обезболивание — больница), при лёгких — ООН (обработка раны — остановка крови — наблюдение), с некоторыми вариациями при отдельных видах ранений (рассмотрено выше).

Таким образом, индивидуальный комплект первой помощи рядового бойца (не парамедика подразделения) обязательно должен включать в себя не менее одного жгута и ППИ (перевязочного пакета индивидуального) — лучше два и того и другого, шприц-тюбика с обезболивающим (не обязательно наркотическим, в крайнем случае подходит также ампула с обезболивающим и одноразовый шприц, но в условиях боя пользоваться ими менее удобно) и косынки санитарной фиксирующей. Для парамедика этот комплект расширяется до минимум двух косынок, плащ-палатки, ножниц и пары зажимов без зубчиков. Речь идёт о носимом на теле (в кармане, аптечке и так далее) комплекте самой первой помощи, для оказания её непосредственно на месте ранения. Всё прочее размещается в рюкзаке, санитарной сумке и так далее — оно применяется после доставки раненого в зону относительной безопасности.

Подчеркнём, что речь идёт о самом минимальном комплекте для оказания первой медицинской помощи. В оптимальной комплектации для парамедика он имеет формат, указанный в главе «Комплектация медицинских упаковок», раздел «Аптечка военнослужащего индивидуальная».

Способы остановки кровотечения при ранениях: наложение жгута, прижатие, перегиб конечности с валиком, наложение повязки, наложение зажима.



В условиях боя необходимо размещаться за каким-либо строением или другим укрытием, защищая себя от прямого попадания. Медицинский транспорт необходимо парковать двигателем к укрытию. При движении в сторону раненого необходимо всегда находиться лицом к противнику, чтобы при необходимости вести ответный огонь.



НАЛОЖЕНИЕ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА НА РУКУ В УСЛОВИЯХ БОЯ

Действовать необходимо в одной плоскости с раненым, расположив его (и его оружие) в сторону противника.



а) перед оказанием первой помощи необходимо положить руку раненого на свое плечо

б) наложить жгут выше места кровотечения, ближе к ране

в) обезболить пациента инъекцией выше места наложения жгута

г) перевернуть раненого на живот до окончания боя или в таком положении транспортировать его в укрытие или к транспорту

НАЛОЖЕНИЕ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕГО ЖГУТА НА НОГУ В УСЛОВИЯХ БОЯ

Действовать необходимо в одной плоскости с раненым, расположив его (и его оружие) в сторону противника.



а) перед оказанием первой помощи необходимо положить ногу раненого на свое плечо

б) прижать скатку бинта без упаковки к месту пережатия бедренной артерии. Если в течении 2 минут после ранения бедренной артерии не будет наложен жгут, то раненый погибнет от кровопотери

в) наложить жгут с максимальным усилием выше места кровотечения

г) обезболить пациента инъекцией выше места наложения жгута

д) перевернуть раненого на живот до окончания боя или в таком положении транспортировать его в укрытие или к транспорту

Остановка кровотечения наложением жгута.

Подчеркнём, что жгут должен являться временной мерой и применяться по строгим показаниям!!! Это отрывы и разрушения конечностей, также артериальное кровотечение из ран выше коленного и локтевого суставов, не останавливаемое давящей повязкой. Важной причиной является невозможность осуществить остановку кровотечения наложением повязки вследствие боевой обстановки (нахождение раненого в опасной зоне). В последнем случае необходимо осуществить наложение повязки на рану и удаление бинта, как только раненый окажется в зоне относительной безопасности, и вообще при всех ранениях крайне желательно при первой возможности заменять жгут давящей повязкой на рану или вовсе его не применять.

Причина этого в том, что, по данным боевых действий в Чеченской республике, после наложения кровоостанавливающего жгута поврежденную конечность удалось сохранить только в 48% случаев. Это не считая случаев нарушения иннервации конечности вследствие сдавления жгутом нервных стволов и полного либо частичного нарушения её двигательной функции (паралича). Конечность сохранена, но неподвижна — это для пациента немногим лучше полного её отсутствия. Кроме того, правильно наложенный жгут вызывает сильнейшие болевые ощущения, не купируемые даже применением наркотических обезболивающих.

К современным жгутам, применяемым в военном деле, относятся: отечественные — жгут Эсмарха (традиционный), альфа-жгут (Бубнова) и турникетный — натовского образца.

Есть классические правила наложения жгута Эсмарха, в отечественных наставлениях они сформулированы как:

1) жгут накладывают всегда выше места ранения с целью прекращения тока крови от сердца к ране;

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

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

4) жгут накладывается выше раны максимально близко к ней;

5) для уменьшения травматизации тканей жгут накладывают так, чтобы каждый следующий его виток покрывал часть предыдущего (принцип черепицы) — на верхних конечностях, чтобы витки ложились рядом, но между их краями не было полосок кожи — на нижних;

6) концы жгута соединяют специально имеющимися на нём пластиковыми фиксаторами, которые вводят в специально для этого проделанные дырочки.

Однако наш опыт, а также опыт наших друзей по чеченской кампании привёл нас к внесению следующих коррективов:

пункт 4: жгут накладывается в типовых местах — верхняя треть плеча и бедра, ориентировочно — над нарукавным либо набедренным карманом формы военнослужащего;

пункт 5: туры жгута можно накладывать друг на друга двумя витками либо накладывать рядом;

пункт 6: концы жгута связываются.

Связано это с тем, что анатомия конечностей имеет существенное количество неровностей, суставов, где ход артерий различен, и наложение жгута во многих из этих мест не обеспечивает надёжного гемостаза. При многократных случаях наложения жгутов двумя витками друг на друга либо рядом — не выявлено никаких осложнений. Из этого следует вывод, что причина трофических нарушений конечности — не в способах намотки жгута, а в чрезмерной длительности его нахождения на конечности. Пластиковые фиксаторы часто выскакивают из дырочек, либо жгут рвётся как раз в местах этих дырочек, поэтому фиксация путём завязывания концов — надёжнее.

При наложении жгута на конечность, во-первых, надо удостовериться, что под него не попадёт какой-либо из предметов, находящихся в кармане пострадавшего (лучшим способом профилактики является наложение жгута не на карманы на форме, а выше их). Во-вторых, при наложении жгута на нижнюю конечность, в случае, если пострадавший — мужчина, необходимо быть очень внимательным, чтобы не прихватить жгутом вместе с одеждой наружные половые органы пострадавшего.

Альфа-жгут имеет следующие преимущества (согласно инструкции): его можно накладывать на голую кожу. Благодаря своей ребристой поверхности, он не повреждает подлежащие кожные покровы, сосуды и нервы. Более того, борозды жгута позволяют сохранить кровообращение по подкожным сосудам, что полностью исключает риск ампутации конечности. Резинка на конце делает крепление за-



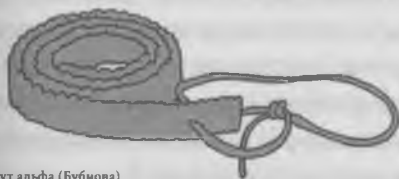
Конечность после наложения жгута летом следует охлаждать, а зимой — согревать. Плохое закрепление концов жгута, что может привести к ослаблению жгута на путях эвакуации и возникновению повторного кровотечения.



Жгут турникетный



Жгут Эсмарха



Жгут альфа (Бубнова)

При отсутствии фабричного жгута его можно заменить резиновой трубкой, веревкой, ремнем, повсом, платком, бинтом и т.п.



При первой же возможности крайне желательно рану забинтовать, жгут снять. Бесконтрольное длительное нахождение жгута на конечности чревато ее потерей.



1 Жгут накладывается выше места кровотечения и, по возможности, ближе к ране.



2 Первый тур накладываем так, чтобы короткий конец жгута приближался к телу длинным. В этом случае следующие туры накладывать гораздо удобнее - жгут не самораспускается.



3 Все туры жгута должны быть тугими.



4 После наложения жгута, на нём стоит указать дату и время его наложения.



метно более удобным, чем у Эсмарха. Считается, что его порвать невозможно, а в силу особенностей конструкции при его накладывании не обязательно соблюдать принцип «черепицы», что позволяет осуществлять его применение намного быстрее. Минусы в том, что, движимые жаждой наживы, изготовители часто выпускают его более коротким, чем положено по инструкции, и иногда его длины не хватает для надёжного гемостаза, кроме того, иногда (особенно у украинских изготовителей) он выполняется из некачественных материалов и легко рвётся, а также в том, что в рядах вооружённых сил он является относительным дефицитом и приобретать его часто приходится за свой счёт. Ещё более существенным минусом является то, что его длины недостаточно для надёжного гемостаза при ранениях нижней конечности (когда количество витков должно быть не менее двух), а также предназначенная для его фиксации резиновая петля часто рвётся — в этом случае он становится к дальнейшему применению непригодным, так как, во-первых, его длины недостаточно для того, чтобы зафиксировать его путём завязывания, во-вторых, ввиду того, что он является значительно более широким, чем жгут Эсмарха, завязать его узлом проблематично.

Турникетный жгут — разработка НАТО, при этом стоит упомянуть, что впервые они попали на нашу землю с войсками фашистской Германии. Преемственность европейских «цивилизаторских» традиций не может не радовать.

Турникетный жгут имеет заметно более сложную структуру и несколько модификаций, в том числе от-

дельные — для верхней и нижней конечностей. Он имеет застёжку типа «липучка», а внутри его протянута тесьма для утягивания, она выведена наружу и прикреплена к пластиковой палочке — закрутке. Накладывается он в тех же местах, что и обычный, при этом наложение осуществляется следующим образом: в сложенный петлёй за счёт застёгивания липучки жгут продевается повреждённая конечность пациента, он заводится на уровень наложения, после чего застёжка-липучка открывается, бинт затягивается и вновь фиксируется застёжкой-липучкой. После этого пластиковая палочка-закрутка поворачивается вдоль оси на столько оборотов, сколько необходимо для прекращения кровотечения, и фиксируется за специальные стопоры. При вдевании конечности в петлю необходимо правильно сориентировать её относительно конечности: на ней есть наклейка Time (имеется в виду время наложения жгута) — она должна быть сориентирована так, чтобы пострадавший мог её прочесть (то есть в неперевернутом для него положении).

Достоинствами данного жгута являются следующие: во-первых, в дальнейшем, после наложения бинтовой повязки и других мероприятий по остановке кровотечения, его можно плавно расслабить за счёт поворота палочки-закрутки на один оборот и так далее, зафиксировав в таком положении, при необходимости — легко усилить компрессию, повернув палочку назад. Во-вторых, и это является главным его достоинством, данным жгутом гораздо удобнее осуществлять самопомощь, особенно одной рукой.

К сожалению, у него имеется существенное количество минусов: высокая стоимость, склонность

застёжки-липучки легко засоряться всяким мусором и утрачивать функциональность, узкая функциональность (предназначенным для верхней конечности очень тяжело остановить кровотечение из нижней, аналогично как и предназначенным для нижней — остановить кровотечение из верхней).

Всё вышеизложенное определяет его оптимальную нишу в боевых условиях: это индивидуальное средство самопомощи — остановки кровотечения на этапе первой доврачебной помощи, при ранениях в верхнюю конечность.

Жгут нельзя оставлять на конечности более двух часов (зимой — один час), иначе она омертвеет. В идеале нужно каждый час, независимо от времени года, снимать жгут полностью на одну минуту, а потом накладывать вновь. Таким образом можно транспортировать пострадавшего до 12 часов. Поэтому на жгутах обязательно нужно указывать время его первичного наложения. Практически, ввиду того что написанное на жгутах время может быть затруднительно разобрать, его часто пишут на других местах, вплоть до лба раненого. Однако чаще всего писать забывают. Нам за всё время кампании ни разу не попался раненый, у которого на жгутах (или в ином месте) было бы указано время его наложения. Обязательно рекомендую обратить внимание на тот факт, который трудно оценить, находясь здесь, в тёплой и светлой аудитории. В условиях боевых действий выносят раненого с передовой одни люди, оказывают помощь в ближнем тылу на полевом медицинском пункте — другие, везут в тыл — третьи. Всё это происходит в условиях обстрелов, выражен-

ного боевого стресса и так далее, раненых много, работающий с ними персонал не всегда хорошо обучен. С учётом этого мысль, которая здесь и сейчас кажется вам дикой (как можно не знать, когда наложен жгут?), там предстаёт совсем в другом виде.

При отсутствии жгута раненую конечность можно перетянуть свернутой косынкой медицинской (платком). Завязав концы косынки, под нее подводят палку и закручивают ее до тех пор, пока не прекратится кровотечение. Чтобы такая закрутка не раскрутилась и перетяжка не ослабла, её фиксируют оставшимися свободными концами косынки, обматывая их вокруг неё и завязывая между собой.

Закруткой может служить различный материал: платок (в свёрнутом виде), ремень, тесьма, полоса ткани и т.п. Любой из этих предметов обертывают вокруг конечности выше места ранения и завязывают крепким узлом. Однако ни один из них не обеспечивает такой надёжной остановки кровотечения, как жгут, поэтому обязанность медработника — не только иметь в запасе жгуты для оказания медицинской помощи военнослужащим своего подразделения, но и осуществлять контроль наличия жгутов в индивидуальной аптечке каждого из них, а также добиваться полной комплектности индивидуальной аптечки первой помощи у каждого военнослужащего.

При этом нельзя забывать следующие правила:

1. Индивидуальный комплект первой доврачебной помощи должен однотипно располагаться у всех военнослужащих подразделения — в одном и том же кармане, если в аптечках — то на одном и том же месте и так далее. Это исключает необходимость

мучительных поисков его в спешке под огнём на теле потерявшего сознание раненого.

2. В первую очередь помощь оказывается из комплекта раненого военнослужащего, комплект парамедика (другого бойца) применяется, только если чего-то (жгутов, бинтов) не хватило при множественных, обширных и так далее ранениях.

3. Нельзя использовать для закрутки тонкие веревки, электрический провод, телефонный кабель, проволоку, так как при затягивании их на конечности могут быть повреждены мягкие ткани.

В принципе здесь и далее мы нередко будем давать вам рекомендации по использованию подручных предметов и всяких «нестандартных» методов и материалов для оказания первой помощи. При этом лично мы считаем, что если дошло до такой крайности — то или ситуация крайне критическая, или медработник подразделения — непредусмотрительный идиот, который плохо подготовился к предстоящим боевым действиям.

Как говорят инструктора спецназа: «Чтобы вступить в рукопашный бой, боец спецназа должен: потерять автомат, пистолет, нож, сапёрную лопатку, каску и гранаты. Найти ровную площадку, на которой нет ни одного камня или палки. Найти на ней такого же долбодятла, как он сам. Вступить с ним в рукопашный бой!»

Однако при этом мы прекрасно понимаем, что на войне бывает всякое (начиная с идиотов, но героических, которые тоже должны выживать, даже невзи-

рая на свою непредусмотрительность, и заканчивая различными форс-мажорами), а также исходим из того, что вооружённость самыми различными «дополнительными знаниями на крайний случай» существенно повышает психологическую устойчивость воина в бою.

При ранениях в шею для остановки кровотечения используют ППИ и жгут: ППИ, не извлекая из упаковки, накладывают сбоку со стороны повреждённой сонной артерии на неё и туго притягивают жгутом, который завязывают под мышкой со здоровой стороны.

Остановка кровотечения прижатием. Остановка кровотечения путём прижатия магистральных сосудов является очень временной и избирательной мерой: остановка любым другим способом осуществляется намного надёжнее, не ограничивает подвижность раненого либо оказывающего ему помощь. Кроме того, нужно учесть, что при ранениях и вызванных ими болевом и геморрагическом шоке мышечная сила раненого снижается быстро, что зачастую весьма значительно уменьшает вероятность удачной остановки кровотечения этим способом. Однако невзирая на вышесказанное, данный метод имеет свою специфическую нишу. Он должен применяться при огнестрельных ранениях конечностей в ближнем бою, когда пострадавший находится под сильным огневом воздействием противника. В этих условиях зачастую необходимо одновременно решить две взаимоисключающие задачи: прекратить сильное кровотечение и резко уменьшить степень

огневого воздействия на себя. Для достижения второй цели — необходимо либо занять положение «лёжа» (на открытой местности), либо убежать за ближайшее укрытие (в городе — за угол). Для достижения первой цели — осуществить собственно прижатие.

При ранениях в руку здоровая рука сжимается в кулак, поворачивается тыльной стороной кисти к себе, изгибается в лучезапястном составе так же к себе и помещается в подмышечную впадину раненой конечности, костяшками к локтевому суставу, очень плотно прижав. После этого её прижимаем в этом положении внутренней поверхностью предплечья раненой конечности к туловищу.

Если можно (нужно) залечь — тогда ладонь здоровой руки помещается в подмышечную впадину раненой руки, перпендикулярно её оси, прижать её в этом положении внутренней поверхностью предплечья раненой конечности к туловищу и лечь на бок на повреждённую конечность.

В обоих случаях кулак может быть с успехом заменён ППИ, прямо в обёртке, при этом здоровая рука остаётся свободной, что имеет огромное значение для целенаправленных действий, нацеленных на спасение военнослужащим собственной жизни (применение оружия в сторону противника, переползание и т.д.). В ситуации, когда приходится останавливать кровотечение путём прижатия, счёт идёт, как правило, на секунды, и эти мелочи могут иметь очень большое значение. Однако, с учётом крайней скоротечности данной тактической ситуации, на этот случай ИПП должен находиться даже не в аптечке, а

в кармане разгрузки либо специальном кармашке на поясе и навык его извлечения должен быть отработан до автоматизма.

При ранениях в ногу — кулак руки, одноимённой с раненой ногой, помещается на область паховой складки, ладонной поверхностью к себе — именно там проходит артерия, после чего необходимо принять положение «на животе».

Поскольку мышечный массив нижней конечности существенно мощнее, нежели верхней, а диаметр сосуда — крупнее, этот способ остановки кровотечения менее надёжен, тем более — если вместо кулака использовать ППИ.

Во многих наставлениях описаны способы остановки кровотечения «перегиб с валиком». При ранении в руку выше локтя — валик (ППИ, свёрнутое валиком полотенце и так далее) под мышку, локти стянуть сзади ремнём, при ранениях ниже локтя — валик изнутри помещается в локтевой сустав, предплечье притягивается к плечу с помощью ремня. При ранениях в ногу ниже колена — валик под колено, голеностоп притянуть ремнём к бедру, при ранениях выше колена — валик на паховую складку, нога за бедро притягивается к пояснице. Мы не рекомендуем эти способы ввиду вполне понятных причин: по продолжительности выполнения они вполне сопоставимы с наложением жгута, по степени надёжности гемостаза и удобству для пациента — существенно ему уступают. Потому их целесообразно применять исключительно в тех редких случаях, если боевая обстановка не позволяет применить наложение жгута или повязки.

Наложение бинтовой повязки. Помимо функции гемостаза, бинтовая повязка успешно выполняет целый ряд других задач: защита раны от дополнительного инфицирования и попадания в неё инородных предметов, предотвращение вторичных повреждений травмированных тканей при транспортировке, предотвращение выхода через рану наружу внутренних органов, при необходимости — герметизация раны и так далее. Она не отличается травмирующим воздействием, характерным для ранее перечисленных способов экстренной остановки гемостаза, и вместе с тем является гораздо более надёжной. Неудивительно, что наложение повязок, прежде всего бинтовых (десмургия), занимает почётное место в искусстве врачевания вообще, лечении огнестрельных ранений — в частности.

При наложении повязок запрещается:

- вытягивать наружу и заправлять внутрь что угодно, торчащее из раны: как ткани организма, так и инородные тела (осколки, прутья и так далее),
- трогать рану руками,
- промывать рану водой или другими жидкостями, кроме специально для промывания ран предназначенных,
- касаться руками или чем-то ещё той части повязки, которая соприкасается с раной.

Повязку лучше накладывать на голое тело, в случае ранения конечностей желательно учесть следующее:

- одежду с пострадавшего следует начинать снимать со здоровой стороны. Например,

если травмирована левая рука, то рубашку или бушлат сначала снимают с правой руки; если одежда пристала к ране, то ткани одежды не следует отрывать, а необходимо обрезать их вокруг раны;

- при травме голени или стопы обувь следует разрезать по шву задника, а потом снимать, освобождая в первую очередь пятку, если обут в сапоги;
- при снятии одежды или обуви с травмированной руки или ноги помогающий должен осторожно придерживать конечность.

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

В боевых условиях наиболее предпочтительно осуществлять перевязку с помощью ППИ (перевязочного пакета индивидуального — не путать с ИПП, «индивидуальным противохимическим пакетом»). В случаях его отсутствия можно пользоваться бинтом. Преимущество пакета состоит в его тщательно продуманном устройстве, специально предназначенном для оптимального применения в условиях боевой обстановки.

Прежде всего он помещён в герметичную, удобную для транспортировки и хранения обёртку с над-

резом вдоль, который позволяет быстро распечатать его. Герметичная оболочка может быть с успехом применена для герметизации ранений груди. Внутри герметической оболочки он завёрнут в бумажную и имеет булавку, которая позволяет зафиксировать витки бинта друг к другу, одежде, косынке санитарной и так далее. Бинт содержит две ватно-марлевые подушечки, которые очень удобно накладывать на рану: при слепых ранениях — обе, одна на другую, при сквозных — одна на входное отверстие, одна — на выходное (одна из подушечек специально для этой цели закреплена на бинте таким образом, что может скользить). После этого бинт фиксируется к телу многократным обёртыванием его в месте наложения подушечек, при этом надо следить, чтобы туры бинта были плотными, но не чрезмерно, и покрывали подушечки целиком, со всех сторон. После этого бинт фиксируется любым индивидуально предпочитаемым способом: продольно разрезаем его свободный конец и связываем образовавшиеся концы, обведя их вокруг тела навстречу друг другу, подворачиваем свободный конец под ранее наложенные туры, фиксируем его булавкой к ним.

ПРИМЕЧАНИЕ

Все вышеперечисленные достоинства относятся к классическому ППИ старого образца, в серой прорезиненной оболочке. «Сердюковский» пакет — в полиэтиленовой «камуфляжной» оболочке — их лишён. Во-первых, его невозможно наложить на рану грудной клетки так, чтобы её герметизировать. Во-вторых, пакет рассчитан на разрыв

не вдоль, а поперёк — соответственно, во-первых, перепачканными кровью, грязью и т.д. руками (как оно обычно бывает в боевой обстановке) его трудно разорвать — он выскальзывает; во-вторых, после разрыва оболочки его часто надо из неё выдавливать, наподобие содержимого тубика. И наконец, длина бинта часто меньше, чем у классического, и нередко случаи, когда одна подушечка отсутствует.

В отсутствие ППИ можно использовать обычный марлевый бинт, но он менее удобен, так как скользит, марается в крови и так далее.

При большом дефекте мягких тканей — заполняем его гемостатической губкой, обёрнутой вокруг бинта или тампакса, сверху прибинтовываем.

Правила наложения бинтовой повязки:

1. Больного следует усадить или уложить в удобное положение, чтобы бинтуемая область тела была неподвижна и имелся максимально удобный доступ к ране. В случае ранений головы, шеи, груди, верхних конечностей — лучше делать это в положении больного сидя, если позволяет его состояние. При ранениях живота, области таза и ног повязку лучше накладывать в положении больного «лёжа на спине», а под крестец подкладывать валик из свёрнутой одежды.

2. Бинтуемая часть конечности должна быть в том положении, в каком она будет находиться после наложения повязки. Для плечевого сустава — это слегка отведённое положение, для локтевого — согнутое под прямым углом предплечье. Область та-

зобедренного сустава бинтуют при выпрямленном положении конечности, коленного — при чуть согнутом, голеностопного — стопа устанавливается под углом 90 градусов к голени.

3. Бинтующий должен стоять лицом к больному, следить за его состоянием и избегать ненужного травмирования при наложении повязки.

4. Ширина бинта (тип бинта или другого перевязочного средства) выбирается соответственно размерам раны и типу бинтуемого сегмента тела.

5. Бинты раскатывают слева направо, против часовой стрелки, головку бинта обычно держат в правой руке, свободный конец — в левой.

6. Бинтование всегда производят от периферии к центру (снизу вверх).

7. Бинтование всегда начинают с двух-трёх закрепляющих туров (круговых витков) бинта. Их накладывают на наиболее узкую неповреждённую область тела около раны. (В случае ППИ, как мы помним, наоборот — подушечки на раны, первые же витки — поверх них).

8. Каждый последующий оборот бинта должен перекрывать предыдущий на половину или на две трети его ширины.

9. Бинт раскатывают, не отрывая его головки от поверхности тела, что обеспечивает равномерное натяжение бинта на всём протяжении повязки.

10. Если бинт израсходован, а бинтование необходимо продолжить, тогда под конец бинта подкладывают начало нового и укрепляют круговым туром, затем бинтование продолжают.



1 Разорвать вдоль герметичную упаковку пакета и индивидуального перевязочного (ППИ).



2 Вынуть бинт с двумя подушечками.



3 Развернуть в руках бинт.



4 Положить конечность так, чтобы между ней и землей оставалось пространство.



5 При слепом ранении обе подушечки должны быть с раненой стороны.



6 Если ранение сквозное — подушечки должны закрывать входное и выходное отверстие.



7 Обматывать рану нужно не оставляя торчащих краев ватно-марлевых подушечек. К оставшемуся кончику ППИ привязать другой конец.



8 Разрезать бинт надвое и обмотать с разных сторон.



9 Заправить конец бинта под перевязанную конечность.

11. Бинтование рекомендуется завершать 2–3 круговыми турами, наложенными в проекции закрепляющих туров, с которых начиналось бинтование.

12. Повязка завершается надёжным закреплением конца бинта. Конец бинта разрезают (разрывают) продольно, полученные полосы перекрещивают между собой, затем обводят вокруг бинтуемого сегмента и завязывают узлом. Закрепить конец бинта можно также английской булавкой, полосками лейкопластыря, прошить нитками либо продёрнуть кровоостанавливающим зажимом сквозь туры бинта и завязать узлом.

13. Узел, которым закреплён конец бинта, не должен находиться: в проекции раны (другого повреждения), на затылочной и височной области, на спине, на подошвенной поверхности стопы, на ладонной поверхности кисти.

Повязка должна быть аккуратной, экономичной, полностью закрывать перевязочный материал, наложенный на рану, не должна соскальзывать, разматываться и причинять больному беспокойство.

Ранения грудной клетки. При ранениях в грудную полость может проникнуть воздух и привести к опаданию легкого (так называемый пневмоторакс), а также изменению положения сердца и крупных сосудов средостения. Такое состояние очень быстро приводит к смерти пострадавшего.

Симптомами пневмоторакса являются:

- a. Трудности при дыхании.
- b. Посинение губ, десен и лица.
- c. Нарастающая боль в груди.
- d. Сильный шок.



ТАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА. Помощь при ранении в грудь.

- 1 Раненого надлежит поместить в сидячее положение для облегчения дыхания. Следует остановить кровотечение нажатием руки.
- 2 После этого на рану стоит наложить герметичную повязку.
- 3 Повязку зафиксировать лейкопластырем, оставив снизу небольшую щель для выхода воздуха при напряженном пневмотораксе.



- 4 Если ранение не сквозное, то на рану нужно положить подушку (ППИ) и бинтовать. Первые два тура кладутся поперек, следующий наискосок через здоровое плечо. Далее следует бинтовать по такому же принципу, пока не закончится бинт. Если ранение сквозное, то подушки кладутся с входной и выходной сторон отверстия раны, после чего рана перебинтовывается.



Маложение подушки и бинта при не сквозном ранении в грудь.



Маложение подушки и бинта при сквозном ранении в грудь.

Первая помощь:

Убедиться в том, что дыхательные пути чисты.

Наложить на рану герметичную оболочку ППИ прорезиненной стороной к поверхности кожи. Строго на голое тело — между оболочкой и поверхностью кожи не должно быть ничего!

Плотно (но не чрезмерно) прибинтовать круговыми турами бинта оболочку к грудной стенке.

Обезболить.

Не давать пострадавшему еды или питья.

По возможности — провести инфузионную терапию.

Обеспечить приоритетную доставку в лечебное учреждение.

Предпочтительно нахождение пострадавшего в полусидячем положении — как во время наложения повязки, так и при дальнейшей транспортировке. Это несколько облегчит его состояние.

Неплохой альтернативой бинтованию является прикрепление герметичной оболочки ППИ к поверхности грудной стенки путём приклеивания его вдоль края с трёх сторон лейкопластырем. Не прикреплённой оставляем нижнюю грань. При этом способе воздух, наполняющий плевральную полость при напряжённом пневмотораксе, может выходить наружу, и это уменьшает риск развития тяжёлых осложнений.

Ранения брюшной полости. Раненные в живот транспортируются в положении «лягушки» — на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах, колени разведены в стороны. В случае, если ор-

ганы брюшной полости не выступают из раны, нужно наложить повязку, как в случае обычного ранения. В случае, если выступают: не трогать выпавший кишечник и не пытаться засунуть его обратно, накрыть его повязкой, лучше всего специализированный бандаж для ранений живота, стандартов НАТО. Если его нет — можно использовать санитарную косынку. Косынку нужно намочить перед наложением и следить, чтобы она не высохла при транспортировке.

В случае повреждения внутренних органов в боевых условиях возможны только противошоковые мероприятия и необходима скорейшая (максимум шесть часов с момента ранения) доставка в стационар. Эти повреждения относятся к категории крайне серьезных ранений.

Симптомы: сильная боль и шок, отвердение мышц брюшного пресса.

Первая помощь при всех ранах брюшной полости:

1. Не давать пострадавшему еды или питья.
2. Остановить видимые кровотечения.
3. Обезболить.
4. Первоочередная доставка в лечебное учреждение.

Ранения тазовой области. Особенностью тазовой области является большое количество мощных магистральных сосудов, нервных стволов и костей. Соответственно, большинство ранений этой области сопровождается тяжёлыми переломами и феерическим болевым шоком.

Первая помощь: обезболить, наложить на ранения бинтовые повязки, ноги связать вместе выше ко-

лена, у щиколоток, под колени поместить свернутое валиком одеяло — в том случае, если это не вызывает у пострадавшего дополнительных болезненных ощущений. Попросить пострадавшего воздержаться от мочеиспускания настолько это возможно (лучше надеть на него специальный памперс для взрослых), возможно скорее доставить в стационар.

Обращаться с такими ранеными надлежит с максимальной осторожностью, не допуская смещения отломков костей в области перелома.

Повязки для ран образца НАТО

На современном этапе в вооружённых силах НАТО применяются разнообразные типы готовых повязок для остановки кровотечения — внешне они имеют весьма относительное сходство с традиционными, известными нам марлевыми бинтами. В большинстве случаев они упакованы в двойную герметичную оболочку, чаще всего похожи на эластические бинты, к которым заранее пришиты ватно-марлевые (либо из иных материалов) подушечки для наложения на рану. При этом они бывают (но отнюдь не как правило) пропитаны гемостатическими составами и имеют разнообразные специальные пластиковые конструкции, облегчающие затягивание их одной рукой и последующую фиксацию. Хороший гемостаз обеспечивается тем, что данный бинт является эластическим и с пластиковым фиксатором, обеспечивается плотное утягивание краёв раны и надёжный гемостаз при тяжёлых ранениях. Кроме того, они прошиты толстой нитью и при разматывании, будучи выпущенными из руки, не упадут концами в грязь.

Отличаются они между собой преимущественно размерами, маркируются по ширине — в зависимости от типа ранения и размера ранения, для наложения на которое предназначены. Для герметизации ранений грудной клетки их оболочка малопригодна — парамедики НАТО обычно для этой цели используют специальный пластырь с клапаном.

Положительными их качествами являются относительное удобство наложения, особенно одной рукой, и пропитка гемостатическими веществами (в тех случаях, когда она есть). Недостатками — высокая стоимость. При этом их достоинства непропорциональны стоимости — иначе говоря, в большинстве случаев применение отечественных ППИ и гемостатиков типа аминокaproновой кислоты, гемостатических губок и так далее позволяет достигать вполне сопоставимых результатов при несопоставимых затратах.

Применение санитарной косынки

В очень многих случаях удачным дополнением к ППИ либо его заменой является санитарная косынка классического образца. Прежде всего — она позволяет иммобилизовать конечности при огнестрельных переломах.

В случае ранения в руку (ниже локтевого сустава и выше запястья) это производится следующим образом: косынка подводится серединой под кисть повреждённой руки, её концы перекрещиваются на уровне глаз пострадавшего, а потом завязываются на шее раненого, сзади. После этого косынку захватываем на уровне предплечья раненого, у его пальцев и

локтя, и одновременным движением расправляем её в сторону пальцев и локтя соответственно и укутываем ею руку — со стороны пальцев и локтя. Со стороны локтя косынку туго натягиваем и оборачиваем ею локтевой сустав снаружи внутрь, после чего закрепляем её булавкой. Соблюдение этого алгоритма позволяет плотно прижать руку к корпусу, что предотвращает её травматизацию при движениях.

В случаях ранения в плечевой сустав косынку кладут серединой на раненое плечо, на один узел завязывают под мышкой здоровой руки, оборачивают плечевой сустав углом косынки, фиксируют угол косынки булавкой, после этого на выдохе подтягивают узел под мышкой и завязывают поверх него второй.

При этом косынка сама по себе редко обеспечивает хороший гемостаз, её функция скорее — укрыть рану либо покрывающую её бинтовую повязку. В местах, где поверхность имеет сложную форму, а подвижность повышена, таких как плечевой сустав, косынка предотвращает сползание и разматывание повязки и защищает её от загрязнения.

При ранениях и травмах кисти косынку подвёртывают вдоль её длины так, чтобы образовалось подобие тонкого жгута, накладывают на тыльную поверхность кисти, жгутом на запястье, углом — вперёд, угол подворачивают на ладонную поверхность кисти и прижимают к запястью с этой поверхности, после чего фиксируют путём завязывания оставшихся свободными «хвостов».

Нечастым, но весьма тяжёлым является ранение в живот, обычно осколочное, при котором образуется крупный дефект брюшной стенки и через него выпя-



ТАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА. Фиксация сломанной конечности.

1



Шину Крамера следует обложить ватой, перебинтовать или обмотать тканью для мягкости.

2



Шину стоит фиксировать повязкой к конечности.

3



Руку функционально иммобилизовать косыночной повязкой.

1



Поврежденная рука сгибается в локте под прямым углом и помещается чуть ниже середины косынки.

2



Нижний угол косынки огибает предплечье и поднимается наискось вверх к одноименному плечу.

3



Верхний угол поднимается к противоположному плечу. Проверяется положение руки, и оба конца завязываются углом сзади на шее. Верушка косынки огибает локоть и фиксируется.



Для стабилизации и разгрузки шейного отдела позвоночника при травмах и переломах применяется шейный бандаж. Подбородок пострадавшего должен быть слегка приподнят. Для обеспечения надежной фиксации на бандаже должен быть выбран подходящий размер.

чивается наружу (так называемая эвентрация) петли кишечника. Заправлять их ни в коем случае нельзя!

В этом случае наложить повязку с помощью бинта невозможно. Нужно аккуратно накрыть их косынкой, завязать её концы на спине пострадавшего, а нижний угол аккуратно заправить за брючный ремень раненого. Если по каким-либо причинам брючный ремень отсутствует, нужно несколько раз вдоль свернуть вторую косынку и обвязать ею низ живота раненого на манер пояса, а угол верхней косынки заправить за него. Косынку после этого нужно пропитать питьевой водой и следить, чтобы она не высыхала, так как высыхание петель кишечника делает и без того сильные страдания раненого ещё более невыносимыми.

Очень полезна косынка при ранениях в паховую область. В этом случае чаще всего имеет место сильное кровотечение и болевой шок, множественные огнестрельные переломы костей, при том что эта зона, так же как плечевой сустав, неудобна для наложения бинтовых повязок и высокоподвижна. В этом случае косынка обёртывается вокруг талии и завязывается спереди, её угол проводится в промежность раненого сзади наперёд и подвязывается к узлам косынки спереди — получается импровизированный подгузник. Больной в этом положении занимает позу «лягушки», для облегчения его страданий рекомендуется связать его голеностопные суставы второй косынкой и вставить между коленными суставами какой-нибудь предмет типа валика.

При переломах рёбер угол косынки подворачивается вдоль её длинной стороны так, чтобы образовалась лента шириной не менее десяти сантиметров

(ширина ладони взрослого мужчины), и ею обвязывается грудная клетка пострадавшего на уровне переломов, узел затягивается с противоположной перелому стороны грудной клетки, просим больного выдохнуть и поверх этого узла затягиваем второй. В случае множественных переломов у больного развивается сильный болевой шок и расстройство дыхательной функции. В этом случае высокоэффективна местная анестезия новокаином либо лидокаином — игла вводится в межрёберные промежутки в области перелома, на глубину примерно 2 см, и через неё межрёберные мышцы инфильтрируются раствором новокаина примерно по 5 мл в одну точку. Иглу нужно вводить по верхней поверхности ребра (по нижней проходит сосуд), поле, где будут производиться инъекции, — обработать йодом.

При ранениях волосистой части головы косынку можно наложить поверх бинтов — особенно в случае сильного кровотечения, большой запылённости окружающей среды. В этом случае косынка защищает бинты от загрязнения и предотвращает их разматывание. Косынка заматывается на голове традиционным способом — угол на затылок, концы завязываются вокруг него.

При переломах нижних конечностей сломанную конечность фиксируют свёрнутыми в ленту косынками к здоровой, если в распоряжении нет специализированной иммобилизационной шины.

Остановка кровотечения наложением зажима. При некоторых видах ранений остановка кровотечения наложением зажима на кровоточащий со-

суд является не просто оптимальным, а практически единственным способом остановки кровотечения. Это относится прежде всего к отрывам конечности очень близко к плечевому либо тазобедренному суставу, когда оставшейся от конечности культя недостаточно для полноценного наложения жгута, а повреждённый магистральный сосуд имеет крупный диаметр и наложением бинтовой повязки кровотечение остановлено не будет. В этих случаях исключительное значение имеет наличие в индивидуальной аптечке парамедика зажима — с кончиками браншей без зубчиков и с кремальерой. Пальцы продеваем в кольца (большой и средний, указательным удерживаем кольцо, в который продет средний, снаружи), размыкаем кремальеру, второй рукой ватно-марлевой салфеткой либо другим аналогичным предметом промокаем рану, чётко визуализируем для себя источник кровотечения (струя крови, бьющая из тканей) и накладываем бранши зажима на её основание, пережимая их кончиками ткани в основании струи. Сжимаем бранши. После этого осуществляем тщательный гемостаз путём промывания тканей аминокaproновой кислотой, наложения на них гемостатических губок и накладываем на рану бинтовую повязку, при этом её турами аккуратно фиксируем зажим, чтобы при транспортировке он не соскочил.

Дополнительные мероприятия по остановке кровотечения. При существенном разрушении тканей (например, при минно-взрывной травме), ранениях с обширным дефектом тканей и так далее рекомендуется дополнять наложение бинтовой повязки

местным и общим применением гемостатических средств. Рану можно промыть аминокaproновой кислотой, покрыть специальными гемостатическими губками, ввести больному внутримышечно или внутривенно дицинон, викасол, этамзилат и другие препараты, повышающие свёртываемость крови.

Аналогом разработок НАТО является отечественный препарат «Гемостоп», весьма дефицитный и имеющий довольно противоречивые отзывы. Аналогично первым химическим гемостатикам, разработавшимся НАТО, он вызывает ожоги раневой поверхности.

ВНИМАНИЕ!

Прижигать раны, покрывать их пеплом, песком и т.д. строго запрещается!

К внутривенным инфузиям (постановке капельницы) необходимо относиться взвешенно. С одной стороны, при тяжёлой кровопотере они совершенно необходимы, так как позволяют путём восстановления ОЦК (объёма циркулирующей крови) восстановить давление и спасти жизнь больного. С другой стороны, ещё в Афганистане было отмечено, что переливание крови даёт худшие результаты в плане спасения жизни, нежели переливание плазмы крови и кровезамещающих растворов (простейший вариант — физраствор). Военные медики НАТО провели комплексные исследования и установили, что в случаях, когда систолическое давление не опускается ниже 90 мм рт. ст., а пульс не поднимается выше 120 уд/мин, переливание кровезамещающих жид-

костей способно существенно нарушить функционирование свёртывающей системы крови и привести к тяжёлым последствиям, вплоть до летальных.

Гемостатики НАТО

Первоначально в НАТО применялся «КвикКлот» (QuikClot), позже «Селокс» (Celox). «Порошковый гемостатик не всегда удобно применять в поле, он рассыпается при малейшем ветре. Порой не получается засыпать его на всю глубину раны. Часто требуется два, а то и три-четыре пакета», — высказал свое мнение «Военно-промышленному курьеру» медик одного из подразделений специального назначения Минобороны России. Мы целиком согласны с его мнением, как, видимо, и сами разработчики, потому что помимо порошка они сейчас поставляют так называемые аппликаторы и пропитанные гемостатиком бинты для тампонирования раны.

Аппликатор (внешне немного похож на одноразовый шприц без иголки) вводим в рану и, просто давя на поршень, выжимаем препарат в виде геля. Бинт, пропитанный кровоостанавливающим составом, для надёжного гемостаза нужно не только обмотать вокруг участка повреждения, но и плотно его прижать.

Если раньше после применения вызывающего ожог гемостатика у врачей было больше работы при обработке раны, то сейчас при использовании препаратов на основе хитозана в месте ранения образуется гелеобразный сгусток, который легко извлекается врачами.

Основные современные гемостатики НАТО: Combat Gauze, Celox, QuikClot, Hemcon, X-Stat, Expanding Gauze и др.

В завершение — для общего развития

В НАТО для гемостаза используются:

1. Жгуты (CAT, SOFT-T, EMT, MAT, RMT, SWAT, ОНТ, ТК-4 и др.).
2. Эластические повязки (Emergency Bandage, H-Bandage, AirWrap и др.).
3. Местные гемостатические средства (Combat Gauze, Celox, QuikClot, Hemcon, X-Stat, Expanding Gauze и др.).
4. Компрессирующие устройства (Combat Ready Clamp, Abdominal Aortic Junctional Tourniquet, SAM Junctional Tourniquet, Junctional Emergency Treatment Tool).

Последнее — это различные устройства для прекращения внутриполостного кровотечения, прежде всего при ранениях в живот и область таза, однако пока они находятся преимущественно на стадии разработки.

1.2.3. Травмы: ушибы, растяжения, вывихи

При любых травмах оптимальным является следующий алгоритм действий:

1. Наложение повязки (остановка кровотечения, если оно есть).
2. Создание покоя (иммобилизация).
3. Обезболивание (местное охлаждение при возможности).
4. Придание конечности возвышенного положения.

5. Обильное питьё (кроме травм живота).

6. Эвакуация в лечебное учреждение.

В боевых условиях возможно соблюдать не все их, в первую очередь ограничены возможности охлаждения, могут быть трудности с питьём и так далее. Самыми важными являются: ОИЭ (обезболивание — иммобилизация — эвакуация).

Основные правила транспортной иммобилизации:

1. Должна выполняться на месте травмы и в возможно более ранние сроки после неё.

2. Средства иммобилизации (шины и т.д.) накладывают, как правило, поверх обуви и одежды, исключение — травмы в области голеностопного сустава и открытые переломы.

3. Иммобилизация в функциональном положении: рука — согнута под углом 90 градусов в локтевом суставе, кисть обращена к животу или направлена вниз, лежит на шине, пальцы полусогнуты — в них вкладываем ком ваты или аналогичный предмет. Нога — в прямом положении, ступня приведена к себе, под 90 градусов.

4. Перед наложением шины необходимо поместить между её поверхностью и костными выступами, а также крупными суставами слои ваты, во избежание болевых ощущений и пролежней. Металлические шины нельзя накладывать без предварительного обматывания их бинтами, прокладывания полосами ваты и так далее.

5. При наличии раны — сначала накладывается повязка на неё, и лишь затем — сверху шина. Перед наложением шины кровотечение должно быть на-

дёжно остановлено. Весьма нежелательно накладывать шину поверх жгута.

6. Бинт или другой материал, фиксирующий шину к телу, должен охватывать её плотно, но без нарушения кровообращения, в холодное время года перед транспортировкой конечность в шине следует утеплить, если конечность нижняя — как минимум расслабить шнуровку, но можно и снять ботинок.

Наиболее распространённым, при этом чаще всего лёгким видом травмы является ушиб мягких тканей. Симптомы — припухлость, локальная болезненность, часто — местное кровоизлияние. Лечение: на область ушиба — тугую повязку (для повязок при многих видах травм лучше всего подходит эластичский бинт, минимум один обязательно должен быть в укладке парамедика), конечности создать покой, по возможности — возвышенное положение и местно приложить лёд. Если кратко: повязка — обезболивание — иммобилизация — эвакуация (ПОИЭ). Из препаратов местного действия мы можем рекомендовать гель «Бодяга» (диклофенак плюс экстракт растения с этим названием). Он обладает не только выраженным обезболивающим действием, но и хорошим противовоспалительным, рассасывающим эффектом, способствует быстрому уменьшению гематом.

При травмах связок и сухожилий симптомы: резкая болезненность в области суставов, нарушение или отсутствие подвижности в суставе. Лечение: ПОИЭ. При этом надо понимать, что если растяжение связок и сухожилий при покое и минимальном лечении в виде местного применения обезболива-

ющих мазей, как правило, проходит, то их разрыв может быть излечен только путём оперативного вмешательства.

При вывихах симптомы: нарушение обычной формы сустава, неестественное положение и полная неподвижность конечности, резкая боль в области повреждённого сустава. Алгоритм лечения аналогичен — ПОИЭ, при этом нельзя пытаться вправить вывих, так как трудно определить, вывих это или перелом.

1.2.4. Переломы костей: закрытые и открытые — конечностей, позвоночника, таза, ребер, ключицы

Переломы — один из самых тяжёлых видов тулой травмы. Различают: полные (кость переломлена полностью) и неполные — имеет место её надлом или травма, открытые и закрытые. Симптомы: резкая припухлость в месте перелома, крайняя болезненность при пальпации, сквозь ткани пальпируются (при открытых — просматриваются) острые края костей или их обломков, неправильная, необычной формы конечность, укорочена или подвижна в том месте, где нет сустава. Также прослушивается характерный твёрдый хруст (крепитация) — признак того, что при надавливании в области повреждения отломки костей трутся друг о друга. Как правило, подвижность конечности в сегментах ниже перелома — отсутствует либо резко снижена. Перелом сопровождается сильнейшим болевым шоком.

При открытых имеет место нарушение целостности кожных покровов в области перелома. Алгоритм лечения: для закрытых — ОИЭ (обезболивание — иммобилизация — эвакуация), для открытых — ПОИЭ.

Иммобилизация обязательно должна включать оба сустава, граничащих с участком перелома, например, при переломе предплечья шина должна захватывать лучезапястный и локтевой суставы. При отсутствии шин и подручных средств верхнюю конечность фиксируют к туловищу (см. косынка, или прибинтовывают), нижнюю — к здоровой ноге.

Довольно частыми являются переломы рёбер. При этом, если перелом — в одном месте и одного ребра, он не имеет длительных последствий: заживает за пару недель — месяц, его единственный симптом — локальная болезненность в его области, усиливающаяся при дыхании. Намного более опасны множественные переломы рёбер в нескольких местах — в этом случае образуется как бы участок грудной клетки, который не связан с остальным её каркасом, и при дыхании он даёт эффект «парадоксального» дыхания — на вдохе — западает, на выдохе — выпячивается. Тем самым он существенно нарушает дыхательную функцию у пациента и приводит к крайне тяжёлому его состоянию, вплоть до летального исхода.

Симптомы:

- a. Боль, усиливающаяся при вдохе.
- b. Дыхание поверхностное, короткое.
- c. Возможна деформация.
- d. При ощупывании поврежденного места слышно потрескивание.

Для диагностики перелома рёбер (отличия его от ушиба) нужно аккуратно сдавить грудную клетку на уровне предполагаемого перелома — не в его месте, а по бокам от него (если повреждение — сбоку, по подмышечной линии — сдавливаем грудную клетку, положив на неё руки спереди и сзади, по сосковой и лопаточной линиям. Если повреждение на передней или задней стороне туловища — сжимаем его с боков, положив руки на подмышечные линии). В случае, если это перелом, а не ушиб, при таком сдавлении наблюдается резкая болезненность в области повреждения.

При любом переломе рёбер не только основным симптомом, но и причиной развития патологического процесса является боль при дыхании. Грудная клетка движется, это вызывает смещение отломков. Наличие боли, в свою очередь, нарушает нормальное дыхание пациента.

Потому алгоритм — ПОИ (повязка — обезболивание — иммобилизация) при единичном переломе рёбер, ПОИЭ — при множественном. Повязку нужно накладывать широкую, например санитарной косынкой (рассматривали выше), свёрнутой в несколько раз простынёй и так далее. Она оборачивается вокруг грудной клетки на уровне травмы и завязывается на противоположной от травмы стороне, при этом необходимо, чтобы она своими краями заходила минимум за два здоровых ребра, лежащих выше и ниже уровня рёбер сломанных. Обезболивание можно провести не только общее, но и местное — путём введения в ткани в области травмы новокаина, лидокаина и т.д. Для этого необходимо больного раз-

деть, обработать область повреждения спиртовой салфеткой и, аккуратно вводя иглу шприца по верхней поверхности ребра (на нижней проходит довольно крупная рёберная артерия!) на глубину примерно полутора сантиметров, ввести в межрёберные мышцы местный анестетик. В случае, если пациент очень тучный, глубина введения может быть больше. Данный метод существенно облегчает состояние пациента, но требует относительно спокойной обстановки и хорошего навыка манипуляций — в отсутствие этих факторов лучше не рисковать, а доставить пациента в лечебное учреждение.

Переломы позвоночника — один из тяжелейших и опаснейших видов травм, возникают при падениях (особенно с высоты), огнестрельных ранениях в его область и так далее. В случае, если имеется подозрение на его наличие, никакое самолечение в полевых условиях не может быть возможным. Единственным способом помощи больному является как можно более оперативная и в то же время щадящая транспортировка в лечебное учреждение. Она должна осуществляться строго на твёрдых носилках (так называемый «щит»), при этом на носилки больного нужно класть минимум втроём: один берётся со стороны головы, при этом его ладони находятся на тыльной поверхности шеи, а предплечья поддерживают голову, один — за поясницу, один — за ноги, поднимать его строго одновременно, чтобы его организм от макушки до пят был максимально близок к прямой линии.

При подозрении на перелом шейного отдела позвоночника необходимо в первую очередь иммоби-

лизовать его путём наложения импровизированной либо специализированной шины (так называемый «корсет»).

Переломы нижней челюсти (в том числе огнестрельные) — нередкая травма, принцип тот же, что и в иных случаях (ОИЭ при закрытых, ПОИЭ при открытых) — при этом для иммобилизации рекомендуется вставить в рот пострадавшего в поперечном положении палочку, и подвязать её за концы к чепчику, надеваемому на голову.

В ходе транспортировки раненого с переломами нужно иметь в виду, что возможны самые разнообразные осложнения: кровотечение — как первичное (сразу после повреждения), так и вторичное — вследствие выталкивания кровяного сгустка (тромба), закупорившего рану сосуда, или вследствие ранения сосуда острыми осколками кости при переломе, или вследствие неумелого, неосторожного оказания первой помощи, плохой иммобилизации конечности шинами, во время транспортировки раненого по плохой дороге, переохлаждение конечности и её последующее отморожение, повреждение нервных стволов отломками и осколками кости, череватое болевым шоком, и так далее.

1.2.5. Травмы головы. Контузии, сотрясения мозга, огнестрельные ранения, закрытые и открытые черепно-мозговые травмы

Голова — один из важнейших органов человеческого тела, недаром даже в самых легковооружённых войсках с незапамятных времён её постоянно

старались защитить — если не шлемом, то хотя бы плотной повязкой. При этом надо учитывать, что помимо пулевых и осколочных ранений, а также контузий вследствие близких разрывов, в условиях боевых действий — в поле, в окопе, при работе на бронетехнике — очень велика опасность травмирования головы при ударах ею о твёрдые предметы окружающей обстановки, в особенности при падении. Такие удары могут послужить причиной черепно-мозговых травм, рубленых ран головы и явиться причиной серьёзного ухудшения состояния здоровья и даже смерти пострадавшего. По нашему опыту, за исключением активной наступательной фазы боевых действий, количество повреждений головы вследствие её тупой травмы примерно соответствовало количеству огнестрельных ранений её.

Поэтому настоятельно рекомендуем в боевой обстановке обязательно применять головной убор: как минимум — бандана, далее по нарастающей защитных свойств — плотная вязаная шапочка (подшлемник) — танкистский шлем — защитный пластиковый шлем — каска. Особенно это относится к экипажам бронетехники.

Особое значение имеют контузии.

Во-первых, чтобы получить пулевое либо осколочное ранение, нужно непосредственно оказаться на пути ранящего снаряда, причём нужно, чтоб в том участке тела, в который он попадёт, не было ни бронезилета, ни разгрузки с магазинами ни иных помех к проникновению в тело. Ударная волна, вызывающая контузию, распространяется во всех направлениях со стороны взрыва и так или иначе

повреждает всех, оказавшихся в радиусе её действия.

Во-вторых, в отличие от ранений, контузии, как и сотрясения головного мозга, имеют кумулятивный эффект — повреждения ЦНС (прежде всего — головного мозга) от каждой следующей из них суммируются с предыдущими.

В-третьих, если ранения либо травмы традиционно вызывают повышенное внимание, а основные алгоритмы их лечения достаточно известны, то контузиями, особенно в боевой обстановке, часто пренебрегают как сами получившие ранение, так и медики.

Тяжёлые контузии могут вызывать потерю сознания, судороги, расстройства дыхательной и сердечно-сосудистой деятельности. Очень опасным в боевой обстановке последствием контузий является повышение двигательной активности, неконтролируемое возбуждение военнослужащего: в этом случае он выступает существенным дестабилизирующим фактором для всего подразделения, поскольку может как бесполезно погибнуть сам — подорвавшись на минах либо бесцельно подставившись под огонь противника, так и создать проблемы всему своему подразделению: начиная с того, что демаскирует его, заканчивая тем, что может открыть огонь по своим.

В зависимости от тяжести различают три степени контузии. При легкой контузии бывает дрожание конечностей, головы, заикание, пошатывание, понижение слуха.

Для контузии средней тяжести характерны неполный паралич конечностей, частичная или полная

глухота, нарушение речи, отсутствие реакции зрачков на свет.

Тяжелая контузия сопровождается потерей сознания, прерывистым и судорожным дыханием, из носа, ушей и рта выделяется кровь, возможны судороги и произвольные движения конечностями.

Повреждения головного мозга. Любое ранение в голову может привести к повреждению мозга. Это может проявиться в виде:

а) сотрясения мозга;

б) сдавления мозга. Давление на мозг в результате кровоизлияния или вмятины на месте перелома.

Симптомы повреждения головного мозга. Ниже приводятся два типа симптомов.

Сотрясение: цвет лица бледный; кожа — бледная; дыхание учащенное и поверхностное; температура ниже 36,7 °C (98 °F); глаза и зрачки — расширенные или уменьшенные, но одинаковые; мускулатура вялая.

Сдавление: лицо покрасневшее или посиневшее; кожа — покрасневшая, сухая и горячая; дыхание замедленное, глубокое и с шумами; температура высокая, вплоть до 41,1 °C (106 °F); пульс медленный и отчетливый; глаза и зрачки расширенные, могут быть неодинаковые; возможен паралич мускулатуры.

Изменение симптомов. Сотрясение может привести к сдавлению. При ранениях головы нельзя давать морфий, т.к. это может скрыть изменение симптомов. Пострадавшие, потерявшие сознание от ранений в голову, в срочном порядке должны быть доставлены в лечебное учреждение.

Лечение в боевой обстановке — покой — эвакуация.

При нарушении у пострадавшего сердечной деятельности:

— инъекции 20%-ного масляного раствора камфоры (2–4 мл под кожу);

— инъекции кофеина (1 мл 10%-ного раствора под кожу).

При нарушении дыхания:

— делаем искусственное дыхание;

— инъекция лобелии (0,5–1,5 мл 1%-ного раствора внутривенно или внутримышечно).

Ещё можно рекомендовать лазикс (фуросемид) внутримышечно — 2–3 ампулы по 2 мл.

Совсем схематично можем сформулировать следующим образом:

В случае тяжёлой контузии, когда пациент без сознания: поворот на бок, чтобы не было западения языка и аспирации рвотными массами, если есть возможность возвышенного положения верхней половины туловища и головы (до 20 градусов), тоже хорошо. С воздуховодом не усердствуем — можно спровоцировать рвоту! БУДИТЬ НЕ НАДО!!! если уже впал в бессознательное состояние — это более благоприятно для мозга (никаких дыхательных аналептиков и пробуждающих не надо!), смотреть, чтоб дышал! Если не дышит — начали искусственную вентиляцию.

Если в сознании — максимальный покой, чтобы не раздражали свет и звук. Учитывать, что может быть тошнота и рвота в любой момент — поэтому

оптимальное положение НА БОКУ! Аккуратная транспортировка и постельный режим в течение 7 дней! Можно холод на голову или влажную ткань. Больше особой помощи не требуется! Если сильно болит голова — можно анальгетики, но без добавления спазмолитиков (лучше типа кетопрофена, кетонала).

Частым сопутствующим контузиям повреждением являются травмы ушей — прежде всего, разрыв барабанных перепонок. Эта травма характеризуется сильной болью, потерей слуха, головокружением и кровотечением из ушей. Меры первой помощи:

- а) наложить повязку на поврежденное ухо;
- б) дать обезболивающее;
- в) доставить в лечебное учреждение.

Проникающие ранения головы — один из самых тяжёлых видов ранений, будь они хоть пулевыми, хоть осколочными. При них часто происходит повреждение головного мозга, разрушения крупных сосудов с соответствующим кровотечением. Лечебные мероприятия — остановка крови и доставка в лечебное учреждение как можно быстрее. При этом надо учитывать, что кора головного мозга (как и другие его части) исключительно чувствительна к механическому воздействию, и довольно стандартный при ранениях других частей тела метод остановки кровотечения путём тампонады раневого канала гемостатической губкой здесь можно проделывать лишь крайне аккуратно и в исключительных случаях. Кроме того, при перевязке нужно быть аккуратным, чтобы от давления наших рук на поверхность головы пациента отломки его костей не сместились внутрь, в ткань мозга.

1.2.6. Ожоги: термические, химические. Поражения электротоком

Ожог — это повреждение тканей живого организма вследствие воздействия высокой температуры, электротока, химических веществ или радиоактивных излучений.

В боевой обстановке наиболее частыми являются термические ожоги — открытым пламенем, напалмом, белым фосфором, нагретыми предметами (броня боевых машин). Химические встречаются значительно реже, возникают вследствие воздействия агрессивных жидкостей — чаще всего кислот и щелочей. При поражениях электротоком ожоги также часто имеют место, но главным следствием их является комплексное нарушение деятельности систем организма.

При ожогах наибольшее значение имеют их площадь, а также степень (глубина повреждения тканей). Для оценки площади принято использовать правило «девяток»: вся поверхность головы и каждой из верхних конечностей — по 9% от общей поверхности тела, поверхность каждой из нижних конечностей — по 18%, передняя и задняя поверхность тела — 18%, область паха — 1%.

В зависимости от продолжительности и интенсивности воздействия различают ожоги 4 степеней тяжести:

I — покраснение кожи;

II — образование пузырей с прозрачной жидкостью;

III — омертвление кожи на различную глубину, с образованием плотного струпа серого или чёрного цвета;

IV — омертвление не только кожи, но и глубже лежащих тканей (мышц, костей). Может наблюдаться даже обугливание.

I и II степень относятся к поверхностным и заживают самостоятельно через пару недель. III и IV, как правило, требуют длительного хирургического лечения. Вследствие их в организме развивается ожоговая болезнь, её тяжесть зависит от глубины и площади ожога.

Поверхностные опасны для жизни при площади поражения кожи свыше 50%, при глубоких гибель пострадавшего возможна при площади их 15–20%.

Опасность ожога состоит в нарушении самой важной функции кожи — барьерной, т.е. защищающей организм от проникновения микробов, в большом количестве находящихся на поверхности кожи.

Электрические ожоги возникают в местах прохождения тока. Они обычно наблюдаются в области пальцев, сгибательной поверхности суставов рук, характеризуются большой глубиной поражения кожи (вплоть до обугливания) и длительным течением.

Первая помощь при термической травме: прекратить воздействие травмирующего фактора, вынести из очага поражения, потушить пламя, удалить тлеющую или обгоревшую одежду. При прилипании ткани к коже — не отрывать! Охладить (лучше всего — водой комнатной температуры, в течение 15–20 минут сразу после получения ожога, независимо от площади и глубины поражения). Обезболить, дать

антигистаминный препарат (супрастин, тавегил, кларитин), оценить площадь и степень поражения, наложить асептическую повязку, дать питьё, укутать и эвакуировать.

Для тушения пламени на человеке нужно:

- положить пострадавшего на землю, прижать к ней горящий участок;
- набросить на пламя плотный материал (плащ-палатку, брезент, шинель и т.д.) и плотно прижать;
- забросать горящий участок почвой (песком, глиной, сырой землёй) или залить водой;
- напалм и белый фосфор не тушатся воздействием воды!

Для местной обработки ожогов лучше всего использовать: пантенол и специальные противоожоговые повязки типа «Аполло».

ПРИМЕЧАНИЕ

При нахождении внутри горящих объектов (зданий, бронетехники) серьёзную опасность представляет дым, насыщенный окисью углерода, — его вдыхание легко может привести к потере сознания и последующей гибели. Для предотвращения такого исхода дышать (до покидания задымлённой зоны) нужно сквозь ткань, пропитанную как минимум водой. Однако вода очень быстро утрачивает нейтрализующую по отношению к СО функцию. По опыту боевых действий: дыхание сквозь одежду, пропитанную кровью, позволяет продержаться в очаге за-

дымления значительно дольше, так как содержащиеся в крови вещества, прежде всего гемоглобин, оказывают существенно более сильное связывающее действие на окись углерода.

1.2.7. Обморожения и переохлаждения

При воздействии низких температур возможны два вида патологических процессов: обморожения (отморожения) — локальное нарушение температурного режима в каком-либо участке тела и переохлаждения — общее нарушение температурного режима в организме.

Возникновению их способствуют: влажный воздух, ветер, длительное неподвижное положение, плохое питание, кровопотеря, сырая и тесная обувь и одежда.

Обморожению (отморожению) чаще подвергаются периферические части тела: конечности, нос, уши. Симптомы: вначале — небольшая боль и покалывание, локальное покраснение, затем — исчезновение чувствительности, побледнение вплоть до белизны. Если отогреть конечность сразу — она через 3–4 часа принимает обычный вид. Если отморожение длится долго — на коже появляются пузыри и местами начинается омертвление. Опасность отморожения значительно увеличивается при температуре воздуха ниже -10 градусов, высокой влажности и сильном ветре, хотя они возможны и при слабopоложительной температуре.

По глубине поражения различают четыре степени отморожения.

I — сначала — побеление кожи и потеря чувствительности, позже — синюшная окраска кожи, отёчность, зуд

II — омертвление поверхностных слоёв кожи, появление пузырей, наполненных светловатой жидкостью

III — омертвление кожи и подкожной клетчатки, пузыри с кровянистой жидкостью

IV — омертвление всех тканей поражённого участка до кости включительно.

При обморожении нужно: прекратить воздействие травмирующего фактора, при необходимости — переодеть в сухую одежду, укутать в одеяло. Наложить теплоизолирующую повязку, доставить в тёплое место, дать обильное горячее питьё, накормить горячей пищей, эвакуировать в лечебное учреждение.

ВНИМАНИЕ!

Не допускается растирание повреждённого места снегом, шерстяной или грубой тканью, спирт-содержащими жидкостями, приём спиртного, использование открытых источников огня (костёр, факел).

При общем переохлаждении организма первыми признаками являются сонливость, апатия, безволие. В дальнейшем происходит потеря сознания, сопровождающаяся угнетением всех жизненных функций с угрозой жизни.

Алгоритм действий — аналогично обморожению.

ВНИМАНИЕ!

Не допускаются помимо перечисленного — физические нагрузки, отпаивать в случае ослабления глотательного рефлекса.

Для общего понимания: все местные виды воздействия на кожные покровы запрещены потому, что верхние слои тканей переохлаждаются в первую очередь. При энергичном воздействии на них — механическом либо термическом, существует значительная вероятность повреждения их с развитием в дальнейшем патологических процессов, вплоть до некротических. «Отогреть» их надо изнутри — по мере восстановления температурного режима и кровообращения сначала восстанавливается температурный режим в глубже лежащих тканях, затем — в более поверхностных.

Великий Пирогов сказал: «Фунт профилактики стоит пуда лечения». В отношении отморожений и общего переохлаждения организма это изречение верно, как нигде. Прежде всего — необходим уход за ногами: непромокающая обувь по размеру, всегда сухие и чистые носки или портянки, как можно более тщательно вымытая при каждом удобном случае с хозяйственным мылом кожа ног. Аналогично необходим комплект тёплой одежды, при этом оптимальной формой является принцип «луковицы» — лучше много различных видов одежды (термобельё — толстовка — свитер — верхняя одежда), чем один тяжёлый тулуп или шуба. Дело в том, что погода переменчива, и если в одежде

днём — жарко, то вспотевший организм вечером неизбежно будет переохлаждён. Если позволяют финансовые условия, рекомендуем использовать форму из ткани типа «гортекс» — она выводит наружу испаряемую телом влагу и не пропускает влагу из окружающей среды внутрь. Это способствует оптимальному температурному режиму как при высоких, так и при низких температурах. Разумеется, нельзя забывать о правильной организации стационарных постов, оборудовании мест обогрева (чаще всего печки-буржуйки, иногда бочки с дровами) и отдыха личного состава (отапливаемые помещения, как минимум — землянки, лучше — блиндажи). В настоящее время доступны очень компактные и весьма тёплые термоодеяла для раненых (в случае холода здоровый также может им воспользоваться), а также различные химические грелки — но это больше актуально для всяких разведывательно-диверсионных групп. Для обычных войск, тем более иррегулярных формирований, такая «экзотика» чаще всего является недоступной, но при правильной организации действий — чаще всего и ненужной.

Помимо переохлаждения крайних степеней, при котором возникает непосредственная угроза для жизни, в боевых условиях значение имеет гипотермия в менее выраженной степени.

Чем гипотермия опасна в боевых условиях:

1. Даже при лёгкой гипотермии теряется подвижность мышц. В частности, кистей рук. Это напрямую влияет на способность обращаться с оружием, техникой, снаряжением.

2. При уже средней гипотермии боевая ценность бойца снижается весьма существенно, иногда почти до нуля.

3. В случаях воздействия гипотермии на раненого человека в большинстве случаев она резко ухудшает состояние раненого, снижает шансы на выживание.

Признаки и симптомы гипотермии:

Лёгкая гипотермия:

- 1) неконтролируемая дрожь;
- 2) невозможность выполнения сложных двигательных функций;
- 3) сужение периферических сосудов.

Средняя гипотермия:

- 1) полубессознательное состояние;
- 2) ярко выраженная потеря координации движений;
- 3) невнятная речь;
- 4) сильная дрожь;
- 5) иррациональное поведение (человек может раздеваться от фантомного ощущения нестерпимого жара);
- 6) эмоциональная отстранённость.

Тяжёлая гипотермия:

- 1) дрожь волнообразная через паузы с гипертонусом мышц;
- 2) поза «эмбриона»;
- 3) окоченение мышц;
- 4) бледность кожных покровов;
- 5) расширенные зрачки;

- 6) снижение частоты пульса;
- 7) «спящий режим» (анабиоз) при температуре «ядра» ниже 32,2 Цельсия.

Смертельная гипотермия.

- 1) неустойчивое, крайне редкое дыхание (до 2 вдохов в минуту);
- 2) бессознательное состояние;
- 3) сердечная аритмия.

Общие действия при оказании помощи раненому в условиях пониженной температуры окружающей среды или пострадавшему от гипотермии:

1. Устранить источник опасности. В данном случае холода — изолировать пострадавшего от холодной почвы.
2. Если пострадавший в мокрой или влажной одежде, **ОБЯЗАТЕЛЬНО** снять и закутать в сухое и тёплое (одеть в одежду).
3. При возможности, дать пострадавшему горячее сладкое питьё. Сладость питья приоритетнее его температуры. Если нет возможности дать горячее питьё, то хотя бы не ниже 37 °С. сладкое!
4. При возможности согреть чем-нибудь зоны близкого расположения магистральных артерий (под мышками, в промежности и на шее — по ходу сонных артерий).
5. Быстро переместить пострадавшего в тёплое помещение, там раздеть и постепенно согревать. Очень хорошо работает согревание телами других людей, не подвергшихся гипотермии.

Наиболее эффективно работает согревание телом человека противоположного пола. Работает в обоих случаях. В этом случае один-два человека обнимают пострадавшего, укрывшись одеялами, спальными мешками.

Идеальная схема работы при эвакуации пострадавшего от гипотермии:

1. Носилки на землю.
2. Туристическая пенка/каримат сверху носилок.
3. Спасательные (космические) одеяла. Два в поперечном положении, скрепленные полосой широкого скотча (лейкопластыря).

4. Одеяло, спальник или плед, в которое завернут пострадавший, если он не переодет в сухую теплую одежду.

5. На шею с двух сторон, под мышки, в пах, на обе ладони — химические грелки (типа «Теплоид», «Аист»), избегая прямого контакта с кожей во избежание возможных ожогов — то есть грелки обернуть тканью. Дешёвые отечественные грелки (тот же «Аист»), если их не переминать постоянно, очень быстро теряют свою тепловыделяющую функцию.

Подгузник или что-то его заменяющее, поскольку даже при средней степени гипотермии неизбежно неконтролируемое мочеиспускание. При долгой эвакуации это резко снижает эффективность теплоизолирующих мероприятий.

6. Космическое одеяло заворачивается и закрепляется скотчем (лейкопластырем) так, чтобы образовался аккуратный непродуваемый кокон. Лицо обязательно остается открытым.

7. Перемещение пострадавшего в безопасное место в отапливаемое помещение при постоянном контроле состояния.

8. При возможности, периодическое горячее сладкое питье — вода или чай с растворенной глюкозой. При отсутствии глюкозы — с сахаром (в идеале, каждые 15 минут).

9. При первой возможности доставка пострадавшего в лечебное учреждение с квалифицированным персоналом и оборудованием, позволяющим делать инфузии подогретых растворов и дыхания подогретой кислородной смесью.

Медицинская помощь желательна уже на ранних стадиях средней гипотермии.

КАТЕГОРИЧЕСКИ ЗАПРЕЩАЕТСЯ:

1. Растирания конечностей.

2. Согревание конечностей быстрее туловища. (Мозг, получая сигнал о нормализации температуры конечностей, разблокирует большой круг кровообращения, и массивное поступление гораздо более холодной крови из конечностей во внутренние органы быстро убивает человека.)

3. Быстрое согревание человека у жаркого источника тепла: близко от костра, «в баньку», на решетку моторного отсека техники и т.п.

Согревание снаружи и изнутри должно происходить максимально равномерно.

4. Алкоголь.

5. Курение.

6. Стимулирующие напитки типа кофе.

Попытки давать пищу (покормить горяченьким) при гипотермии средней степени и тяжелее неэффективны.

Жевание и глотание затруднено или невозможно, желудок вообще выключен из системы жизнеобеспечения организма.

1.2.8. Повреждение раздавливанием (так называемый «Crush-синдром»)

При длительном сдавлении пострадавшего твёрдыми тяжёлыми предметами (чаще всего это происходит при разрушении зданий либо укрытий, когда находившиеся внутри оказываются под завалами) развивается «синдром длительного сдавления», или «Crush-синдром». В этом случае в придавленных конечностях при пережатии сосудов интенсивно накапливаются продукты обмена, распада и разрушения тканей, крайне токсичные для организма. Однако вследствие нарушения кровотока в центральную кровеносную систему их продукты не попадают. Сразу же после освобождения и восстановления кровообращения в организм одновременно поступает колоссальное количество токсинов (так называемый «токсический удар»), что чревато скорой гибелью пострадавшего.

Практически во всех завалах оказываются люди, часть из них погибает сразу, часть получает ранения. В первые сутки после ЧС при отсутствии первой помощи в завале погибает примерно 40% пострадавших. После 3–4 дней после образования завала находящиеся в нем живые люди начинают погибать от

жажды, холода, травм. По истечении 7–10 суток в завале практически не остается живых людей.

Признаки синдрома длительного сдавления:

А. Раздавленная часть тела поначалу становится красной, позже приобретает белый цвет, твердеет и сильно распухает.

Б. Пострадавший может находиться в состоянии шока.

В. Мочеиспускание становится редким либо вообще прекращается.

Г. Поначалу состояние пострадавшего кажется удовлетворительным, но спустя некоторое время после того, как пострадавшего освободили из-под давления, начинает стремительно ухудшаться.

ЗАПОМНИ! Освобождение, приносящее смерть, — вот страшный парадокс синдрома длительного сдавливания.

Чем дольше сдавливание, тем сильнее токсический удар и тем скорее наступает смерть.

Тяжесть состояния пострадавшего усугубляется еще и тем, что в поврежденную конечность устремляется огромное количество жидкости. При освобождении ноги в нее нагнетается до 2–3 литров плазмы.

Конечность резко увеличивается в объеме, теряются контуры мышц, отек приобретает такую степень плотности, что нога становится похожа на деревянную и по твердости, и по звуку, издаваемому при легком постукивании. Очень часто пульс у лодыжек не прощупывается. Малейшие движения причиняют мучительные боли даже без признаков переломов костей.

В каких случаях можно заподозрить синдром длительного сдавливания:

При сдавливании конечности более 15–20 минут.

При появлении отека и исчезновении рельефа мышц ног.

Если после освобождения стала выделяться красная или бурая моча.

Причины смерти пострадавших (в первые минуты после освобождения — или спустя несколько суток).

К смерти пострадавших в первые минуты после неправильного освобождения приводит токсический удар.

Переход большого количества плазмы в поврежденные конечности (до 30% объема циркулирующей крови) вызывает не только значительное обезвоживание и снижение артериального давления, но и сверхконцентрацию токсинов.

Такой противоток (из организма жидкость устремляется в освобожденную конечность, а токсичные продукты распада и миоглобин из зоны повреждения — в сосудистое русло) способствует резкому угнетению сердечной деятельности, всех органов и систем. Именно это станет причиной смерти в первые минуты после извлечения из-под завалов и обломков.

Другое грозное осложнение при синдроме длительного сдавливания — появление в крови свободного миоглобина в результате повреждения мышечных волокон.

ЗАПОМНИ! Чем больше поражено мышечной массы, тем больше миоглобина в крови, тем хуже прогноз.

Громоздкие молекулы миоглобина обязательно повреждают канальцы почек, что приводит к острой почечной недостаточности. Уже в первые сутки моча приобретает ярко-красный цвет (признак присутствия в моче миоглобина), а в последующие сутки, по мере развития почечной недостаточности, выделение мочи полностью прекращается.

ЗАПОМНИ! Большинство пострадавших погибает через несколько суток после длительного сдавливания от острой почечной недостаточности.

Таким образом, основные причины смерти:

- А. Токсический удар.
- Б. Болевой шок.
- В. Острая почечная недостаточность.

Первая помощь:

- А. Имобилизовать поврежденную часть.
- Б. Если нет повреждений внутренних органов — напоить пострадавшего большим количеством жидкости.
- В. Каждые полчаса регистрировать объем мочеиспускания.
- Г. Применить противошоковые меры.
- Д. Как можно быстрее доставить в лечебное учреждение.

Вероятность развития синдрома длительного сдавливания, ограничения времени освобождения.

Если придавлены плечо и верхняя треть предплечья, бедро и икроножные мышцы более 15–20 минут, то следует опасаться развития синдрома длительного сдавливания, приводящего к смерти.

Если в течение 15–20 минут не удалось освободить придавленные конечности, то следует прекратить любые попытки их освобождения и ждать прибытия спасателей и бригады «Скорой помощи». При этом по возможности нужно:

- наложить защитные жгуты;
- приложить холод к придавленным конечностям;
- предложить обильное теплое питье.

В случаях, если придавлены голова до верхней губы, нижняя треть предплечья и кисти, развитие отдельных признаков синдрома длительного сдавления (отеки сдавленных тканей и сильные боли) не угрожают жизни пострадавших.

В подобных случаях нет ограничений во времени освобождения и нет необходимости накладывать защитные жгуты.

После освобождения от сдавливающего предмета отпускать пострадавших с места происшествия ни в коем случае нельзя.

Во всех случаях сдавления, в том числе мягких тканей головы, кистей рук и голеностопных суставов и стоп, обязательно вызывается «Скорая помощь».

Если придавлены голова, грудь или живот, пострадавшие погибают от удушья. В подобных случаях нет ограничения во времени освобождения, а спасательные службы следует вызвать как можно скорее.

В этом случае нельзя прекращать попытки освобождения пострадавших.

По возможности предложить обильное теплое питье.

Правила помощи пострадавшим

Не следует торопиться сразу устранять препятствие. Сначала необходимо наладить внутривенное введение ощелачивающих и плазмозамещающих растворов, а при их отсутствии давать обильное питье. Капельное введение 1,5–2 литров жидкости до освобождения конечности позволит сохранить и жизнь пострадавших, и конечности.

В настоящее время спасателями многих стран процесс извлечения пострадавших разбит на несколько этапов.

Первый этап освобождения пострадавших

По своей сути этот этап является подготовительным. Пока спасатели готовятся к устранению препятствия, медицинский работник обязательно обезболивает пострадавших наркотическими анальгетиками и внутривенно капельно вводит большое количество плазмозамещающих и ощелачивающих растворов. Этот этап может растянуться на несколько часов.

Его задача — максимально уменьшить концентрацию токсинов, а лучше предотвратить их поступление в центральный кровоток.

С этой целью как можно скорее, при условии, что есть доступ к конечностям выше зоны придавливания, на них накладываются защитные жгуты.

Внутривенно водится до 2 литров необходимых растворов.

Профессиональные команды спасателей, работающих в зонах землетрясений и катастроф, обязательно имеют в своем составе специально обученных людей, смысл действий которых заключается

в одном — как можно скорее добраться до руки придавленного развалинами человека и наладить внутривенное введение жидкости.

Основные правила первого этапа:

Первое, с чего начинается оказание первой помощи медицинский работник, — это с тщательного обезболивания наркотическими анальгетиками.

Если была возможность наложить защитные жгуты выше препятствия, а холод ниже придавливающего предмета, то это надо было сделать обязательно.

Использование холода значительно улучшает прогноз.

Только по распоряжению медицинского работника спасатели могут приступить к подъему сдавливающего предмета.

Введение растворов до освобождения придавленных конечностей позволяет:

избежать «токсического удара»;

значительно повысить шансы на спасение;

оставить надежду на сохранение конечностей.

Использование холода позволяет:

снизить скорость обменных и разрушительных процессов в поврежденных тканях;

сохранить жизнеспособность придавленных тканей;

уменьшить боль.

Второй этап освобождения пострадавших

Он ограничен несколькими минутами, требует исключительной чёткости и слаженности действий. На нём происходит освобождение от сдавливающих предметов.

Сразу же после устранения препятствия, если защитные жгуты не были наложены, то следует их как можно скорее наложить — в противном случае каждая потерянная секунда может стать роковой. Назначение защитных жгутов: не допустить поступления токсичных продуктов распада из поврежденных конечностей в организм. При этом они создают очень большую угрозу ампутации конечностей.

Поэтому наряду со жгутами используются давящие повязки, которые накладывают сразу же после освобождения сдавленных конечностей — ниже жгутов, от них и до голеностопного сустава (и запястья), кисти и стопы — не бинтовать. Для давящих повязок лучше использовать эластичные бинты. Можно использовать и хлопчатобумажные бинты, которые, смоченные в любой луже, при высыхании туго стягивают забинтованную поверхность.

Назначение давящих повязок:

- уменьшить потерю плазмы;
- уменьшить объем поврежденных мышечных структур;
- снизить степень интоксикации;
- предоставить шанс на спасение конечности после снятия жгутов.

Третий этап освобождения пострадавших

На этом этапе тактику действий спасателей и медицинских работников определяет состояние пострадавших. В различных ситуациях она будет различной, но решающим будет решение врача о возможности снять защитные жгуты. После введения 1,5—2,0 литров ощелачивающих и плазмозамеща-

ющих растворов защитные жгуты можно снять, но только по распоряжению врача.

Малейшее движение конечностей вызывает нестерпимую боль. Переломы костей часто скрыты массивными отеками. Поэтому в каждом случае угрозы развития синдрома длительного сдавливания необходимо накладывать транспортные шины.

Назначение транспортных шин:

- уменьшить боль при транспортировке,
- снизить дополнительный травмирующий фактор в поврежденных мышечных структурах.

Существует специальное медицинское оборудование для оказания помощи в случаях повреждений данного типа. Это прежде всего вакуумные матрасы и пневматические шины при оказании медицинской помощи тяжелым пострадавшим и раненым.

Пневматические шины позволяют:

- значительно увеличить шансы на спасение конечности после снятия жгутов;

- значительно уменьшить потерю плазмы из организма;

- значительно снизить объем поврежденных мышечных структур;

- снизить степень интоксикации;

- произвести щадящую иммобилизацию поврежденных конечностей;

- уменьшить боль при транспортировке.

Вакуумный матрас позволяет:

- надежно зафиксировать конечности и тело пострадавшей (принцип кокона);

- щадяще извлекать из труднодоступных мест;

транспортировать по бездорожью на любых видах транспорта.

К сожалению, это оборудование является весьма редким, и в условиях иррегулярных боевых действий рассчитывать на его наличие особенно не приходится.

1.2.9. Нарушения дыхательной функции. Сердечно-лёгочная реанимация

При различных видах шока, а также резком обострении сердечно-сосудистых заболеваний, при общем переохлаждении, утоплении, ударе током и ряде других чрезвычайных происшествий у пострадавшего могут развиться нарушения дыхательной функции и работы сердечно-сосудистой системы вплоть до остановки сердца и отсутствия дыхания. Главная опасность такого состояния — в том, что кровь, обогащённая кислородом, перестаёт поступать в головной мозг. В среднем около 6 минут такого состояния достаточно для необратимой гибели клеток головного мозга — если в дальнейшем удастся запустить сердце и лёгкие, функционирование коры головного мозга (и следовательно, активная деятельность пострадавшего) не восстановятся никогда. Весьма частой причиной данного состояния является нарушение проходимости дыхательных путей пострадавшего. Потому в первую очередь необходимо проверить, свободны ли его дыхательные пути.

1. Частыми причинами закупоренных дыхательных путей являются:

а) западение языка,

- б) сгустки крови в глотке и ротовой полости,
- в) рвотные массы в дыхательных путях,
- г) попадание в глотку и ротовую полость зубных протезов,
- д) опухшее горло,
- е) попадание в глотку и ротовую полость жевательной резинки, конфет и т.д.

2. Непроходимость дыхательных путей у пострадавшего приводит к:

- а) головокружению, потере дыхания, слабости,
- б) посинению кожи лица и губ,
- в) набуханию вен на шее,
- г) увеличению частоты пульса.

3. Длительное состояние подобного рода является крайне серьезным и характеризуется:

- а) потерей сознания,
- б) сизым (пепельным) цветом лица.

4. Освобождение дыхательных путей является приоритетной задачей. Первая помощь:

- а) немедленно положить пострадавшего на бок;
- б) обернуть пальцы платком и с их помощью очистить ротовую полость и глотку от крови и рвотных масс;
- в) язык вытянуть вперед и придерживать челюсть от смыкания;
- г) при необходимости выполняются мероприятия СЛР.

СЛР (сердечно-лёгочная реанимация) — комплекс мероприятий, нацеленных на принудительную вентиляцию лёгких и осуществление сердцем насосной функции путём непрямого его массажа. В мир-

ной обстановке эти мероприятия проводят либо до полного восстановления у пострадавшего дыхательной функции и кровообращения, либо до прибытия специализированной бригады «Скорой медицинской помощи». В условиях боевых действий, естественно, имеется ряд отличий: начиная с того, что пострадавший должен быть предварительно эвакуирован в относительно безопасную, «жёлтую» зону, и заканчивая тем, что продолжительность мероприятий существенно зависит от боевой обстановки, наличия других раненых и так далее.

Расположение: бедро — строго на уровне плеч пострадавшего. Тенар и гипотенар — на нижнюю половину грудины, выше мечевидного отростка. Корпус над пострадавшим, давить строго сверху вниз. Работаем плечами или поясницей, а не руками. Частота — примерно 100 ударов в минуту.

Дыхание рот в рот, повязка — чисто психологически. Запрокинуть голову, поднять нижнюю челюсть, освободить ротовую полость от инородных тел, зажать нос, два спокойных выдоха одинаковой амплитуды. Параметры: 30 компрессий — 2 вдоха, 100 компрессий в минуту, амплитуда примерно 5 см, качать до прибытия врачебной бригады или до восстановления сердечно-лёгочной деятельности. Каждые две минуты — перерыв для оценки наличия пульса. Если реанимационные мероприятия проводятся правильно, зрачки начинают сужаться. Зрачки мутные, без реакции — может быть признаком смерти.



ТАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА. Сердечно-легочная реанимация



- 1 Поместите основание левой ладони на нижнюю часть грудины.
- 2 Наложите основание ладони одной руки поверх другой руки, не касая ребер.
- 3 Наклонитесь над пострадавшим в строго вертикальном положении под 90°.
- 4 Надавливайте на грудь вертикально, опускайте ее примерно на 1/3 толщины грудной клетки (5 – 6 см).
- 5 Частота нажатий на грудную клетку – 5 движений в 1 секунду.
- 6 Приемы искусственной вентиляции без массажа грудной клетки неэффективны и наоборот. В случае отсутствия пульса и дыхательных движений эффективно только комбинированное выполнение искусственной вентиляции и массажа грудной клетки.



1 Прежде чем начать делать искусственное дыхание, надо уложить пострадавшего на спину и убедиться, что его дыхательные пути свободны для прохождения воздуха, для чего его голову максимально запрокидывают назад. Воздух вдвухают ритмично 16 – 18 раз в минуту.

2 Реанимацию стоит производить либо до восстановления естественного дыхания, либо до прибытия медиков и спасателей.

3 В ситуации, когда раненых много, следует продолжать реанимацию до поступления следующего раненого.

4 Искусственное дыхание прекращают при восстановлении работы сердца или установлении достоверных признаков смерти.



Вдувание воздуха следует производить через платок/марлю после каждых 30 нажатий, зажав пациенту нос.



Вдох стоит осуществлять носом, затем произвести два вдувания. Процедуру повторять через каждые 30 нажатий.

Мешок Амбу: стоим в изголовье, запрокидываем голову, количество пальцев, которым сдавливаем, влияет на объём дыхания. Руками качаем в стандартном положении. Если медиков двое — один дышит (10 в минуту), второй качает.

В случае наличия подходящего транспортного средства (типа «Газели», лучше машины СМП) раненого на носилках нужно аккуратно перегрузить в неё, не прекращая мероприятий СЛР, и возможно скорее доставить в стационарное лечебное учреждение.

В довершение считаем необходимым предупредить вас, что за время боевых действий только однажды мероприятия СЛР позволили спасти жизнь раненого (с пулевым ранением в голову) и доставить его в стационар. В остальных случаях, когда доходило до остановки дыхания и кровообращения, невзирая на то, что реанимационные мероприятия проводились врачами-реаниматологами высшей категории и включали в себя помимо непрямого массажа сердца интубацию, искусственную вентиляцию лёгких, внутривенные инфузии и так далее, раненых спасти не удалось. Это связано с тем, что, в отличие от мирного времени, в боевой обстановке такие серьёзные нарушения дыхательной и сердечной функции наступали вследствие крайне тяжёлых ранений с повреждением головного мозга, сердца, верхних дыхательных путей и так далее. Такие ранения, по большому счёту, часто являлись несовместимыми с жизнью, и никакой комплекс мер СЛР исправить положение не может. К счастью, такое бывало достаточно редко.

1.3. Тактика медика на поле боя. Теория и практика

Этот раздел исключительно важен. Если предыдущие обучают, как спасти других, то этот учит — как выжить в процессе данного действия самому. Понятно, что при несоблюдении этого условия спасти других вы уже не сможете.

Вторым значимым фактором является то, что «плохо организованное нападение — худший вид защиты». По нашему опыту, который в принципе подтверждён и другими источниками, именно на этапах эвакуации при условии плохой её организации погибало наибольшее количество как медработников, так и раненых.

Знание основных тактических принципов и алгоритмов работы является для тактического медика не менее, если не более важным, чем владение чисто медицинскими приёмами, описанными в предыдущих главах.

Общие принципы действий в бою вполне могут быть сформулированы следующим образом.

1. Смысл оказания первой помощи пострадавшим заключается в:

- а) спасении жизни;
- б) предотвращения ухудшения состояния;
- в) доставки пострадавшего в медицинское учреждение и оказания ему квалифицированной медицинской помощи.

2. Для эффективного оказания первой помощи медик должен:

- а) сохранять спокойствие;



Голова и оружие раненого должны быть направлены в сторону, из которой ведется огонь противника



Первым делом эвакуируются раненые с наиболее тяжелыми травмами.

Эвакуация должна осуществляться непрерывно, вне зависимости от погодных условий и времени суток.

Раненые должны доставляться до поста санитарного транспорта либо до ближайшего этапа медицинской эвакуации.

СПОСОБЫ ЭВАКУАЦИИ РАНЕННЫХ

- 1 Переноска раненого одним санитаром на спине в случаях, когда не повреждены верхние конечности и пострадавший не потерял сознания.
- 2 Наиболее бережным является вынос на руках, примененный при большинстве ранений (кроме ранения в живот), но он очень трудоемкий и пригоден лишь при небольших расстояниях.
- 3 Вынос раненого двумя санитарями может осуществляться на «заме» из рук. Способ непригоден при переломах конечностей, ранениях верхней части грудной клетки.



ЭВАКУАЦИИ РАНЕННЫХ НА НОСИЛКАХ

- 1 Санитары становятся с противоположной стороны от носилок, опускаются на колени, подсовывают руки под раненого (одни под спину и поясницу, второй под ягодицы и голени) и осторожно укладывают его на носилки.
- 2 Один из санитаров одну руку подсовывает под шею раненого, а другой берется за его ремень. Второй санитар захватывает складки брюк на обеих конечностях и края голеней сапог. Способ непригоден при наличии у раненого переломов нижних конечностей.
- 3 Укладывание методом наката применяется в случаях интенсивного огня. Санитары подползают к раненому, кладут развернутые носилки вдоль его неповрежденной стороны, переползают на противоположную сторону, подсовывают свои руки под пострадавшего так же, как и при первом способе, и, наклоня носилки, одновременно накатывают на них раненого.



б) использовать здравый смысл;
с) демонстрировать пострадавшему уверенность в благополучном исходе.

3. Помни, что ты всегда должен:

а) смотреть. Убедись, что ты в первую очередь оказываешь помощь наиболее тяжело пострадавшему;

б) думать. Что ты делаешь, и в какой последовательности;

с) действовать. Оказывай первую помощь быстро и без паники.

1.3.1. Общие закономерности, различие общевойсковой и специальной тактики, зависимость от условий

(город, поле, лес, горы; ночь, день)

Общими закономерностями тактической медицины являются следующие.

1. Крайне важно правило «золотого часа»: чем раньше с момента ранения начали оказывать помощь — тем лучше шансы на выживание и отсутствие осложнений у пострадавшего.

2. Самопомощь и взаимопомощь военнослужащих — важный фактор выполнения данного правила, даже при условии достаточной комплектации подразделения тактическими парамедиками и высоком уровне их подготовки. Вывод: парамедик подразделения должен применять все мыслимые меры к постоянному обучению своих сослуживцев, общему повышению уровня их знаний и умений в области полевой медицины.

3. Невзирая на существенный прогресс различных видов тяжёлого вооружения, прежде всего артиллерии и авиации, в решающей фазе боевых действий главной остаётся роль действий пехоты и танков. При этом нередко участок, где происходят определяющие исход операции события, ограничивается несколькими гектарами (чаще всего это ключевой населённый пункт), а пехотные подразделения от бригады на направлении главного удара могут составлять от батальонной до ротной тактической группы, иногда — усиленного взвода. Именно они решают всё или почти всё. Вывод: людей, способных наступать на направлении главного удара вплоть до стрелкового боя, относительно немного, и они представляют высокую ценность. Потому медицинская служба любого подразделения должна прилагать все усилия к тому, чтобы организовать наиболее эффективную медицинскую помощь им.

4. Невзирая на пункт 3, роль артиллерии в современных условиях недооценивать невозможно: в среднем соотношение осколочных ранений и пулевых достигает 10:1, и это не беря в расчёт контузии и другие травмы, которые в принципе невозможны при обстреле из стрелкового оружия, но под артогнём личный состав может получить запросто. Вывод: тактический медик должен уметь грамотно работать с осколочными ранениями, контузиями и другими последствиями артиллерийского обстрела, в том числе и непосредственно под обстрелом. При этом применение простейших противоосколочных бронешилетов в разы снижает количество пострадавших.

5. По нашему опыту событий в Новороссии, при качественно организованной медицинской службе порядка 100% раненых, получивших первую медицинскую помощь на поле боя, доживают до поступления в стационарное лечебное учреждение. Вывод: главная задача тактического медика подразделения — незамедлительное оказание первой доврачебной помощи сразу после ранения — является неоспоримо важной с точки зрения спасения личного состава.

Для оптимального оказания медицинской помощи раненому в условиях боя рекомендуется следовать определённому алгоритму.

1. Оценить ситуацию с точки зрения угрозы себе лично: при наличии её — принять меры к её устранению.

2. Оценить ситуацию с точки зрения угрозы раненому, при наличии её (раненый находится под обстрелом, на минном поле и т.д.) принять меры к её устранению (прикрыть раненого дымами, подавить огневую точку, продвижение к нему — с сапёром).

3. Оценить состояние раненого, прежде всего — его жизнеспособность (жив или погиб). Прежде всего — окликнуть, если не отзывается — толкнуть в плечо, несильно ударить по лицу. Если без сознания — оцениваем по наличию пульса, дыхания, форме зрачков его жизнеспособность (мертвый — тусклые, расширенные, при сдавливании глазного яблока сверху и снизу — зрачок принимает щелевидную форму). В случае, если раненый находится в сознании, но у него имеется геморрагический и бо-

левой шок — наложить жгут на повреждённую конечность.

4. При нахождении под воздействием огня противника — эвакуировать раненого в ближайшее укрытие для дальнейшей медпомощи.

5. Внутримышечно вколоть ему обезболивающее в мышцы плеча или бедра, прямо сквозь одежду (если он в сознании).

6. После этого — оценить состояние раненого, устранить наиболее опасную для его жизни патологию: боль, удушье, кровотечение, ранения грудной клетки — приоритеты в перечисленном порядке.

Действия: обезболить, дыхательные пути — очистить, обеспечить доступ свежего воздуха и поддерживать в этом состоянии; кровотечение — остановить, при проникающих ранениях грудной клетки — перекрыть проникновение воздуха внутрь.

7. Обеспечить транспортировку раненого в расположение медицинского пункта подразделения, при невозможности — вызвать к нему медработника подразделения, обеспечить тому условия для оказания медицинской помощи раненому.

8. При невозможности вызова штатного медработника подразделения принять меры к устранению второстепенных патологических состояний (остановить незначительное кровотечение, иммобилизовать переломы) и обеспечить транспортировку раненого в ближайшее стационарное лечебное учреждение.

Этапы эвакуации. На поле боя для этого предпочтительнее использовать специализированный бронированный транспорт (МТЛБ). В случае малого ко-

личества раненых — их предпочтительно доставлять в ПМП (полевой медицинский пункт) именно на этой технике. В случае наличия большого количества раненых и относительной нехватки бронетехники для их эвакуации — они порциями вывозятся в самый ближайший тыл, за укрытие, расположенное в километре-двух от участка боя, откуда далее массово вывозятся более вместительной техникой типа «Урала» на ПМП. С ПМП в стационарное лечебное учреждение раненых лучше доставлять специализированным санитарным транспортом — например санитарными автомобилями «УАЗ», при этом можно и нужно использовать по согласованию с местными властями автомобили «Скорой медицинской помощи». Чтобы минимизировать степень угрозы для них, необходимо заранее достичь чёткой договорённости о месте, в котором будут ожидать гражданские «Скорые» (не ближе 5 километров к линии фронта), и там осуществлять перегрузку раненых со своих автомобилей — на их.

«Стили работы» тактического парамедика.

Очень условно, на современном этапе развития тактической медицины, можно различить два основных стиля работы: пеший (разведка, всевозможные спецподразделения) и общевойсковой. Речь идёт о том, что при первом приходится планировать действия в отрыве от своих основных сил и средств коммуникации. Соответственно, всё необходимое для оказания медицинской помощи приходится нести с собой. При этом нужно понимать, что первой доврачебной помощи может оказаться недостаточно для спасения жизни и здоровья раненого — может

понадобиться и первая врачебная. Соответственно, возникает необходимость не только нести многое из того, что может понадобиться на этапе врачебной помощи, но и придавать подразделению тактического медика со знаниями на уровне не менее фельдшера. Плюс к этому зачастую эвакуация раненых планируется исключительно «своими силами», путём выноса — что крайне утомительно физически как для носильщиков, так и для раненого и может иметь негативные последствия вследствие высокой продолжительности процесса. Этот стиль работы, повторим, является «визитной карточкой» различных подразделений специального назначения, требует очень большой выучки от личного состава, прекрасной подготовки и большой предусмотрительности от тактических медиков подразделения, при этом результаты в плане выживаемости и количества осложнений оставляют желать лучшего.

Второй стиль работы, условно назовём его «общевойсковым», базируется на экстенсивном, так сказать, оказании помощи раненым. При нём в боевых действиях задействованы значительные количества живой силы и техники. Соответственно, для эвакуации раненых эта техника, в том числе и бронированная, широко используется. Организована медицинская помощь на этапах эвакуации, развёрнуты полевые медицинские пункты с подготовленным персоналом и всем комплектом необходимого медицинского оборудования, используется специализированная медицинская техника, доставка раненых которой в стационарные лечебные учреждения даёт гораздо лучший эффект. Наконец, при достаточной подготов-

ке тактических медиков они могут и должны активно обеспечивать свои действия путём огневого подавления противника при оказании помощи раненым и их эвакуации. Для этого необходимо применять как минимум тяжёлое пехотное вооружение, в том числе и установленное на медицинском транспорте, а как максимум — корректировать огонь артиллерии.

Как видим, второй способ работы имеет ряд различных невооружённым глазом преимуществ. Поэтому рекомендуется искать все пути к переходу к общевойсковой — если не тактике подразделения, то хотя бы его комплектации, прежде всего транспортом и тяжёлым пехотным вооружением.

На условия боевых действий неизбежное влияние оказывает ландшафт. Четыре основных — горы, лес, поле, город. Сразу стоит учесть, что наиболее трудным по целому ряду причин являются «горы», прежде всего в силу больших транспортных трудностей, но, к счастью, без спецподготовки вы туда не попадёте. А на спецподготовке (если каким-то образом вы исхитритесь на неё угодить) — вам уже расскажут подробнее.

Наиболее вероятным является ландшафт типа «город» — на всех ТВД, в Ираке, Ливии, Украине, Египте и так далее, решающие боевые действия происходили именно в нём. Основным его свойством является «трёхмерное» поле боя, что, в свою очередь, обеспечивает высокие защитные свойства от огня артиллерии, большое количество укрытий, высокую интенсивность боевых действий и их относительно близкую дистанцию. Для тактического медика всё вышеперечисленное означает: с одной

стороны — достаточное количество укрытий для раненых, относительную близость специализированных медицинских учреждений (часто — работающих даже в разгар боевых действий), высокое качество дорожного покрытия и как следствие — удобство эвакуации на транспорте, с другой — существенные трудности в поиске раненых среди руин, необходимость извлечения их из труднодоступных мест и из-под завалов, необходимость оказания медицинской помощи раненым зачастую — под очень плотным огнём и с близкой дистанции.

Ландшафт типа «лес» редко характеризуется масштабными боевыми действиями — чаще всего в нём ведут бой небольшие группы, но, поскольку мы рассматриваем медицину иррегулярной войны, ознакомиться с информацией об этих условиях боевых действий также необходимо. Для него характерны: весьма ограниченный обзор и относительная защищённость от воздействия оружия (бои происходят на близкой дистанции, артиллерийский обстрел опасен существенно больше, чем в городе), существенные трудности как с розыском раненых, так и с их эвакуацией.

«Поле» характеризуется открытыми пространствами с очень дальним обзором, что чревато тяжёлым поражением артиллерийским огнём с дальних дистанций, в том числе глубоко в своём тылу, большими расстояниями между взаимодействующими подразделениями, структурами тыла и так далее, отсутствием естественных укрытий. Поэтому в нём особенно важна обеспеченность транспортом, высокая мобильность и оборудование искусственных укрытий, пусть даже примитивных и импровизированных.

Ну и в завершение — пару слов об организации медицинской службы на уровне более высоком, чем «медик подразделения», — однако для вас всё равно полезном. Ключевыми моментами в обеспечении эффективности медицинской службы подразделения являются: координация усилий (хорошие отношения с медиками других подразделений, концентрация медицинских сил на направлении главного удара, в том числе за счёт личных контактов), мобильность (обеспеченность транспортными средствами, выучка и решимость водительских кадров), горизонтальные и вертикальные связи (без них вообще ничего не получится — ни в плане обеспечения медицинскими средствами и кадрами, ни в сфере планирования медицинского обеспечения предстоящих боевых действий). Крайне важным моментом является тесная «локтевая» связь с пехотными подразделениями, постоянный контакт как с их командирами, так и с бойцами, прежде всего — нештатными разведчиками подразделений. Особенно актуальным это становится, если медик прикомандирован к другому, не своему подразделению. Кроме того, в условиях иррегулярных боевых действий также часто приходится обеспечивать медицинскую помощь соседним подразделениям даже при условии, если ты к ним не прикомандирован.

О важности общевойсковой подготовки медицинского личного состава нами уже было сказано выше, как и о том, что отбор его должен базироваться прежде всего на качественных, а не на количественных критериях.

Важное значение (к сожалению, совершенно недооцениваемое большинством участников) имеет при-

менение тактическим медиком необходимых спецсредств. Прежде всего — это устройства постановки дымовых завес, как автоматизированные на технике (раритет, в реальной обстановке не видел ни разу), так и простейшие ручные дымовые гранаты. Сразу же считаю нужным предупредить: пользуйтесь только простейшими, с кресалом, которым надо черкнуть, чтобы она заработала. Дымовые гранаты с чекой и детонатором отличаются крайней ненадёжностью, могут сработать в руках — это будет стоить пальцев. Дымовые шашки дают очень крупное и длительное задымление, но ввиду громоздкости весьма неудобны.

Очень важное значение имеют приборы наблюдения: днём — как минимум бинокль, ночью — прибор ночного видения (ПНВ). К сожалению, и то и другое отличается высокой стоимостью, особенно ПНВ (не говоря уже о тепловизоре) — но эффективность применения и того и другого трудно переоценить. Ещё настоятельно рекомендовал бы к применению перископ: как в городе, так и в поле он существенно повышает шансы оставить голову целой под плотным огнём противника. Стоит при этом не так дорого.

1.3.2. Общие сведения о роли связи, топографии, фортификации в работе медика. Выбор позиций, мест под медпункт, розыск пострадавших и т.д. Комплектация укладок

Само собой разумеется, что настоящее изучение связи, топографии и фортификации в объёме данного количества занятий просто невозможно. Однако опыт показывает, что самое общее представление

об этих дисциплинах для тактического медика является необходимым. В двух словах оно сводится к следующему.

Объединяющим фактором для всех этих трёх дисциплин является то, что в условиях иррегулярных боевых действий они выражены крайне скромно, часто отсутствуют. Поэтому принцип «хочешь, чтобы что-то было сделано, — сделай это сам» никто не отменял.

Связь. В пределах группы — осуществляется портативными рациями (лучше всего типа Yaesu, Baofeng), при этом у тактического медика рация должна быть обязательно — в противном случае в условиях боя он часто не узнает о наличии и локализации раненых. Удобны в пользовании гарнитуры, для тех, кто работает на технике, — предпочтительно с ларингофоном. Крайне желательно разместить радиостанцию на санитарном транспорте, при этом, если есть возможность, предпочтительно выбирать радиостанцию с функцией усиления радиосвязи станций портативных — тогда автоматически увеличивается радиус действия и качество связи всех членов группы, находящихся в радиусе действия. На служебную радиосвязь надеяться не рекомендую никому — по опыту прошлой кампании, она отсутствовала в принципе. Может, в будущем что-то изменится, хотя, если проследить динамику (Афган — Чечня — Новороссия) — ситуация только прогрессирующе ухудшается.

При этом служба связи подразделения если помочь не сможет, то помешать может «от души», — как правило, она активно глушит все частоты связи, кро-

ме специально оговоренных. На этот случай надо напомнить командиру подразделения, чтобы узнал разрешённую для переговоров частоту, и выставить её.

Громкоговоритель. Как это ни покажется странным, в условиях боевых действий крайне нужная вещь для тактического медика — особенно работающего на бронетехнике. Современное поле боя характеризуется запредельным уровнем шумового фона — прежде всего вследствие работы артиллерии, за счёт этого чувствительность слуха у бойцов существенно снижена. Если сюда добавить то, что многие из них контужены, особенно те, которые находятся в тяжёлом состоянии, боевые порядки, как правило, рассредоточенные, радиосвязь в подразделении если и присутствует, то в эпизодическом формате, а главное — нужно перекрикивать шум работающего мотора собственного транспортного средства, — то становится понятным, почему именно он нужен. Тем более что на ходу нужно переговариваться с механиком-водителем (а иногда и пулемётчиком, и другими членами экипажа) — а переговорные устройства в технике, как правило, отсутствуют. Наиболее удобным является электронный громкоговоритель — который крепится на поясе, а диктофон его — у угла рта.

Топография. На военные карты надеяться категорически не рекомендую: прежде всего потому, что раздобыть их очень тяжело, а если каким-то чудом вам их выдадут, то вы автоматически окажетесь под тяжёлой статьёй в случае, если на боевых этот кусок бумаги вы потеряете. Я свою, во избежание, хранил в сейфе, а на боевые распечатывал из Интернета

несколько карт разного масштаба той местности, где предстояло работать. Сразу же несколько малых, но важных ремарок:

1. Карты желательно распечатывать в нескольких экземплярах, чем больше — тем лучше. В ходе боевых действий постоянно будут возникать ситуации, когда командиры подразделений, с которыми вам будет нужно взаимодействовать, за карту будут готовы душу продать.

2. При распечатке карт сбоку в углу обязательно нужно указывать масштаб.

3. В местах активных боевых действий что Гугл, что Яндекс выдают карты с многочисленными искажениями и ловушками — начиная с отсутствия указания улиц и заканчивая отсутствием целых кварталов. Учитывая что Яндекс формально — русская компания, легко понять, как велик масштаб измены.

Крайне важно не только иметь карту, но и заранее спланировать свои действия по ней — с учётом оптимальных маршрутов, защищённых от огня зон, на случай обороны или наступления. Чем тщательнее заблаговременное планирование — тем выше шансы на выживание. И в завершение: в незнакомой местности без проводника не ходить! Никакая карта не даёт настолько хорошего представления о маршруте и окружающей обстановке, как человек, который знает дорогу.

В полевых условиях часто возникает необходимость хоть как-то скорректировать огонь своей артиллерии или как минимум тяжёлого пехотного вооружения. Не надо для этого руководствоваться неуместными рекомендациями «левее» и «пра-

вее» — артиллерист крайне редко находится прямо за вашей спиной, потому его «левее» с вашим, скорее всего, не совпадёт. Ориентируйте огонь по сторонам света (для этого необходим компас) и по дальности недолёта-перелёта относительно цели.

Фортификация. Как ни печально отметить, в современных условиях строительству хотя бы самых примитивных оборонительных сооружений уделяется очень мало внимания. Это проявляется во всём: от отсутствия малых сапёрных лопаток в пехоте до отсутствия оборудования самоокапывания на технике. Наиболее тяжёлые последствия это даёт во время наступления, когда после захвата ключевых точек вражеской обороны наша пехота попадает под сосредоточенный огонь артиллерии противника. Относительно слабые (или отсутствующие) оборонительные укрепления противника в сочетании с относительно большим количеством нашей пехоты и недостаточными темпами самоокапывания преопределяют тяжёлые потери.

На индивидуальном уровне — медик подразделения должен иметь с собой малую сапёрную лопатку и иметь навыки обустройства хотя бы простейших индивидуальных укрытий (типа окоп для стрельбы лёжа), если у него имеется бронетехника — рекомендуется оборудовать её навесным оборудованием для самоокапывания. При развёртывании полевого медицинского пункта, при нахождении на позициях пехоты в условиях сильного огневого воздействия противника — даже небольшой окоп может послужить «санитарным гнездом» для раненых и способствовать спасению жизни значительного их числа.

При этом даже простейшее перекрытие окопа либо щели (например, накрыть стволами деревьев, перекинуть на него подбитую единицу техники) существенно улучшает её защитные свойства.

Полевой медицинский пункт

В современных условиях даже подразделение численностью около роты (тем более — более крупное) не действует как неделимая единица в одном строю на переднем крае. Часть его в составе ударной группы находится на передовой, другие части более или менее рассредоточены в тылу. Чем крупнее подразделение — тем ярче выражено это правило. В приложении к тактическому медику это означает, что он должен как минимум чётко представлять себе месторасположение ближайшего полевого медицинского пункта и оптимальные пути эвакуации к нему — довольствоваться просто знанием «как перевязать» совершенно недостаточно, надо ещё раненого куда-то потом «девать».

В реальных условиях часто придётся самому прилагать усилия к его организации: врачей мало, действительно боевых из них, тех, кто готов работать на позициях стрелковых подразделений, — и того меньше, и основополагающий принцип «спасение утопающих — дело рук самих утопающих» никто не отменял.

Располагать медицинский пункт надлежит на основных путях эвакуации, чем ближе к основным транспортным артериям — тем лучше, оптимально — недалеко от мест их пересечения. При этом нужно избегать расположения от таких перекрёст-

ков ближе двухсот метров — потому что их стабильно обстреливает беспокоящим огнём артиллерия противника. Проезд к медпункту нужно чётко и недвусмысленно обозначить: как минимум — хорошо различимым, в том числе и в темноте, знаком с красным крестом и надписью «Медпункт», а также стрелкой, указывающей направление. К сожалению, как показывает опыт, человеческая глупость в условиях боевых действий вообще не имеет никаких границ, и знак будут с завидным постоянством не замечать. Для этого его рекомендовано продублировать постановкой машины «Скорой помощи» — возле неё везущие раненых, как правило, всё-таки останавливаются. Правда, стоящая на перекрёстке машина подвергается опасности при беспокоящих артобстрелах, потому рекомендуется размещать её максимально укрытой со всех сторон, кроме дороги со стороны фронта — чтобы вывозящие оттуда раненых всё-таки её увидели.

Само собой, медицинский пункт лучше всего размещать в доме в населённом пункте, при этом желательно выбирать дом, максимально прикрытый со стороны наиболее вероятного обстрела строениями. Крайне желательно наличие подвала (чем больше тем лучше) с перекрытием (лучше всего — железобетонная плита). Заблаговременно надо приспособить подвал под укрытие: убедиться, что там на полу нет воды, что лестница установлена надёжно, постелить на пол матрасы, внести небольшой запас воды и пищи на случай совсем уж неблагоприятных обстоятельств. Окна в доме лучше забаррикадировать мебелью для защиты от обстрела, ме-

бель внутри жилья переставить с учётом удобства размещения раненых и удобства оказания первой врачебной помощи. Обязательно нужно заблаговременно решить вопрос с освещением переносными светильниками, с обогревом — в холодное время года и запасом воды. Подъезды к дому должны быть удобными, транспорт лучше размещать поближе к дому, максимально укрытым строениями от воздействия огня противника. С медицинской точки зрения полевой медицинский пункт должен быть скорее приспособлен под мобильную реанимационную с палатой интенсивной терапии, нежели под полевую операционную. Задача ПМП — сортировка раненых, стабилизация их состояния путём оказания первой врачебной помощи и отправка для дальнейшего лечения в лечебные учреждения.

При ПМП должны находиться не менее двух специализированных машин «Скорой медицинской помощи» типа «УАЗ» (иномарки часто застревают в условиях боевых действий), в резерве желательно иметь ещё одну-две «Скорых» на случай резкого ухудшения обстановки. Очень хорошо, если в резерве есть небольшой автобус типа «Богдан» — в случае больших потерь или необходимости массовой эвакуации населения он становится незаменим. Держать на ПМП его не стоит — слишком уязвимая мишень, но по мере необходимости его всегда можно вызвать из ближайшего тыла. Работающая с ПМП бронетехника (чаще всего МТЛБ) должна возможно больше времени находиться в войсках, на направлении главного удара.

Персонал должен включать никак не менее одного врача и трёх медсестёр — врач с медсестрой

оказывает медицинскую помощь, вплоть до реанимационных мероприятий, прибывающим раненым, осуществляет их сортировку и так далее, две другие медсестры осуществляют медицинские мероприятия для раненых на этапах их эвакуации санитарным транспортом — по одной на каждую машину. Разумеется, это самый минимум, в идеале хорошо бы их было больше. Помимо медперсонала на медицинском пункте должны находиться водители медицинского транспорта, а также хотя бы несколько человек собственного охранения. Надежда на помощь соседей чаще всего оказывается призрачной. Обязательной является частая ротация личного состава для наиболее эффективного восстановления им сил, причём особенно — в разгар боевых действий. Насмерть уставший реаниматолог опасен для жизни военнослужащего! Для этого обязательно нужно создать все возможные условия для отдыха личного состава при медицинском пункте в перерывах между работой (сон, питание и так далее). Однако всё же наилучший отдых для большинства людей — ротация и нахождение в относительной безопасности в тылу. Нужно стремиться к тому, чтобы по возможности обеспечить такую возможность личному составу.

Задачи ПМП сводятся к: сортировке раненых, стабилизации их состояния, эвакуации в стационарные лечебные учреждения. При эвакуации крайне важно хорошо организованное и налаженное взаимодействие с учреждениями гражданского здравоохранения, прежде всего — службой «Скорой помощи» (СМП). При больших потерях, которые не-

избежны при крупных боевых операциях, своими силами справиться с эвакуацией будет весьма затруднительно — в этих случаях нужно договориться с руководством СМП о том, что мы эвакуируем до определённой точки, где они встречают наши машины и дальше уже эвакуируют сами.

1.3.3. Понятие о зонах тактической медицины. Действия в красной, жёлтой и зелёной зонах

Ключевым моментом, определяющим тактику парамедика подразделения, является понятие о зонах тактической медицины. Современная военная наука выделяет три: красную, жёлтую, зелёную.

Красная (высокой опасности) — место непосредственного получения ранения пострадавшим, как правило, находится под прямым обстрелом противника, чаще всего ещё и просматривается им. Действия в этой зоне — чаще всего ползком, на максимальной скорости, с максимальным прикрытием дымами, огнём и так далее.

Жёлтая (умеренной опасности) — «за углом» — место, не просматриваемое противником и не простреливаемое им настильным, прямым огнём (миномёт везде достанет). Как правило, это место — на удалении нескольких десятков метров от точки получения ранения, за ближайшим укрытием. Критерий — возможность встать на одно колено, чтобы оказывать помощь раненому.

Зелёная (относительно безопасная) — этап эвакуации. Подробнее действия на этапах эвакуации были нами рассмотрены выше.

Действия в красной зоне

Прежде всего — нужно уметь правильно залезть и переползть. Это особенно важно в поле и лесу. Принцип: залечь нужно быстро и не травмируясь. Исполнение: обмякнув всем телом, присесть на корточки, из этого положения — мягко, отклоняя туловище назад — упасть на колени и, опираясь на выставленную вперёд левую руку — на живот. При этом оружие фиксируем за пистолетную рукоятку в готовности к открытию огня сразу после занятия устойчивого положения. Перемещаться нужно лицом к противнику, в готовности к немедленному открытию огня — во-первых, это минимизирует площадь поражения, во-вторых, позволяет подавлять выявленные огневые точки. В условиях боя на близкой дистанции последнее исключительно важно.

Рюкзак лучше сумки. Идеальным является рюкзак с системой быстрого сброса — со всем необходимым, и маленькая сумочка (можно аптечка), с комплектом для первой помощи. Рюкзак сбрасываем и налегке направляемся за раненым. «Прежде чем сунуть куда-то голову, подумай, как будешь вытаскивать её!» Прежде чем лезть в красную зону, надо оценить оптимальные пути подхода к раненому и маршрут выхода из неё — с раненым.

Первичная сортировка осуществляется непосредственно в красной зоне, её задача: отделить погибших от тех, кто ещё может быть спасён. Критерии — состояние и сознание. Определяется по

реакции на вербальные или тактильные раздражители (окликнуть, похлопать по щеке), по реакции зрачков на свет, пульсу (с двух сторон). Кроме пульса — сдавливаем большой палец между двумя своими, если белое пятно на нём не проходит за пять секунд — сильное падение давления. Ещё один критерий — сильное учащение дыхания (норма 16 в минуту), дыхание поверхностное.

В красной зоне — работаем лёжа, в жёлтой — на коленях. Минимальный индивидуальный комплект — два жгута, косынка, ППИ. Жгут укладываем в карман не колечком, а галсером. Ни в коем случае не наматывать на приклад. Плащ-палатка складывается галсером по диагонали, а потом поперёк с обеих сторон «конвертом». Палатку укладываем рядом с пострадавшим, нижним углом к нему. Разворачиваем её, выкатываем на неё раненого и заворачиваем. Если один — цепляешь за угол палатки и тащишь лёжа. Но лучше иметь стропу — привязываешь за угол, бросаешь товарищам, и тащат всей толпой. На плащ-палатке эвакуируем пострадавших с ранениями в область живота и таза, на себе их вытаскивать не рекомендуется. На плащ-палатке раненого нужно вытаскивать в случае ранений в область таза и живот.

Если кто-то молчит — в первую очередь ему оказываем помощь. Смотрим зрачки, пульс, дыхание. Задачи — определить, живой или нет, в сознании или нет, наличие кровотечения. При оказании медицинской помощи в «красной зоне» нужно стремиться находиться «в одной плоскости» с раненым — чем больше, тем лучше.



ТАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА. Правила эвакуации раненого.

КАК ПРАВИЛЬНО СКЛАДЫВАТЬ ПЛАЩ-ПАЛАТКУ



1 Образовать диагональную складку.



2 Заправить конец палатки по складке внутрь.



3 Заправить второй конец палатки внутрь.



4 Заправить третий конец палатки внутрь с другой стороны.



5 Сложить свернутую палатку пополам.

ПРАВИЛА ЭВАКУАЦИИ РАНЕНОГО ПРИ ПОМОЩИ ПЛАЩ-ПАЛАТКИ



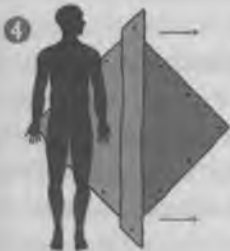
1 Положить палатку ближе к раненому, ее конец должен быть напротив поясницы (центра тяжести).



2 Развернуть конец палатки и подложить под раненого.



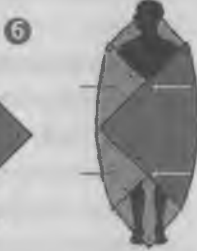
3 Перевернуть раненого, взяв за поясницу, положив его на расправленный конец палатки.



4 Развернуть второй конец палатки.



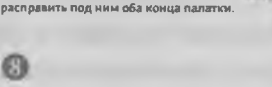
5 Перевернуть раненого второй раз, расправить под ним оба конца палатки.



6 Завернуть раненого в палатку.



7 Продеть сложенную вдвое веревку в отверстие палатки (с двух сторон палатки), чтобы получилась петля.



8 Взяв за веревки с двух сторон палатки, эвакуировать раненого.



В остальных случаях раненого лучше вытаскивать в положении «на себе». Основных вариантов два: лёжа на боку — раненого переворачиваем, укладываем живот на внутреннюю поверхность своего бедра, нога согнута под 90 градусов в тазобедренном и коленном суставе. Ползём, отталкиваясь от земли локтем той стороны, на бедре которой лежит раненый и ногой противоположной стороны, при этом свободная рука лежит на спине раненого, удерживая автомат за пистолетную рукоятку в готовности немедленно открыть огонь по противнику при его появлении («русский способ»). Раненого предпочтительнее тащить в положении «лицом вниз». Однако если его состояние относительно удовлетворительное, а противник чрезмерно активен и близко находится — можно тащить в положении «на спине», при этом он находится с оружием в руках и готовности немедленно открыть огонь.

«Американский» способ заключается в том, что раненого размещают у себя на животе, вдоль туловища, головой на уровне солнечного сплетения, и переползают с ним на спине, отталкиваясь обеими ногами и одной рукой, а второй придерживают его. Оружие (свое и раненого) на ремнях забрасывается на его спину.

Способ лучше подбирать себе индивидуально, в зависимости от экипировки и личных предпочтений. «Русский» способ позволяет лучше контролировать вокруг обстановку, при необходимости — активно подавлять противника огнём, переползая со снаряжением (рюкзак, лопатка и т.д.) на спине. «Аме-

риканский» — обеспечивает перетаскивающему большую защищённость и скорость перемещения, а также позволяет двигаться при наличии подсумков на обоих боках.

Всех раненых, находящихся в бессознательном состоянии, вытаскивать нужно лицом вниз, если раненых больше, чем мы можем одновременно эвакуировать из красной зоны; тех, кого мы будем эвакуировать во вторую очередь, нужно повернуть на бок лицом вниз. Дело в том, что в положении «лицом вверх» у раненых западает надгортанник и язык (или затекает содержимое желудка в верхние дыхательные пути), они перекрывают вход в верхние дыхательные пути, и раненый может умереть от удушья буквально за несколько секунд. В боевой обстановке переворот можно осуществить двумя способами:

1. Поднимаем руку с противоположной от себя стороны раненого, кладём её рядом с его головой, вдоль оси туловища, упираемся руками — в плечо, а подошвой стопы — в бедро и согласованным одновременным толчком конечностей «от себя» переворачиваем его.

2. Поднимаем руку раненого со своей стороны, кладём её рядом с его головой, вдоль оси туловища, захватываем раненого за одежду в подмышечной области, своей ногой (в области пятки и голеностопного сустава) захватываем его ногу, дальнюю от нас, одновременным усилием руки и ноги переворачиваем раненого на себя.

Прочие способы переворота, описанные в различных методичках, требуют существенного подь-

ёма своего туловища над уровнем раненого и создают существенную опасность от вражеского огня — в условиях красной зоны их применение нецелесообразно.

Действия в жёлтой зоне

В зоне относительной безопасности в первую очередь — купируем болевой шок внутримышечным введением обезболивающих. Сразу после этого — накладываем с помощью ППИ повязки на выявленные ранения военнослужащего, при наличии существенных дефектов ткани, существенных зон её разрушения — промываем эти места раствором аминокaproновой кислоты, накладываем на них гемостатические губки и пропитываем бинты аминокaproновой кислотой. При обширных ранениях, ожогах, ранении брюшной полости с эвентрацией — накладываем повязки с санитарной косынкой. При переломах, вывихах, повреждении связок, сильных ушибах — иммобилизуем повреждённую конечность с помощью санитарной косынки. Если тампонада раневой поверхности гемостатическими губками, наложение повязок и так далее эффекта не дали — можем повторно наложить жгут. В жёлтой зоне капельницу ставят редко, зато можно рекомендовать внутривенное введение кровоостанавливающих (транексам, викасол, дицинон, этамзилат) при наличии симптомов продолжающегося кровотечения или опасениях его начала. Здесь же производится транспортная иммобилизация переломов и травм и выбор оптимального способа дальнейшей эвакуации.

Действия в зелёной зоне

В боевых условиях раненые размещаются в «гнезде раненых» — веером, головы к центру, в центре — медик. На ПМП раненые укладываются рядами, с проходом в головах. Здесь осуществляется стабилизация состояния раненых, меняются повязки, производится более тщательная иммобилизация конечностей, постановка капельницы и другие мероприятия, нацеленные на полную стабилизацию раненых перед эвакуацией в стационарное лечебное учреждение.

1.3.4. Сортировка и эвакуация. Виды носилок, правила и порядок переноски раненого. Документация ранений и интервенций

Если обнаружено несколько раненых, лежащих недалеко друг от друга, в первую очередь помощь надлежит оказывать наиболее тяжело раненному (признаки шока, удушья, кровотечения). Следует обязательно учитывать, что громкие крики и повышенная двигательная активность раненого во все не доказывает тяжести его поражения. Чаще тяжелораненый, нуждающийся в помощи, лежит неподвижно, не отвечает на вопросы. Признаками тяжёлого состояния могут быть: бледное лицо, неподвижный взгляд, заторможенные реакции, учащённый пульс и дыхание, обильно пропитанная кровью одежда, судороги, выпавшие из раны внутренности.

Маркировка: средней тяжести — жёлтый цвет, тяжёлый — красный цвет, лёгкий — зелёный. Агониру-

ющий — белый цвет, отсутствие сознания — жёлтый. В зависимости от ухудшения или улучшения текущего состояния маркировка может меняться. Первыми увозят тяжёлых (красная маркировка).

Переноска раненых в положениях иных, помимо «волоком лёжа», преимущественно осуществляется в жёлтой и зелёной зонах, но при благоприятном стечении обстоятельств может иногда осуществляться и в красной зоне. Осуществлять эвакуацию (переноску) раненого можно: по одному, вдвоём, троём и т.д.

В методических пособиях описано огромное количество способов, в реальной жизни применяемых крайне редко, поэтому мы вам дадим основные, наиболее эффективные в практической деятельности.

Одному: на руках, на спине, приём Раутека, волоком.

На руках перед собой — одной рукой подхватываем под колени раненого, другой — под середину спины, на уровне груди. Наиболее быстрый способ, но неудобный, руки переносящего заняты, далеко нести тяжело. Годится, когда нужно перенести десяток метров максимум.

На спине: в случае, если нести необходимо достаточно далеко. Связываем руки раненого за запястья санитарной косынкой, свёрнутой в широкую ленту, забрасываем их себе на шею, встаём так, чтобы он висел у нас на спине, и идём. При этом руки свободны и позволяют в полном объёме пользоваться оружием при необходимости. Главный недостаток — требуется некоторый объём времени для осуществления.

Приём Раутека (также хорошо применим для извлечения из транспорта и так далее) — заходим со спины к раненому, проводим руки под его подмышками, берём пальцы «в замок» на его груди, и тащим так, чтобы его талия опиралась на наше бедро — очень быстр в осуществлении. При необходимости можно тащить на левой руке, обхватив раненого за грудь, а с правой вести беспокоящий огонь из личного оружия. Если раненый находится в сознании, при необходимости он также может вести огонь.

Если обстановка совсем неблагоприятная (тащить совершенно необходимо, раненый намного тяжелее несущего), можно попытаться тащить волоком — на плащ-палатке, еловых лапах и так далее. Способ исключительно тяжёлый — раненый неизбежно цепляется за все встреченные неровности почвы, которых в полевых условиях, как правило, предостаточно.

Вдвоём: на руках сидя, на подручных предметах, Раутек, на носилках.

На руках сидя: носильщики становятся с двух сторон от раненого, берут руки в замок, раненый садится на них, придерживаясь за плечи носильщиков. Способ имеет многочисленные ограничения: раненый должен достаточно хорошо себя чувствовать, чтобы сидеть, руки у носильщиков заняты, во фронтальной проекции мишень очень крупная — двое носильщиков и сам раненый.

На подручных предметах (чаще всего это доска) — сидя, аналогично переноске на руках.

Раутек — аналогично одному, но второй подхватывает раненого за ноги на уровне коленей и берёт

их под мышку либо на плечо. При этом способе переноски у каждого носильщика руки свободны, как и у переносимого, — удобство и скорость переноски, как и возможности ведения огня наибольшие.

На носилках: один берётся со стороны головы, один — от ног. Поскольку носилки быстро начнут выскальзывать из пальцев, рекомендуется связать концы их между собой — получится удобное кольцо, за которое легко захватить одной рукой, освободив другую при необходимости открыть огонь.

Втроём: носилки, плащ-палатка, одеяло и так далее.

Втроём и более обычно переносят на носилках, плащ-палатках и так далее, при этом спереди обычно идут двое, сзади — один. Чтобы носилки не выскальзывали из пальцев, рекомендуется продеть вдоль них тонкую ветку и в несколько оборотов намотать на неё — в этом случае держать их в руке будет удобнее.

При подозрениях на переломы позвоночника, повреждения таза и так далее раненого можно переносить только на твёрдых носилках. Идеальным является пластиковый щит, которым пользуются сотрудники СМП. В реальных условиях тяжело надеяться на его наличие, поэтому можно пользоваться дверью, скрещенными досками, при ранениях таза можно положить на мягкие носилки бронезилет, на него тазом — раненого. При этом виде ранений переноска — в позе «лягушки», при ранениях позвоночника — лёжа на спине.

Раненого на носилки укладывают втроём: один берётся за ноги, один за голову (кисти подводятся под

шею), один — за поясницу и область таза. Поднимать нужно без рывков, очень аккуратно и синхронно. Необходимо чтобы раненый оставался выпрямленным в горизонтальной плоскости, параллельно земле — без всяких перегибов в теле. Особенно это актуально при повреждениях позвоночника.

Извлечение из машины пострадавшего осуществляется приёмом Раутека, если есть необходимость извлечения из бронетехники — рекомендуется пользоваться лямками. Если их нет (а чаще всего там, где их надо, их нет) — стропой: её нужно застегнуть, провести под мышки раненого, сзади-наперёд, повесить себе на плечи и тягой за счёт усилия мышц спины поднимать вверх. При этом руки свободны и позволяют скорректировать положение раненого, чтобы он нормально поместился в люк.

При переноске пострадавшего на носилках следует соблюдать следующие правила: обеспечить пострадавшему элементарные удобства, чтобы он не испытывал боли, холода, чтобы ему не было жестко лежать; не допускать раскачивания носилок при ходьбе, для чего оба носильщика должны идти не в ногу; идти следует короткими шагами, не торопясь, обходя все неровности, избегая толчков; пострадавшего следует нести по ровной местности ногами вперед, чтобы идущий сзади мог наблюдать за состоянием больного по его лицу; при подъеме на лестницу или вверх по наклонной плоскости носилки нести головным концом вперед, а при спуске — ногами вперед, при этом носилки должны всегда находиться в горизонтальном положении, для чего ножной конец поднимать на плечи, а головной держать

в руках, добиваясь горизонтального положения; при переносе вверх, особенно по лестнице, всегда желательна помощь третьего, а иногда и четвертого человека. При эвакуации в салоне автобуса или кузове автомобиля тяжелобольных размещают на носилках преимущественно в передних секциях и не выше второго яруса. Носилочные пораженные с транспортными шинами, с гипсовыми повязками размещаются на верхних ярусах салона. Головной конец носилок должен быть обращён в сторону кабины и находиться на 10...15 см выше нижнего, чтобы уменьшить продольное перемещение пораженных в ходе движения транспорта. Легкопораженные (сидячие) размещаются в автобусах в последнюю очередь на откидных сиденьях, а в грузовых автомобилях — на деревянных скамейках (досках), укрепленных между боковыми бортами. При эвакуации пораженных в состоянии психического возбуждения принимаются меры, исключающие возможность их падения с транспорта (фиксация к носилкам лямками, введение успокаивающих лекарственных средств, наблюдение за ними легкопораженных, а иногда выделение сопровождающих).

При выборе последовательности способов эвакуации раненого важно учитывать основные факторы эвакуации.

Тактические факторы

а. Переноска человека четырьмя носильщиками по открытому пространству происходит, как правило, со скоростью около 800 ярдов (730 метров) в час — при благоприятных условиях.

б. На пересеченной или холмистой местности скорость понижается до 500–600 ярдов (450–550 метров) в час.

с. Если это возможно, то обязательно должен присутствовать один свободный носильщик для подмены.

д. При нахождении в джунглях подготовка и расчистка места для зоны посадки вертолетов выдает позицию подразделения и может занять до двух дней.

Медицинские факторы

а. Следующие категории пострадавших требуют срочной доставки в лечебное учреждение и плохо переносят переноску: имеющие проникающие ранения в грудь, имеющие тяжелые ранения головы.

б. Следующие категории пострадавших также плохо переносят переноску — необходимо по возможности не перемещать их, и переносить только до ближайшей зоны посадки: имеющие проникающие ранения в брюшную полость, имеющие переломы спины и бедер.

Маркировка и отчет

Вообще-то, при выполнении любых медицинских манипуляций (начиная с наложения жгута) — необходимо их документировать. Особенно это актуально потому, что человек, получивший ранение и впавший в состояние шока, в любую секунду может потерять сознание. В таком состоянии он не способен сообщить о том, что с ним произошло, или описать сим-

птомы. Поэтому любая информация, полученная от пострадавшего до наступления потери сознания, должна быть записана и передана вместе с ним медицинскому персоналу.

История повреждения: что случилось, где и когда? на что жалуется?

Пострадавшего необходимо тщательно осмотреть и записать нижеследующую информацию (на момент осмотра):

- а) ранение, где расположено, характер и т.д.;
- б) если травма не одна, то описать все остальные обнаруженные травмы;
- в) пульс и дыхание;
- г) цвет кожи и состояние: теплая, сухая или влажная;
- д) наличие — отсутствие сознания.

На листе бумаги также отмечается: время выполнения всех манипуляций, тип применяемых лечебных средств, их количество и так далее. Этот лист передаётся вместе с раненым в лечебное учреждение, и его наличие существенно облегчит медработникам определение тактики дальнейшего лечения данного пациента. Потому медработник подразделения должен иметь с собой блокнот и ручку (или карандаш).

1.3.5. Использование подручных средств: носилки, жгуты, шины

Лучше всего, разумеется, использовать специально приспособленное медицинское оборудование и расходные материалы. К сожалению, как показы-

вает опыт, всё предусмотреть не всегда возможно — поэтому нужно быть готовым к творческой импровизации. Кроме того, существенным плюсом является сама по себе готовность оказать помощь, невзирая ни на какие обстоятельства.

Здесь давать универсальные рецепты довольно тяжело — в оказании медицинской помощи подручными средствами очень важна фантазия и готовность к импровизации. Отметим только, что широкой и тонкой полиэтиленовой плёнкой (аналогичной той, которой обёртывают сумки в магазинах) очень удобно бинтовать обширные раны (в том числе брюшной стенки и грудной), фиксировать переломы (в сочетании с журналом или пустой бутылкой), бинтовать голову и шею. Очень хорошая повязка из неё получается на область таза при ранениях — мало того, что она не сползает и не разматывается, в отличие от бинтов, но и ещё, будучи намотана во много слоёв, иммобилизуется место перелома. Существенным минусом является её герметичность: воздух под неё не проходит, вследствие чего при длительной транспортировке присутствует опасность развития газовой гангрены. Выходом из ситуации является наматывание её поверх бинтовой повязки, пропитанной перекисью, или промывание тканей под ней перекисью из шприца.

При отсутствии штатных жгутов можно использовать для замены их пластиковые хомуты-стяжки (одноразовые или многоразовые). При этом необходимо иметь в виду, что даже одноразовую стяжку можно ослабить (или снять) не разрезая — поджав

кончиком ножа её пластиковый выступ-фиксатор, которым она удерживает ленту за насечки. Кроме того, жгут можно свернуть из той же широкой и тонкой полиэтиленовой плёнки. Существенным недостатком обоих типов указанных жгутов является то, что они являются весьма узкими — следовательно, при наложении могут достаточно сильно травмировать ткани и нервные стволы конечностей.

При переломах верхней конечности весьма удачная шина получается из пластиковой бутылки, одна сторона которой вмята вдоль, в сочетании с этой же полиэтиленовой плёнкой.

В качестве носилок в условиях города широко использовались одеяла, покрывала и тому подобные предметы. Для удобства переноски раненого рекомендуется как минимум подворачивать их боковые стенки вдоль и захватывать получившийся валик в кулак — так нести будет значительно легче.

При необходимости импровизированные носилки можно изготовить следующим образом: взять три полевые куртки и вывернуть рукава наизнанку вовнутрь — пуговицы на обшлагах застегнуть. Застегнуть все пуговицы спереди на куртке, кроме самой верхней. Сквозь рукава продеть палки (шесть). Если предстоит переноска пострадавшего на длинную дистанцию, то в голове и в ногах закрепить поперечные упоры.

Настоятельно рекомендуем в полевых условиях использовать повязанную на шею косынку (арафатку, куфию, шарфик из хлопчатобумажной ткани

и так далее) маскировочного цвета. В холод она согревает сонные артерии и верхние дыхательные пути (гортань, трахею), в жару, будучи смочена водой — охлаждает их же. При передвижении ползком в высокой густой траве, будучи надвинута на нижнюю часть лица, — защищает верхние дыхательные пути от попадания в них пылицы, насекомых и так далее — а они иногда могут обладать ярко выраженным аллергенным действием. В засаде позволяет маскировать лицо, при холодной погоде — не только скрывает пар от дыхания, но и сохраняет его тепло.

Однако наиболее примечательным является то, что ту часть косынки, которая находится на затылке, можно предварительно пропитать: с одной стороны — раствором 5%-ного уксуса (половина столовой ложки на стакан воды), с другой — раствором 10%-ной соды (столовая ложка на стакан). При попадании в сферу действия химически активных газов (хлора, аммиака) сдвинутая на органы дыхания косынка позволяет некоторое время не задохнуться. Этого времени может хватить для того, чтобы покинуть место заражения.

В случае воздействия раздражающих газов (например, «черёмухи») и при отсутствии противогаза целесообразно сделать глубокий вдох, после надеть на голову полиэтиленовый пакет, желателно перевязать его чем-то на шее (той же косынкой) и максимально быстро двигаться к ближайшему краю задымления. У вас будет около трёх минут, что, как правило, более чем достаточно, чтобы покинуть эпицентр воздействия.

1.3.6. Работа с гражданским населением, взаимодействие с командованием

В боевых условиях гражданское население является одной из главных проблем военного медика. В отличие от военнослужащих оно не организовано, содержит в своих рядах высокий процент людей, имеющих проблемы со здоровьем или нуждающихся в особом уходе (дети, инвалиды, престарелые и так далее) — особенно в зоне боевых действий. Причина этого в том, что здоровые и благополучные имеют возможность (и, как правило, ею пользуются) при первых признаках грядущих неприятностей покинуть зону активных боевых действий.

Структура потерь (и типы оказываемой медицинской помощи) также существенно отличаются от таковых в рядах военнослужащих. Во-первых, гражданских гибнет (при позиционной фазе боевых действий, в отсутствие крупных наступательных боёв) в абсолютном числе — больше, чем военнослужащих (противник наш — фашисты, и как им и положено, обстреливает кварталы, где проживает гражданское население, кроме того, военные имеют укрытия и обучены действиям при обстреле). Во-вторых, по опыту ДНР, при том что убитые артиллерийским огнём противника исчислялись десятками, морги были завалены. Причина — массовая смертность населения от самых различных заболеваний в условиях слома привычного уклада жизни, отсутствия медикаментов, продуктов питания, воды, транспорта. Происходит вроде бы не-

заметный «бархатный» геноцид, лучше всего описываемый формулой: «война — это не там, где стреляют, это там, где убивают».

Боевой стресс у гражданских выражен намного более ярко, чем у военнослужащих, это надо иметь в виду и уделять внимание профилактике его последствий (методы были описаны нами выше).

Типовые операции по работе с гражданским населением: эвакуация, помощь на дому, организация пунктов сбора, сбор и анализ информации.

Для помощи беженцам обычно гражданские власти создают места их временного размещения, пункты питания и так далее. Для тактического медика основная задача — успешная доставка беженцев до этих пунктов. В принципе задача аналогична эвакуации своих раненых, принципиальное отличие в одномоментном поступлении очень большого количества пострадавших (чаще всего массовый исход беженцев начинается с резким усилением боевой активности в данной местности, при этом попечение о них командиры самых разных степеней, как правило, возлагают на медицину). Для успешной эвакуации необходимо располагать многоместным транспортом — более удобными и вместительными являются гражданские автобусы, более проходимыми — армейский транспорт типа «Урал» и «КамАЗ». Для эвакуации нужно определять места сбора населения — и всеми способами оповещать желающих покинуть местность о необходимости самостоятельно прибывать в эти места. По возможности крайне желательно, чтобы места сбора беженцев были защищены строениями, тер-

риконами и так далее от воздействия вражеской артиллерии, не просматривались их наблюдателями.

В работе с гражданским населением нужно как можно активнее привлекать волонтеров — как из числа местных жителей в очаге эвакуации, так и из числа жителей близлежащих селений, выразивших желание оказать содействие. Сильной стороной первых является знание местности и владение информацией об основных местах скопления не успевших эвакуироваться, а также, зачастую, — о минных полях, позициях противника и так далее. Сильной стороной вторых — высокая инициатива и решимость действий. В то время как местные волонтеры, как правило, длительное время находившиеся под воздействием огня противника и различных лишений, в существенной степени психологически и физически истощены, те люди, у которых хватило желаний и сил прибыть в другой город для оказания помощи местному населению, как правило, достаточно активны. Естественно, местных волонтеров надо распределять между группами не знающих города — как волонтеров, так и военнослужащих. Это существенно облегчит ориентирование и ускорит поиски.

Психика гражданских людей в такой ситуации, как правило, весьма сильно подавлена — в общении с ними крайне желательно избегать без необходимости излишней экспрессии в тоне и содержании команд, желательно подбадривать и успокаивать. При этом обязательно нужно иметь в виду, что каждый привлеченный на помощь добро-

волец — большое подспорье, однако если уж они досидели до крайних стадий эвакуации, то это скорее всего означает, что они — малоинициативные, нерешительные люди и могут не проявить достаточного рвения помогать вам. В таких случаях нужно найти аргументацию, призванную привлечь их к сотрудничеству. Лучшим способом является отправить семьи мужчин в тыл, на пункт сбора беженцев, а им самим объяснить, что спасение населения — общий долг, и теперь, когда их семьи в безопасности, они должны помогать.

Обязательно необходим краткий инструктаж по способам поиска желающих эвакуироваться, эвакуации неспособных самостоятельно передвигаться и так далее: люди проинструктированные чувствуют себя намного увереннее. Пара команд на построение: смирно, направо и так далее тоже успокаивающе действуют на психику (разумеется, без злоупотребления). Телефонная связь, скорее всего, будет заглушена (как всегда, в очагах интенсивных боевых действий), а у местных аккумуляторы будут разряжены (электричества там, как правило, нет), поэтому координация усилий и руководство действиями — только через посыльных. Важным моментом является заранее обозначенный сборный пункт для желающих эвакуироваться в относительно безопасном месте недалеко от медпункта: необходимо, чтобы они сообщали о его месторасположении максимальному числу местных жителей, которых обнаружат. Даже в отсутствие какой бы то ни было связи эта информация

распространится среди местных очень быстро, и искать придётся гораздо меньшее число — многие придут сами.

У эвакуирующихся местных мирных жителей необходимо активно собирать информацию о местах нахождения местных, желающих эвакуироваться, и при малейшей возможности оказывать им содействие.

Об особенностях взаимодействия с командованием и подчинёнными в условиях иррегулярных боевых действий можно написать целую книгу. Если говорить совсем кратко, в отношении командования они сводятся к тому, что чудовищный беспорядок на всех уровнях, отсутствие какой-либо (не говорю уже — нормально налаженной) службы тыла и боевого обеспечения, приводят к жуткому цейтноту и сильнейшему стрессу у командиров всех уровней. Учитывая это, чем меньше вы будете напрягать командиров (и больше задач решать самостоятельно) — тем лучше. Вторым важным фактором является жуткий дефицит нормальных людей на командирских должностях: на них крайне редко попадают не просто кадровые офицеры, но даже и просто нормальные люди. Самый распространённый вариант — калька с гражданского общества, когда на командные должности пролезают те, у кого есть деньги и привычка быть на денежных местах, — спекулянты и воры всех мастей, которых по недоразумению в современном обществе именуют «бизнесменами» и «коммерсантами». Если в мирное время они своим неуёмным воровством и пол-

ным отсутствием какой-либо работы «на перспективу» поставили нашу страну на край гибели, то в условиях войны (напомним, «война — это та же самая мирная жизнь, просто сконцентрированная до предела») они, как правило, раз за разом губят свои подразделения, чаще всего — вполне осознанно, частично или в полном составе, ради получения какой-либо материальной выгоды. Самое печальное, что даже наличие военного образования и «кадрового» прошлого не гарантирует от этой напасти — в современном обществе, когда именно торгашеские способности являются мерилем всех добродетелей человека, таких достаточно и в регулярной армии. Простейший рецепт борьбы с этой напастью — тщательно выбирать себе командира. Как правило, в условиях иррегулярной войны имеется много возможностей (особенно для медика) перейти в то подразделение, которое кажется ему более достойным.

С подчинёнными, военнослужащими своего подразделения и так далее гораздо проще: будьте всегда честны и доблестны, ни в коем случае не пятняйте себя расхищениями гуманитарной помощи или мародёрством, в бою старайтесь быть всегда с пехотой, решительно и профессионально исполняйте свой долг — и заслужите любовь и уважение простых бойцов, а также младших командиров. Правда, отношения со старшими (см. выше) этим вы можете испортить — но это в случае, если не последуете совету выбирать их из числа возможно более достойных людей.

1.4. Профилактика и лечение основных заболеваний, наиболее часто применяемые медикаменты (теория)

Как показывает опыт, тактическому медику не обойтись в своей повседневной практике без умения оказывать помощь при наиболее распространённых в боевой обстановке заболеваниях личного состава. Это, в порядке убывания распространённости: простуда, потёртости нижних конечностей, понос, гипертония, язва, заболевания сердечно-сосудистой системы, различные расстройства нервной системы вследствие боевого стресса (бессонница, депрессия, чрезмерное перевозбуждение). Получают ранения, к счастью, гораздо реже, нежели страдают от данных расстройств здоровья. В лечении данных заболеваний, как ни в чём другом, отчётливо проявляется необходимость для тактического медика заранее планировать свои действия и обеспечивать себя всем необходимым для выполнения своих задач. Во-первых, я бы в самой минимальной степени рекомендовал полагаться на «траволечение» и «терапию подсобными средствами». Прежде всего потому, что в боевой обстановке зачастую довольно затруднительно отыскать их, и, отправившись в неизвестной местности за «целебной ромашкой», можно легко найти «кардинально целебную, от всех болезней» мину. Во-вторых, потому, что современный человек вообще плохо разбирается в травах, способах их приготовления и применения. В-третьих, потому, что современная

фармакология шагнула далеко вперёд, и большинство её препаратов обладают реально высокой эффективностью, а боевые действия — не самое подходящее место для сомнительных экспериментов. Лучше выбирать то, что реально работает.

В условиях иррегулярных боевых действий хороший тактический медик должен быть готов к тому, что у других подразделений, которые во время боевых действий будут действовать совместно с его группой или отрядом, военнослужащих, болеющих всевозможными заболеваниями, прежде всего из числа здесь перечисленных, будет достаточное количество, а своих медиков, скорее всего, не окажется. Стандартной ситуацией на пике боевых действий было, когда на сводный батальон приходилось три-четыре медика максимум. Отказ же в медпомощи бойцам других подразделений не только некрасив с морально-психологической точки зрения, но и банально вреден с прагматической точки зрения: скорее всего, вам с этими людьми придется ещё не раз совместно действовать. Они сформируют о вас своё мнение и будут делиться им в среде прочих военнослужащих. Уверенность пехоты в своей «медицине», как уже не раз было указано, основывается именно на таких случаях не в меньшей степени, чем на героизме, проявленном парамедиками на поле боя.

Вывод прост: медикаментов для лечения вышеперечисленных патологий надо брать с собой «с запасом», недаром речь идёт о том, что медику для работы «в поле» нужен именно рюкзак. Не нужно де-

лать акцент на дорогих или импортных препаратах — отечественные показали себя вполне эффективно.

Для лечения простуды — когда она уже развилась — парацетамол, аспирин, по 1 таблетке два раза в день, при кашле, который весьма часто сопутствует, — бромгексин по 2 табл. 2–3 раза в день, лазолван. Очень хорошо, особенно на начальных стадиях простудных заболеваний, помогают пакетированные «чай» — препараты типа колдрекса, фармацитрона и так далее, которые нужно разводить в стакане горячей воды перед употреблением.

Потёртости нижних конечностей — невзирая на кажущуюся непосвящённым «незначительность» — весьма серьёзная проблема в боевых условиях, особенно когда действуют иррегулярные формирования. Дело в том, что тогда воюют необученные люди, часто — без навыков бивуачной жизни, в обуви, собранной по принципу «что бог послал». Потёртости могут не только резко снижать подвижность военнослужащего, а с ним — и всего его подразделения, но и служить причиной развития отморожений ног в холодное время года — так как нарушены обменные процессы и температурный режим ног. Для профилактики рекомендуется мыть ноги водой комнатной температуры с хозяйственным мылом, часто менять носки и сушить обувь. В целях профилактики стоит рекомендовать тщательно подобранную и разношенную заранее походную обувь, ни в коем случае не тесную, и толстые носки (лучше портянки, кто умеет наматывать). Носки и портянки должны быть сухими, за этим надлежит тщательно следить в любой обстановке.

Места с намечающимися потёртостями — тщательно заклеивать лейкопластырем, чем раньше, тем лучше, оптимальным является специальный бактерицидный, который крепко фиксируется на поверхности кожи. Если на месте потёртости уже образовался волдырь — надрывать его нельзя, желательнее аккуратно проткнуть его иглой шприца и удалить из него жидкость, а потом наклеить лейкопластырь.

Грибок (микоз) — это инфекционное заболевание, передающееся через полы душевых, дощатые настилы, лестницы, полотенца и т.д. Поражает, как правило, нижние конечности. Симптомы:

а. Появление покрасневших и сильно чешущихся участков между пальцами ног.

б. На покрасневших участках появляются небольшие волдыри.

в. Пораженные участки белеют и распухают.

г. Верхний слой кожи отделяется, трескается и облупливается.

д. Пораженные участки отличаются резким неприятным запахом и высокой чувствительностью.

Меры профилактики: частая смена носков, сухая и чистая кожа ног, носки, обувь и ступни при больших нагрузках рекомендуется присыпать гигиеническим тальком либо использовать противогрибковые одноразовые стельки.

В случае наличия грибковых заболеваний — обрабатывать кожные покровы пастой Теймурова либо клотримазолом.

Расстройства деятельности кишечника (понос, проще говоря) — невзирая на несерьёзность названия, очень важная проблема в боевых условиях.

Во-первых, едят все что попало, нередко случаи, когда из продуктов — только такие несовместимые в гражданских условиях, как жирная консервированная свинина и сырая вода сомнительного происхождения, которую в силу ряда причин прокипятить так и не удалось. Кроме того, в боевой обстановке нервничают все, даже те, кто внешне выглядит спокойным, а народное название данного недуга — «медвежья болезнь». Иначе говоря, усиление перистальтики кишечника при сильном стрессе — естественная защитная реакция организма. Для лечения нужно использовать лоперамид, лопедиум — две таблетки единомоментно и по одной — каждый раз при новом расстройстве кишечника, вплоть до полного его искоренения. Очень хорош для профилактики поноса, как, впрочем, и профилактики простудных заболеваний, крепкий чай.

Сильная диарея мало того что сама по себе быстро приводит к обезвоживанию и истощению пациента, но также может быть симптомом серьёзного отравления либо развития дизентерии. Потому помимо принятия следующих мер: обеспечить покой пострадавшему, до прекращения диареи — давать только жидкости, лоперамид либо лопедиум — по указанной выше схеме, в случае, если диарея сохраняется более суток — обязательно обратиться за медицинской помощью в лечебное учреждение.

Для профилактики — соблюдать меры личной гигиены, пить только кипячёную или обеззараженную воду, избегать поедания немых овощей и фруктов.

Гипертония — весьма распространённая в условиях иррегулярной войны патология. Воюют нередко

пожилые люди, у которых она уже есть, а боевая обстановка (см. «стресс») существенно способствует её усилению. Именно с её высокой вероятностью не рекомендуется всем воинам с жалобами на головную боль тупо раздавать обезболивающие — сначала необходимо измерить им давление, возможно, оно повышено. Помимо головной боли симптомом гипертонии является покраснение кожных покровов лица. Нормальное давление — 120 на 80 мм рт. ст., в случае, если оно повышено, — хорошо помогает каптопресс (полтаблетки или таблетки под язык, в зависимости от уровня превышения давления), анаприлин (одна таблетка).

Головная боль различного происхождения — исключительно распространённая в боевой обстановке жалоба. Скорее всего связана с тем, что в условиях постоянного стресса развивается спазм сосудов головного мозга и нарушение его кровоснабжения. Частой причиной также является иррадиация зубной боли — при этом совсем не обязательно, чтобы зубы имели ярко выраженные дефекты и разрушения. Там зубы болят даже у тех, кто на них никогда ранее не жаловался. Лечение — препараты от головной боли: кому-то помогает цитрамон, кому-то — кетанов, пенталгин. Анальгин оказался малоэффективным, поэтому рекомендовать его не будем. Пациентов с подозрением на заболевания зубов нужно настоятельно уговаривать обращаться к стоматологу, как только представится такая возможность. Если головная боль не проходит длительное время, тем более — нарастает, необходимо обратиться в лечебное учреждение.

Инородные тела — нередкая в полевых условиях проблема. Это — присутствующие в человеческом теле чужеродные объекты, как то: камни, грязь, металл, занозы, насекомые и т.д.

В некоторых случаях инородные тела не удаляются (например, при ранениях). Накладывается марлевая повязка, и пострадавший доставляется в лечебное учреждение. ИТ в глазу — реальная проблема, существенно снижающая боеспособность пострадавшего и чреватая различными осложнениями. При попадании ИТ в глаз его можно удалить кончиком влажного чистого носового платка. Верхнее веко может быть вывернуто с помощью спички. Если ИТ попало в глазное яблоко — не пытаться удалить его самостоятельно. Наложить на глаз повязку и доставить пострадавшего в медицинское учреждение. При попадании в глаз химических реагентов типа извести, кислот, млечного сока, змеиного яда — промыть пораженный глаз водой в течение 15 минут, после этого доставить в медицинское учреждение. Лучшим способом профилактики инородных тел глаза является применение тактических (иначе называемых «баллистическими») очков.

ИТ в ухе — как правило, это насекомые. Нужно уложить пострадавшего набок, ухом вверх. Закапать в ухо теплое (не горячее) растительное масло. Нельзя пытаться удалить ИТ из уха иголками, спичками и т.п.

При наличии ИТ в носу: зажать пальцами свободное носовое отверстие и резко высморкаться.

Язвенная болезнь — нередкая патология в боевой обстановке, особенно у командного состава.



ТАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА. Симптомы и лекарства.

ГОЛОВНАЯ И ЗУБНАЯ БОЛЬ

Цитрамон,
пенталгин,
спазмогон



ПРОСТУДА

Парацетамол, аспирин



КАШЕЛЬ

Лазолван



Бронхексин



Пакетированные чаи



СТРЕСС, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ЯЗВЕННУЮ БОЛЕЗНЬ

Успокоительные лекарства, предотвращающие сужение сосудов и нарушение кровообращения.

Пустырник



Волокардин



ДИАРЕЯ (МЕДВЕЖЬЯ БОЛЕЗНЬ)

Лоперамид



лопедиум



Диарея может быть следствием пищевого отравления, а также дизентерии. Ее следствием является обезвоживание и истощение.

ПРИ ПОТЕРЯХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Клетримазол Гигиенической тальк



ПРАВИЛА НАМАТЫВАНИЯ ПОРЯНКИ



Рекомендуется использование портянок, разношенной обуви, толстых носков. Для профилактики конечности обрабатываются хозяйственным мылом в холодной воде.

ва. Возможно, причиной этого является, помимо обычного для всех воюющих стресса, ещё то, что командиру приходится постоянно контролировать внешнее проявление своих эмоций. Происходит перераспределение нервных импульсов из соматической (ответственной за эмоции) части нервной системы в симпатическую (ответственную за функционирование внутренних органов). В первую очередь страдает желудок и двенадцатиперстная кишка: постоянный спазм их сосудов приводит к нарушению кровоснабжения, как следствие — недостаточное восстановление клеток их стенок, разрушение поверхностного слоя и образование язвы. Для лечения рекомендуется альмагель, ранитидин, дополнительно — общее успокаивающее и регулярное питание с горячей пищей.

В условиях боевых действий различные заболевания сердечно-сосудистой системы проявляются прежде всего болями в области сердца после физической или эмоциональной нагрузки. Дифференциальная диагностика их между собой затруднена, особенно в полевых условиях, но в нетяжёлых случаях не является необходимой: приём валокордина, барбовала и других препаратов, улучшающих работу сердца и одновременно оказывающих успокоительный эффект, обычно оказывается достаточно. При этом в случае, если боли носят выраженный характер, сопровождаются симптомами удушья, страха смерти и т.д., необходимо незамедлительно доставить пациента в лечебное учреждение. Недооценка опасности чревата развитием весьма часто-

го в боевой обстановке заболевания — инфаркта миокарда. Например, только за один день только в одной бригаде им заболели два командира подразделений, один из которых умер.

Различные расстройства нервной системы вследствие боевого стресса (бессонница, депрессия, чрезмерное перевозбуждение) — очень частое явление, так же часто недооцениваемое, как и встречающееся. О психотерапевтических способах работы с ним нами было рассказано в отдельной главе. К сожалению, в силу многообразных причин в боевой обстановке чаще всего трудно заставить бойцов выполнять специальные упражнения, пусть и нацеленные на спасение их жизни и здоровья. Поэтому всегда рекомендуем иметь с собой успокаивающие препараты: как минимум — настойку валерианы, пустырник, упомянутый барбовал. Удобнее пользоваться ими в таблетированном виде, но гораздо быстрее они всасываются и оказывают более сильный эффект в виде спиртовой настойки.

Хорошо показала себя смесь корвалола, пустырника и спирта. При приёме по 5–10 мл каждые полчаса — потенцирует действие обезболивающих, даёт общий успокаивающий эффект.

В случаях тяжёлого расстройства нервной деятельности, повышенной двигательной активности военнослужащего, особенно с явной угрозой для окружающих, лучше использовать сильные успокаивающие, типа реланиума, однако, во-первых, трудно надеяться на их наличие в аптечке тактического парамедика, а во-вторых, их при-

менение сопряжено с необходимостью контроля немалого количества параметров организма. Сбор их и оценка — задача лиц со специальным образованием.

Специальных «боевых» психотропных на нашей стороне за всю кампанию мне видеть не доводилось. Противник использует их весьма широко.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В «ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД»

Опыт подавляющего большинства конфликтов последних десятилетий показал, что развитию полномасштабных боевых действий на той или иной территории (Ливия, Ирак, Сирия, Украина) всегда предшествовало развитие социальной и политической нестабильности в обществе. Используя те или иные слабые места общественного мироустройства, спецслужбы враждебных государств с использованием подконтрольных им СМИ умело разжигали очаги религиозных, социальных, национальных и иных конфликтов и осуществляли захват власти руками своих ставленников. Развитие полномасштабной гражданской войны обычно было уже вторым, следующим этапом развития ситуации.

Данный сценарий основательно продуман и проработан с научной точки зрения нашим противником. Известно, что во время событий на Майдане качественно подготовленные специалисты из враждебных спецслужб с медицинским, нередко врачебным образованием осуществляли масштабный комплекс мер по медицинскому обеспечению мя-

тежников: от непосредственного оказания помощи до обучения основам медицины катастроф по специально разработанным методичкам. Данный период времени можно назвать «промежуточным» или «переходным» — в его процессе происходит переход общества от состояния мира к состоянию гражданской войны или фашистской диктатуры (которая, в свою очередь, существовать без войны не может. Война является и целью, и источником легитимности власти, и источником средств в виде кредитов).

Отличительными чертами этого переходного периода, во-первых, является то, что те или иные гражданские и общественные институты перестают функционировать либо их работа протекает в патологическом, извращённом для общества виде с соответствующими результатами. Во-вторых, возникшие в процессе нарастающего кризиса проблемы в состоянии общества, населения, народа уже не могут быть парированы традиционными механизмами мирного времени, а механизмы и методы времени военного ещё не созданы.

В отношении медицины этого переходного периода основными чертами можно считать следующие:

1. Существенное спорадическое возрастание травматизма в ходе массовых акций. То есть относительно большое количество граждан получает травмы и ранения в ходе массовых шествий, митингов, пикетов, на блокпостах и так далее.

2. Взрывообразный рост травматизма сам по себе является серьёзным вызовом гражданской медицине. Дело в том, что в отличие от медицины советских времён, когда она рассматривалась как

серьёзный резерв общества на случай тотальной войны, и располагала значительными материальными и кадровыми запасами на случай чрезвычайных ситуаций самого различного типа, медицина при современном, капиталистическом обществе — хоть в России, хоть в других странах, строится из расчёта максимальной экономии средств и рассчитана на функционирование в условиях относительной стабильности. Соответственно, её ресурсы для блокирования нештатных чрезвычайных ситуаций, особенно существенного масштаба, весьма ограничены.

3. В условиях социальной нестабильности функционирование учреждений гражданского здравоохранения нарушается весьма значительно. Часть медработников покидает привычные места работы, часть — в силу политических пристрастий выполняет свои обязанности ненадлежащим образом. Достаточно быстро нарушаются такие ключевые моменты, как снабжение медикаментами и топливом, в том числе для службы «Скорой медицинской помощи». Кроме того, выполнение медицинскими работниками своего врачебного долга зачастую сопряжено с риском для жизни и здоровья. В особенности это относится к службе «Скорой медицинской помощи». Соответственно, зачастую выполнение задач по оказанию первой помощи пострадавшим и эвакуации их в городские лечебные учреждения осуществляется далеко не в том объёме, в котором необходимо.

Если кратко подвести итоги, то получится примерно так: «Медицина мирного времени уже не справляется, медицина военного — ещё отсутствует».

В этой ситуации существенному снижению числа жертв, в особенности среди гражданского населения, может способствовать заблаговременная военно-медицинская подготовка максимально большего числа граждан. Поскольку мы не знаем, где именно усилениями вражеских спецслужб возникнет очередной очаг напряжённости, а как показал опыт Новороссии, на своевременный приезд профессионалов от медицины рассчитывать не приходится, важно, чтобы алгоритмы действий были максимально простыми и доступными людям совершенно без медицинского образования. Это позволит обучить значительное количество людей, прежде всего из числа добровольцев, повсеместно, а также создаст условия к передаче ими своих знаний окружающим, также в любых условиях, вплоть до полевых, за минимально короткое время и при условии отсутствия у обучаемых также каких бы то ни было медицинских знаний.

Особенности медицины «переходного этапа»

Важными социальными моментами данного периода являются следующие.

1. Высокая концентрация живой силы, малое количество оружия, в особенности огнестрельного и современного.

2. Неопределённость позиций силовых структур и органов власти, большое количество двурушников.

3. Высокая, зачастую неприкрытая активность вражеских спецслужб, провокативная деятельность подконтрольных им СМИ.

4. Отсутствие психологической мобилизации у местного населения, готовности к предстоящему

развитию боевых действий. Из этого проистекает исключительно высокая склонность к паническим настроениям и самым невообразимым слухам, мгновенные перепады настроения у большинства граждан, неопределённость позиции.

5. Очень разная степень пригодности к действию и взаимодействию у различных людей и социальных групп. В этом смысле очень важен правильный подход к выбору сторонников и сочувствующих, умелая работа с ними, всесторонняя агитация и пропаганда.

Основными целями работы медицинской службы на данном этапе является: медицинское обеспечение массовых шествий, митингов, пикетов и иных общественных мероприятий. В случае увеличения напряжённости общей обстановки дополнительно на повестку дня выходит обеспечение блокпостов, мобильных групп ополчения и т.д.

Для достижения этих целей необходимо решать следующие задачи:

1. Установление обширных контактов с сотрудниками местных медицинских учреждений.

Важность этого пункта трудно переоценить. В стремительно дестабилизирующейся обстановке перебои в работе гражданской медицины вследствие ряда вышеперечисленных факторов становятся заметными гораздо ранее, нежели недостатки в функционировании прочих гражданских учреждений и воспринимаются населением гораздо болезненнее. При этом наиболее активные участники гражданских движений чаще других получают ранения и травмы, и в то

же время, вследствие своей занятости общественной деятельностью, существенно более, чем прочее население, стеснены с точки зрения финансов и времени в плане доступа к медицинскому обслуживанию. При этом в любом случае гражданским учреждениям здравоохранения альтернативы нет — только они могут оказывать необходимый объём медицинских услуг населению. Следовательно, очень важно активно развивать сотрудничество с сотрудниками гражданского здравоохранения, а через них — с их лечебными учреждениями. Акцент при этом надлежит делать на том в общем-то неоспоримом факте, что медицина лежит выше политических пристрастий и медицинская помощь гражданскому населению — бесспорный долг каждого медработника.

2. Активная медицинская подготовка не только сторонников и участников движения, но и всех активных неравнодушных граждан.

Основной объём знаний, необходимых для спасения жизни получившего травму либо ранение человека — так называемая «первая доврачебная помощь», весьма незначителен по объёму и легко может быть усвоен при минимальной заинтересованности обучающихся. Помимо того, что эти люди могут быть обучены сами, они также могут передавать свои знания окружающим, что в условиях общественной нестабильности и порождённого ею страха населения за свою жизнь и здоровье происходит спонтанно и в весьма значительных количествах.

3. Выработка психологической устойчивости.

Результатом массовой медицинской подготовки населения является не только существенное повы-

шение вероятности оказания медицинской помощи пострадавшим. Весьма важен, хотя и несколько недооценён на современном этапе тот факт, что при этом возрастает вероятность наличия на месте любого происшествия людей, способных уверенно предпринимать целенаправленные действия, нацеленные на спасение жизни потерпевших. В этом случае присутствующая вокруг толпа не испытывает паники при виде крови и иных признаков тяжёлых телесных травм, напротив — при необходимости начинает оказывать целенаправленную и активную помощь. Этим устраняется один из самых опасных повреждающих факторов толпы в условиях нестабильности — высокая вероятность паники с массовыми жертвами. То же самое мы можем сказать о деятельности наиболее активных участников различных гражданских событий: тех, кто организует митинги, шествия, пикеты и неизбежно входит в противостояние с вражескими спецслужбами на этапе создания блокпостов и мобильных групп противодействия террористам. Для таких людей, зачастую лишённых всякой предварительной специальной подготовки и военной организации, наличие медицинских знаний является своеобразным «шансом на выживание», существенно усиливающих их психологическую устойчивость в стрессовых ситуациях.

4. Оснащение необходимыми медикаментами и расходными материалами. Контакт с аптеками, сбор гуманитарных средств, проблема обезболивающих.

На этапе развивающейся нестабильности в обществе, в особенности в самое первое время, проблема отсутствия медикаментов и специального медицин-

ского оснащения стоит достаточно остро. Однако, как показывает опыт, всегда имеется значительное количество сочувствующего местного населения, которое осуществляет помощь медикаментами и расходными медицинскими материалами. При этом комплект самых необходимых, для первичной помощи раненому на поле боя средств (пара бинтов, жгут, пара шприцов и ампулы с обезболивающим — самым обычным, не наркотическим, почему — об этом ниже) стоит совсем недорого и в принципе вполне может быть приобретён даже самыми малоимущими воинами за свои собственные средства. Здесь, как и во многих других случаях, ключевая роль принадлежит организации и дисциплине, а не количеству материальных ресурсов. Если медик подразделения (маневренной группы, блокпоста) сумеет убедить бойцов в необходимости наличия у каждого такого минимального набора, объяснит правила использования и тщательно проинструктирует, а также посодействует в обзаведении, то тогда, скорее всего, у значительного количества бойцов необходимое для оказания первой помощи будет при себе. Что касается массовых мероприятий, типа шествий и митингов, то тут, поскольку собираются большие количества случайных людей, рассчитывать на наличие у них индивидуальных комплектов первой помощи не приходится — следовательно, необходимо в достаточном количестве иметь их при себе тем, кто прошёл первичную медицинскую подготовку и готов оказывать первую доврачебную помощь раненым и травмированным.

Контакт с аптечным и фармакологическим бизнесом мог бы быть весьма полезен в плане получения

медикаментов, однако, по нашему опыту, его руководство является достаточно «капиталистическим» по своим убеждениям, чтобы жертвовать прибылью ради таких эфемерных ценностей, как жизнь и здоровье собственного народа. Короче говоря, за всё время воспользоваться поддержкой каких-либо фармацевтических компаний нам не удалось ни разу. Что касается сбора гуманитарной помощи — то с этим проще, всегда находятся желающие помочь как из числа местного населения, так и из числа граждан сочувствующих стран, важно только следить за целевым использованием получаемой помощи.

Отдельно необходимо сказать пару слов о такой распространённой «панацее», как боевых обезболивающих — промедоле, бутарфаноле и прочих. В условиях нарастающей гражданской нестабильности, постепенно переходящей в боевые действия, многие бойцы придают наличию наркотических обезболивающих преувеличенное, зачастую почти мистическое значение, связывая исключительно с ними все надежды на спасение в случае ранения или травмы. При этом для любого медика эти обезболивающие — непрерывная головная боль. Раздобыть их весьма проблематично, хранение сопряжено с выполнением целого ряда формальностей, зачастую весьма хлопотных, для ряда морально нестойких соратников они создают постоянный соблазн хищения, нередки случаи, когда медработника пытаются обвинить (по самым различным причинам) в торговле наркотиками. При этом, по наблюдениям многих медиков, принимавших участие в конфликте на Украине, очень часто наркотические обезболи-

вающие местного производства — например бутарфанол, оказываются малоэффективными. С другой стороны, для снижения болевого шока до приемлемых величин — устранения угрозы жизни, вполне достаточно ввести внутримышечно какое-либо обезболивающее ненаркотического ряда — например кетанов, дексалгин, очень хорошо показала себя смесь анальгина с димедролом. Мощные препараты — налбуфин и акупан, при условии, если удастся приобрести их без рецептов. Наш годичный опыт оказания медицинской помощи непосредственно на месте получения ранения либо травмы говорит, что ни разу ни один пациент не погиб от болевого шока после введения ему ненаркотических обезболивающих. Единственным их существенным недостатком является то, что расфасованы они в ампулы, а не одноразовые шприц-тюбики, что делает их применение не таким удобным.

Общие сведения

Для максимальной эффективности оказания помощи пострадавшим медицинскому работнику желательно учитывать следующее.

1. При массовых гражданских мероприятиях (митинги, шествия) основными поражающими факторами могут быть: взрывные устройства, снайперы, другая толпа (большое количество агрессивно настроенных по отношению к демонстрантам граждан). При действии любого из них собственная толпа часто может выступать как самый серьезный поражающий фактор. При виде жертв она легко впадает в панику, вследствие которой значительное количество

участников её может быть сбито с ног и серьёзно, вплоть до летального исхода, травмировано. Таким образом, необходимо помнить, что масса граждан, пусть даже и благожелательно настроенных в данный момент, — на самом деле толпа, которая в случае чрезвычайного развития событий сама по себе может выступить как оружие массового поражения. Это обязательно надо учитывать при развёртывании медицинского пункта в этих условиях и обеспечении его работы.

2. Необходимым требованием успешного функционирования медицинской службы должна быть чёткая связь с непосредственными руководителями массовых общественных мероприятий, в работе которых планируется участие. При этом простейшим способом увеличения количественного и качественного состава медицинской службы является типовое обращение этого руководства к участникам массовых мероприятий с призывом всем имеющимся на митинге медработникам подходить в условленное место — из них и формируется (или пополняется) медицинский отряд (медицинская служба).

3. У медицинского отряда (медицинской службы, медицинской группы) обязательно должна быть чёткая структура, идеальной по нашему опыту является разбиение на группы из четырёх человек (врач/фельдшер и медсестра, два помощника из числа активистов), обязательно должны быть определены командир и его заместитель. Как правило, выдвижение людей на командные посты в такой обстановке происходит спонтанно, соответственно морально-волевым качествам. На командные должности предпо-

чительно назначать людей волевых, решительных, с выраженными лидерскими задатками, при этом научные, а часто и карьерные достижения имеют менее важное значение. Руководство медицинским подразделением в этих условиях вообще требует особого такта и в некоторой степени является искусством, так как на общие для ополчения недостатки (отсутствие военной подготовки и дисциплины, несоизмеримые амбиции некоторых участников) накладывается наличие высших образований, научных степеней и так далее у многих медицинских работников, что чрезмерно повышает у них уровень самооценки и зачастую может вызвать неадекватные реакции на поступающие приказы командования.

3. Исходя из того, что задачей медицинского отряда является предотвратить смерть пострадавших на месте получения травмы и обеспечить стабилизацию их состояния для эвакуации в ближайшее лечебное учреждение, наиболее ценными и одновременно решительными (на основании полученного опыта) бойцами такой медицинской структуры являются врачи анестезиологи-реаниматологи. Врачи, медсестры, а по возможности — и бойцы отряда без медицинского образования также должны как можно быстрее осваивать навыки первой врачебной помощи, в случае, если не овладели ими ранее, — это является самым важным в их работе.

4. Совершенно необходимо создание эвакуационной группы. Идеальными эвакуосредствами, разумеется, являются машины «Скорой медицинской помощи», которые специально для выполнения задач эвакуации предназначены. Обычно на массо-

вых общественных мероприятиях они присутствуют в обязательном порядке, и достаточно согласовать с их экипажами свои действия при различных вариантах развития событий. Однако, как показывает опыт, в большинстве случаев при массовых жертвах (а чрезвычайные происшествия при массовых общественных мероприятиях зачастую характеризуются именно массовыми жертвами) имеющихся машин «Скорой помощи» может просто оказаться недостаточно для вывоза всех пострадавших. Кроме того, в условиях нарастающей гражданской нестабильности, как было указано нами выше, возможен целый ряд дополнительных форс-мажорных обстоятельств: начиная с того, что дороги, по которым могут прибыть машины «Скорой помощи», окажутся заблокированными, и заканчивая тем, что руководство учреждений «Скорой медицинской помощи» в данной местности отдаст приказ не выезжать на обслуживание митингов (данная ситуация, как и практически все, описанные в данном пособии, является реальной и взята из практического опыта). Причины этого могут быть совершенно различны — начиная со страха руководства перед ответственностью в случае повреждения служебного транспорта (машин «Скорой помощи») либо ущерба здоровью медработников и заканчивая простым приказом от вышестоящего руководства, как, например, было в Донецке, когда из Киева приказом был запрещён выезд на «Скорых» на обслуживание «пророссийских» митингов. Соответственно, самым мудрым правилом в условиях нарастающей гражданской нестабильности будет: спасение утопающих — дело рук самих

утопающих. То есть необходимо заблаговременно обеспечить наличие на месте предполагаемых событий минимум одной, лучше нескольких легковых машин для эвакуации возможных потерпевших. Для этого необходимо договориться с автолюбителями из числа сочувствующих митингующим — как правило, таких найдётся достаточное количество. Идеально подходят для целей эвакуации пострадавших минибусы — размером меньше «Газели», в которых на пол можно положить человека на носилках. Более скоростные и маневренные, чем «Газели», они позволят осуществлять эвакуацию даже в условиях уличных пробок и других транспортных проблем. Однако в реальных условиях трудно рассчитывать на наличие идеально подходящего транспорта — в принципе, вывозить пострадавших возможно даже на задних сиденьях легковых автомобилей. Достаточно иметь в виду, что при этом пострадавший должен находиться в положении «на боку», лицом по ходу движения. Обязательно необходимо потренироваться с добровольными помощниками из числа участников общественных событий в осуществлении погрузки пострадавших, потому что, как показывает опыт, осуществлять это практически, да ещё и в состоянии неизбежного стресса, весьма нелегко. Оптимальным для переноски раненого и погрузки его является прочная мягкая тканевая основа — одеяло, плащ-палатка и так далее. Владельцу автомобиля желательно заранее запастись плотной полиэтиленовой плёнкой, чтобы прикрывать ею заднее сиденье автомобиля: кровь отстирывается и оттирается очень плохо.

Дополнительно необходимо учесть, что помимо эвакуации раненых, автотранспортные средства могут быть весьма полезны для перевозки медработников и их оснащения: медикаментов, расходных материалов и так далее. Разумеется, целенаправленные усилия по минимизации переносимого оборудования могут дать желаемый эффект, и всё, что имеет с собой медработник, может уместиться в заплечном рюкзаке, однако тогда количество пострадавших, которым может быть оказана медицинская помощь, будет существенно меньшим, а некоторые виды первой доврачебной помощи (например, шинирование при наличии переломов конечностей) требуют наличия достаточно громоздкого медицинского оборудования. Таким образом, обзаведение транспортным средством с водителем в любом случае является весьма желательным для медработников в условиях нарастающей социальной нестабильности.

Подводя итоги вышесказанному, считаем необходимым отметить, что при массовых общественных мероприятиях медицинский пункт должен быть мобильным, готовым в любой момент переместиться вместе с основной массой демонстрантов. Лучше всего, если при этом в вашем распоряжении будет автомобиль типа микроавтобуса или другой с большим салоном. Это кардинально улучшит возможности медицинской службы в плане мобильности, пополнения запасов расходных медицинских средств и эвакуации пострадавших. Если такового нет — можно разместиться под открытым небом, палатку лучше иметь наготове, на случай сильного

дождя, но без необходимости не раскрывать, так как она кардинально снизит маневренные возможности.

Основные виды травм

Как было сказано нами выше, в условиях нарастания гражданской нестабильности, до момента перехода в гражданскую войну, наличие вооружения, тем более современного огнестрельного, у участников происходящих событий весьма ограничено. В случае столкновения двух групп (или толп) агрессивных настроенных граждан основным применяемым сторонами вооружением являются ударно-дробящее (палки, арматура и так далее) и колюще-режущее (ножи, заточки), причём колюще-режущего заметно меньше. При этом основные травмы получают участники событий не в ходе столкновения, а в ходе неизбежно возникающей давки и паники, когда толпа топчет друг друга.

Гораздо менее вероятным, но вполне возможным для данного этапа развития событий сценарием является подрыв взрывных устройств в местах массовых шествий граждан либо обстрел участников массовых шествий из огнестрельного оружия. В первом случае могут иметь место осколочные минно-взрывные травмы, а также огнестрельные осколочные ранения и контузия. Во втором — осколочные пулевые ранения. Однако в любом случае количество травмированных в ходе паники и давки участников событий будет значительным, зачастую — превосходящим количество непосредственно пострадавших от подрыва либо обстрела.

Более подробно ознакомиться с оптимальными алгоритмами действий в каждом отдельном случае можно на страницах специальных изданий (методичка МЧС, страницы 30–38). Однако практический опыт учит нас, что даже такие краткие и чёткие алгоритмы действий в военной (или экстремальной) обстановке прочесть, а тем более воспринять, личный состав чаще всего не успевает. Дефицит времени и существенный эмоциональный и информационный стресс нарушают адекватность восприятия и существенно снижают запоминаемость информации. А в мирное время, когда эти факторы отсутствуют, как ни парадоксально, большинство граждан читать и основательно готовиться к экстремальным событиям не собирается. Поэтому мы позволим себе сформулировать совсем краткий алгоритм действий медработника в случае наличия пострадавших при массовых гражданских мероприятиях. Кстати говоря, он применим не только в условиях дестабилизации гражданской обстановки, но и в случае открытых боевых действий.

1. Оценить ситуацию с точки зрения угрозы себе лично. При наличии её — осуществить комплекс мероприятий, нацеленных на её устранение или минимизацию (например, при угрозе снайперского обстрела — изначально размещать медпункт так, чтобы минимизировать его вероятность, при появлении агрессивно настроенной толпы «оппонентов» — переместиться).

2. Оценить ситуацию с точки зрения основного травмирующего фактора для пострадавших, устра-

нить его (например, при обстреле — прикрыть дымами). Помощь оказывать с учётом потенциального воздействия упомянутого фактора, в случае его наличия — перед оказанием помощи принять меры к перемещению пострадавшего в безопасное место.

3. Оценить состояние пострадавшего — степень тяжести, наличие сознания, дыхания, пульса, кровотечение.

4. В случае отсутствия сознания — оценить наличие дыхания и пульса, при их отсутствии — незамедлительно начать производить мероприятия, нацеленные на их восстановление (прежде всего — непрямой массаж сердца).

5. В случае наличия кровотечения — принять меры к его остановке. При этом только в случае исключительно сильного кровотечения либо при условии необходимости немедленно переместить раненого с места получения ранения в более безопасное, рекомендуется использовать жгут. В остальных случаях предпочтение стоит отдать тугому бинтованию раны.

6. Одновременно с началом оказания первой медицинской помощи необходимо начать мероприятия по подготовке эвакуации пострадавшего. Для этого к каждому медработнику должен быть прикреплен как минимум один (лучше два или более) доброволец из числа активистов, которые должны при первом появлении жертв по командам медика производить работу по вызову «Скорой» (либо подгону своего внештатного эвакотранспорта), сбору добровольцев для последующей переноски раненых и так далее.

7. Наполнение эвакотранспорта и его отправку тоже желательно производить «с умом». При про-

должительных травмирующих воздействиях (например, столкновение двух демонстраций) раненых надо собирать в зависимости от количества транспорта и его наполнения — если имеются многоместные машины (те же «Газели»), недопустимо гонять их полупустыми — желательно заполнять сидячие места легкоранеными. Как правило, таких приходится до шести и более на одного раненного тяжело. При единоразовых чрезвычайных происшествиях, в которых пострадало несколько человек (подрыв, обстрел) и воздействие повреждающего фактора сразу прекратилось, целесообразно осуществлять эвакуацию с использованием всего имеющегося транспорта одновременно. В любом случае обязательно нужно иметь в виду, что современные люди психоэмоционально неустойчивы, а будучи собранными в большие массы — тем более, и вид крови, а также человеческих страданий служит существенным дестабилизирующим фактором, который легко может привести к панике со всеми вышеперечисленными последствиями. При правильной предварительной подготовке вполне возможно заранее подготовить достаточное количество легковых автомобилей для вывоза десятков пострадавших, однако процедурой эвакуации необходимо грамотно руководить. Как, впрочем, и любым процессом, в особенности в экстремальных условиях.

В довершение необходимо сказать несколько слов о том, что неизвестно, произойдут ли в местах массовых скоплений граждан чрезвычайные происшествия (велика вероятность, что и вовсе не произойдут). А случаи, когда у кого-то из присутствующих

(преимущественно пожилого возраста) будут наблюдаться обострения хронических заболеваний при большом скоплении людей, длительном стоянии и эмоциональном напряжении, практически неизбежны. Чаще всего это будут: существенные повышения давления либо расстройства деятельности сердечно-сосудистой системы, боли в области сердца, у молодёжи — признаки вегетососудистой дистонии, у обоих вышеперечисленных категорий — тепловой либо солнечный удар. Для оказания помощи в этих случаях необходимо иметь в запасе тонометр, сердечные препараты (барбовал, валокордин, нитроглицерин, валидол), препараты, понижающие давление (анаприлин, каптопресс, магnezия). От головной боли — цитрамон. Однако применение их требует специальных врачебных знаний, поэтому применять их должны те члены медицинского отряда (медслужбы), которые этими знаниями обладают, либо следует как можно скорее вызвать «Скорую помощь» и дожидаться её прибытия.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПУНКТОВ

Одним из важнейших вопросов организации медицины «переходного периода» является проблема организация временного или стационарного медпункта для оказания первой медицинской помощи. Это неудивительно, так как даже опытные врачи и организаторы здравоохранения привыкли к тому, что обычно они работают в условиях уже целиком оборудованных, специально спроектированных и построенных учреждений. В условиях же нарастающей гражданской нестабильности медицинскую помощь зачастую приходится оказывать в самых разнообразных, нередко — совершенно непригодных условиях. Если к этому добавить многочисленные «отягощающие обстоятельства», перечисленные нами в предыдущей главе, — начиная с того, что люди, оказывающие медпомощь на этом этапе, часто могут не иметь никакого медицинского образования, и уже почти наверняка не будут иметь никакого опыта организации здравоохранения, и заканчивая тем, что неизбежным спутником развёртывания медицинских пунктов будет постоянный

жесточайший дефицит материальных средств, времени и рабочей силы, трудности организации медицинских пунктов в данных условиях станут более понятны.

Нами за время кампании было организовано 9 медицинских пунктов при различных подразделениях, кроме того, имеется немалый опыт взаимодействия с медицинскими службами других подразделений. Исходя из накопленного опыта за период нашей деятельности в ДНР, для удобства рассмотрения эту проблему лучше разбить на несколько этапов.

Медицинская помощь при массовых мероприятиях. Этот раздел включает в себя организацию медицинской помощи при массовых мероприятиях, митингах и шествиях. Как правило, на этом этапе количество медработников, готовых оказывать помощь, невелико, и все зависит от инициативы организатора. Если появляется энергичный и толковый медик, с хорошими организаторскими способностями, вокруг него собираются медики, принимающие активное участие в массовых мероприятиях. Таким образом, очень важно для начала, чтобы этот организатор имел пусть простой, зато понятный алгоритм своих дальнейших действий (в виде инструкции). Также для начала необходимо иметь хотя бы сумку либо рюкзак с набором медикаментов и инструментов (подробнее см. главу «Комплектация медицинских упаковок»). Подробнее о структуре медицинской организации на массовых мероприятиях (медпункт, группа эвакуации, алгоритмы работы и взаимодействие с митингующими) нами рассказано

в соответствующей главе. Выбор места для размещения медпункта при массовых шествиях — целое искусство.

При медицинском обеспечении массовых мероприятий мобильный медицинский пункт должен отвечать следующим условиям:

- иметь удобные подходы, числом не менее двух, по которым в случае необходимости транспортное средство сможет подъехать вплотную;
- быть ясно обозначенным, хорошо различимым для участников массового мероприятия. Идеальным является белый флажок с красным крестом, поднятый над местом размещения медпункта;
- обязательна хорошая связь с руководством массового мероприятия, в идеале — по портативной радиостанции;
- место размещения должно быть максимально защищённым от воздействия толпы в случае начала паники. Для этого нужно размещаться либо в естественных выступах зданий, либо на возвышениях (пьедестал памятника, газоны с очень высоким бордюром). Разумеется, желательно учитывать возможные направления, с которых будут работать снайперы и основные возможные точки закладки взрывных устройств, однако нужно чётко понимать, что толпа в любом случае представляет существенно большую опасность;
- важным требованием является мобильность как самого медицинского пункта, так и всего применяемого на нём снаряжения и оборудо-

вания. Необходимо быть готовыми свернуть всё оборудование и начать перемещение на новое место в течение не более трёх минут.

Для соблюдения вышеперечисленных требований перед участием в любом массовом мероприятии медработник должен тщательно изучить место предстоящих событий — как минимум, с помощью карты, в идеале — с личной рекогносцировкой. Это позволит гораздо лучше спланировать все свои действия. Особое внимание при выборе места размещения и планировании основных сценариев развития событий необходимо обратить на основные магистрали, проходящие поблизости, — именно вдоль них будет проходить санкционированное или внеплановое перемещение участников. Обязательно нужно иметь исчерпывающее представление о том, какие из городских лечебных учреждений оказывают ургентную хирургическую помощь, причём круглосуточно, — это позволит доставлять пострадавших туда, где необходимые лечебные мероприятия будут проведены в полном объёме. Обязательно установление стабильного позитивного контакта с сотрудниками правоохранительных органов в случае присутствия их на месте массового мероприятия. Они должны быть чётко проинформированы о наличии и дислокации медицинского пункта, желательно согласовать с ними основные варианты действий в случае чрезвычайных происшествий.

Стационарный медпункт в административном здании. Довольно часто массовые митинги заканчиваются захватом и удержанием какого-либо

административного здания. При этом, естественно, происходят столкновения и появляются первые пострадавшие, которым необходима помощь. Как правило, это ушибленные раны головы и конечностей, возможны также рваные и резаные раны конечностей, иногда — туловища. В момент начала штурма медицинский пункт необходимо размещать рядом со штурмуемым объектом, в месте, куда удобно осуществлять эвакуацию раненых, — то есть максимально близко к объекту, но так, чтобы он был прикрыт от возможного огня со стороны объекта зданием либо иными сооружениями. Естественно, нужно помнить о поражающем факторе «толпа в состоянии паники» при выборе места для размещения медицинского пункта. Когда захват здания осуществлён, медицинское подразделение входит в него, обычно по команде руководителей мероприятия. Довольно часто во всех административных зданиях существует хоть какой-то медпункт, и его легко можно приспособить для оказания помощи пострадавшим. В таких медпунктах обычно есть какой-то минимальный набор препаратов и инструментов для оказания первой помощи. Однако нужно быть готовым к тому, что такого запаса не окажется, как, впрочем, и самого медпункта. Тогда придётся выбирать любое подходящее помещение и приспособлять его под медицинский пункт. Как правило, помещений в здании много, медицине уступят, если кто попросит, надо чётко представлять себе критерии, которыми нужно руководствоваться. Если занятое административное здание остается под контролем митингующих и удержи-

вается их силами, то и медпункт превращается из мобильного в стационарный.

Прежде всего, помещение должно размещаться как можно ниже по этажности, если есть возможность — в цокольном этаже, так как раненых и тяжёлых больных крайне неудобно таскать по лестницам. Во всяком случае, размещение — не выше второго этажа. Стёкла в окнах необходимо сразу же заклеить по диагонали скотчем и забаррикадировать шкафами, столами и другой мебелью. Идеальным является вариант, когда окна баррикадируются металлическими листами: тогда пара листов из стали с прослойкой из транспортёрной ленты либо иного уплотнителя в принципе может защитить даже от пули калибра 5,45. К сожалению, в реальных условиях это — мечта, чаще недостижимая. Баррикады в самом минимальном варианте необходимы хотя бы для того, чтобы исключить ранения пациентов и бойцов медотряда стёклами, брошенными в окна предметами и так далее, а также лишить противника возможности прицельно вести огонь по находящимся в помещении. Вверху желательно оставить щели шириной не менее двадцати сантиметров для того, чтобы дневной свет хотя бы частично попадал в помещения. Сооружать баррикады надо так, чтобы сохранить возможность проветривания помещений: для медпункта это обязательное условие.

Помещение должно быть большим и светлым. Для успешного функционирования необходимо минимум две смежные комнаты: в одной — приёмное отделение, она же — пункт первой помощи, вторая — склад медикаментов, она же — палата интен-

сивной терапии. В идеале в третьей комнате можно развернуть настоящую операционную. Здесь имеет-ся важный нюанс. С точки зрения канонов военной медицины операционная должна соответствовать множеству условий и ограничений. В реальных ус-ловиях у вас, скорее всего, не будет необходимого для полноценного её развёртывания оборудования. Однако необходимость в выполнении хотя бы малых хирургических вмешательств (например, обработки резаных ран конечностей) однозначно будет иметь место. Исходя из этого, стремиться оборудовать хотя бы пособие операционной, аналогичной тако-вой в травмпункте, крайне желательно. Как показы-вает опыт, настоящий операционный стол необяза-телен — в принципе, может подойти и пара крупных офисных, если нет ничего лучше, покрытых клеёнкой и простынями. Роль бестеневой лампы могут вы-полнить несколько светильников, свет которых бу-дет падать на операционное поле с разных сторон. На аппарат для дачи наркоза рассчитывать особенно не приходится, хотя, как показывает опыт, с течени-ем времени возможно разжиться и им. Для обработ-ки хирургического инструмента не принципиально обязательно стремиться обзавестись сухожаровым шкафом, всегда имеется большое количество хими-чески активных растворов, убивающих всё живое. Разумеется, допускать до хирургических обработок ран можно только людей, имеющих соответствующее медицинское образование. Попытки «зашивать» раны как попало излишне активными индивидуума-ми, понятия не имеющими, что и как нужно делать правильно, могут иметь самые катастрофические

последствия. Аналогично и принципы санитарной обработки медпункта должны строго контролироваться людьми, имеющими профильное медицинское образование.

Очень хорошо, если непосредственно в медицинском пункте или по крайней мере в соседних с ним помещениях есть вода и канализация. К сожалению, такая возможность будет далеко не всегда — на этот случай придётся самостоятельно создавать запасы воды. Как показывает опыт, отсутствие проточной воды не является критическим противопоказанием к развёртыванию медпункта.

Обязательно нужен холодильник для хранения препаратов. В качестве штатива для капельницы прекрасно подходит обычная вешалка. Нужно также иметь несколько столиков для инструментов и перевязочных материалов. Крайне желательно где-то найти кварц. Нужны также тумбочки или столики для инструментов и перевязочного материала. Немаловажный момент — при планировании размещения медпункта учитываем наличие воды в помещении медпункта или в непосредственной близости. Жилье медиков должно, в идеале, находиться рядом с медпунктом для удобства сотрудников и пациентов. В качестве шкафов под медикаменты легко можно приспособить обычные канцелярские шкафы, которых найдётся достаточно в любом административном здании.

Раненых при необходимости эвакуируют в лечебные учреждения аналогично тому, как это происходит при появлении раненых на митингах и массовых

шествиях. Водители должны хорошо ориентироваться в городе, иметь представление о запасных учреждениях, куда необходимо эвакуировать раненых в случае переполнения основных объектов (или их отказа от помощи пострадавшим).

Если рядом с помещением медицинского пункта имеются свободные помещения, их всегда неплохо занимать. По мере вынужденного увеличения штатов и объемов оказываемой помощи эти помещения будут весьма полезны — для размещения персонала, медикаментов, подобия палат, для создания компьютеризированного рабочего места. Обязательно нужно иметь ноутбук, минимум один, принтер и беспроводной Интернет, а также назначить штатного специалиста «по связям с общественностью». Поиск гуманитарки и лиц, способных её доставить, составление большого числа медицинских и учётных документов, учёт готовых помочь соратников и срочный их вызов в случае необходимости, а также многое другое — всё это требует хорошо налаженной работы с оргтехникой.

Если удерживаемый объект имеет большое значение и снаружи, у его стен, на улице, постоянно находится значительная масса митингующих, желательно там установить выносной пост силами бойцов медицинской части и установить дополнительную медицинскую палатку. Принципиально важно обеспечить в ней освещение (провод несложно протянуть из основного здания), а также обогрев личного состава.

Всё вышеперечисленное, разумеется, никоим образом не отменяет необходимости во взаи-

модействии с учреждениями гражданского здравоохранения города. Пациентов по возможности максимально (особенно с серьёзными травмами и заболеваниями) желательно отправлять на лечение туда.

Как показал опыт Донецка, на первом этапе недостатка в медикаментах не наблюдается. Достаточно много приносят сочувствующие — отдельные граждане и организации. Для хранения препаратов необходимо выделить отдельное помещение и назначить ответственного за хранение и выдачу. Строжайший учёт всех пожертвований — и медикаментами, и материальными средствами — совершенно необходим. Всегда нужно иметь в виду, что найдётся значительное количество людей, как из числа бойцов подразделения, так и со стороны, из других подразделений, которые попытаются извлечь выгоду из происходящего (расхитить и распродать медикаменты), а если процесс будет организован так, что это будет невозможно, — оклеветать работников, контролирующих выдачу, отстранить руководство и всё равно заняться расхитительством. Таких нужно выявлять (равно как и тех, кто сеет в коллективе склоки, агрессию и вражду) и безжалостно изгонять. Те, кто, невзирая на такое поведение, не будут изгнаны из коллектива, ни в коем случае не исправятся — они послужат точками дальнейшей деморализации коллектива и разрушения его работы. Очень важна роль лидера и организатора медицинского обеспечения на этом этапе. Единоначалие должно быть строгим, как в армии, что не отменяет демократичности в принятии принципиальных решений — прежде все-

го учёта мнений бойцов подразделения, особенно наиболее авторитетных и толковых. Руководитель обязан быть кристально честным, порядочным и смелым человеком. Мало того что зарплаты первое время (часто — довольно значительное) не будет — не будет и организации, и дисциплины, и снабжения, и многих других формально необходимых факторов. При этом бойцы подразделения — люди необученные, неподготовленные. В таких условиях только личным примером можно обеспечить спайку подразделения и чёткость выполнения боевых задач. При этом обязательно надо учитывать, что бойцы других подразделений вокруг также не дисциплинированы, не организованы и легко поддаются панике. Основным признаком того, что «всё плохо», для них является паника (либо бегство) командования и/или медицинской части. Потому медицина обязана являть собой пример стойкости и самообладания в любых ситуациях. Бойцы должны знать, что медики их ни в коем случае не бросят, а будут бороться до последнего за их жизнь и здоровье. Это — необходимое условие их стойкости и решимости в бою.

Поскольку на этом этапе «гражданского противодействия» настоящие воинские подразделения с соответствующей дисциплиной ещё не сформировались, службу несут и врачи, и медсёстры так же, как работу, приходят в удобное для них время, на приемлемый для них срок. С учётом этого желательно иметь значительный резерв готовых служить людей в своей телефонной базе и разумно составлять график, привлекая по возможности всех, с тем чтобы не допустить чрезмерной нагрузки на наиболее

активных и инициативных. Такая нагрузка чревата возможным их истощением и потерей самых лучших людей.

Переход от акций гражданского сопротивления к столкновениям, а позже — боевым действиям происходит обычно достаточно быстро. Противник засылает группы провокаторов (иногда по несколько сотен человек), довольно часто прекрасно подготовленных. На этом этапе необходимо оказывать помощь самоформирующимся отрядам в других местах дислокации в развёртывании своих медпунктов, привлечении медработников и обучении бойцов.

Пару слов необходимо сказать о такой неожиданной для многих медиков теме, как работа с пленными. Пленные вражеские шпионы, провокаторы, убийцы и прочая нечисть также нуждаются в медицинской помощи. Часто доставлять их в лечебные учреждения по тем или иным причинам затруднительно. Потому нужно быть готовыми к работе с ними. Прежде всего, ни в коем случае не оставайтесь наедине с задержанным, не подходите к нему с оружием на теле (в кармане, разгрузке). В идеале он должен быть как минимум зафиксирован наручником за одну руку к предмету, который невозможно передвинуть. Нужно учитывать, что противник крайне широко применяет в работе со всем этим «одноразовым» персоналом боевые наркотические вещества, которые не только подавляют боль и инстинкт самосохранения, но и существенно повышают физическую силу исполнителя. При необходимости провести допрос, если есть время, достаточно оставить задержанного в комнате —

по мере прекращения действия наркотиков у него начнётся сильнейший абстинентный синдром. Если времени нет, и показания нужны срочно, ему надо поставить капельницу (глюкоза, физраствор, витамины — не менее полутора литров) и дополнить её мочегонным.

Медицинский пункт в условиях боевых действий. Следующим этапом является создание медицинских пунктов в условиях непосредственных боевых действий. Как правило, формируемые подразделения бывают численностью от роты и до батальона. В зависимости от этого формируется медицинское подразделение. Желательно, чтобы в него входило несколько врачей (из них хотя бы один анестезиолог-реаниматолог), медсестры или фельдшера в количестве, общим числом хотя бы 4 человека. По штату на общевойсковой батальон положен медицинский взвод, в котором врач — только один, остальные санинструкторы. В реальных условиях желательно, чтобы врачей и медсестёр было гораздо больше, однако фактически может оказаться так, что не будет даже этого. Подразделения обычно занимают под «казарму» пригодные для этой цели помещения — к примеру общежития с уже готовой инфраструктурой. Медпункт лучше организовывать на первом этаже, на этом этапе обязательно нужно учитывать возможность поражения миномётным и артиллерийским огнём и соответствующим образом оборудовать медицинский пункт. Одну из комнат необходимо выделить под склад медикаментов.

В остальном требования по оборудованию аналогичны таковым указанным выше, только дополнительно надо иметь запас армейских носилок.

Отдельно считаем нужным упомянуть аспекты организации медицинского пункта непосредственно в боевых порядках, при наступлении или обороне. Теоретически, то есть по всем военно-медицинским наставлениям, для этого существует специальная автомобильная медицинская техника, например та же автоперевязочная.

Теперь поговорим об организации медпомощи непосредственно на поле боя. Для этого медицинскому расчету подразделения АБСОЛЮТНО НЕОБХОДИМА машина «Скорой помощи», оснащенная реанимационным оборудованием (это в идеале). В машине должен быть набор препаратов для оказания первой медицинской помощи — лекарств «на все случаи жизни». Люди на войне не всегда получают ранения, а вот болеют часто. Обязательно нужен тонометр, градусник, мешок амбу, системы и шприцы разных объемов. Для эвакуации раненых непосредственно с передовой нужно использовать бронетехнику, лучше всего подходит МТЛБ, за её неимением можно использовать БТР, БРДМ, в крайнем случае — штабной броневичок. В бронетехнике медицинскому расчёту обязательно нужно иметь несколько носилок, желательно мягких, они легче и удобнее. У каждого члена медицинского расчёта должна быть укомплектованная лично им сумка, чтобы даже ночью и на ощупь он мог найти то, что нужно. Фонарики нужны обязательно, но пользоваться ими нужно очень аккуратно — в укрытии или в бронетехнике.

На всех вышеперечисленных этапах развития медицинской службы очень большое внимание медики подразделения должны уделять подготовке санинструкторов и проведению учений с бойцами. КАЖДЫЙ должен уметь наложить жгут себе или товарищу, оказать первую помощь, сделать укол обезболивающего. Грамотные действия их на поле боя не только существенно увеличивают стойкость подразделения и уменьшают потери (потому что сами медики, как бы ни старались, с носилками в руках к каждому раненому одновременно не добегут), но и способствуют существенному увеличению боевого духа. Вид страданий раненого товарища и непонимание, что нужно делать, вызывают у бойцов сильный упадок духа, вплоть до деморализации. Напротив, уверенность в собственных грамотных и решительных действиях и/или помощи друзей «если что» существенно поднимают самооценку бойцов и результативность их действий.

4. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ЛИЧНОГО СОСТАВА

В современных условиях боевые действия зачастую ведутся силами иррегулярных формирований. При этом их участники, как правило, не имеют соответствующей психологической подготовки, армейская дисциплина, определённое организующее влияние которой, особенно в экстремальной обстановке, трудно переоценить, также отсутствует, специально подготовленные офицеры-воспитатели (замполиты, комиссары, священники, психологи) — тоже. Дополнительным отягощающим фактором являются глубокая инфантильность современного населения, переоценка важности собственной жизни и неразвитость высших, альтруистических и общественных мотиваций. В довершение стоит упомянуть как само собой разумеющееся полное отсутствие какой-либо невоенной психотерапевтической культуры у населения. Методов регуляции собственного психологического состояния у большинства населения не существует никаких, религиозные и древние мистические традиции утрачены, седативные препараты широкого распространения в нашей стране не

получили. Универсальный транквилизатор — водку в боевых условиях повсеместно стараются искоренять, так как в боевой обстановке он чреват крайне негативными последствиями, начиная с развала дисциплины в подразделении и заканчивая самострелами и самоподрывами. В результате потери от различных психологических травм в боевой обстановке существенно превосходят потери от ранений и травм. Значительное количество военнослужащих покидает службу вследствие их, многие из тех, кто остаётся в рядах своих подразделений, остаются частично боеспособными, а иногда — небоеспособными: формально числятся в подразделениях и даже выполняют текущие повседневные обязанности, фактически — уклоняются от участия не только в боестолкновениях, но и любых ситуациях, когда им может (как им кажется) угрожать опасность.

С учётом всего вышесказанного, медработник подразделения обязательно должен владеть методами психологической мобилизации и реабилитации военнослужащих для предотвращения и лечения боевого стресса (шока) и его последствий.

Боевой стресс — многоуровневый процесс адаптационной активности человеческого организма в условиях боевой обстановки, сопровождаемый напряжением механизмов саморегуляции и формированием приспособительного поведения; механизм комплексной мобилизации организма для действий в опасных условиях.

Длительное и интенсивное воздействие отрицательных боевых факторов, высокая их значимость для военнослужащего способны породить непро-

дуктивные стрессовые состояния (дистресс). Дистресс возникает при таких вариантах стресса, при которых имеют место беспомощность, бессилие, безнадежность, подавленность. Он нередко сопровождается нарушением психических процессов (ощущений, восприятия, памяти, мышления), возникновением отрицательных эмоций (страх, безразличие, агрессивность и др.), сбоями в координации движений (суетливость, тремор, оцепенение и др.), временными или длительными личностными трансформациями (пассивность; потеря воли к жизни, уверенности в победе, доверия к сослуживцам и командирам; склонность к шаблонным действиям и примитивному подражанию; чрезмерное проявление инстинкта самосохранения и др.). [<http://med-books.info/psihologiya-pedagogika-voennaya/zakonomernosti-proyavleniya-psihiki-povedeniya.html>]

Таким образом, для полевого медика наибольшее значение представляет именно дистресс (обычно его называют стрессом, мы по установившейся традиции будем его именовать так же). Если охарактеризовать его максимально кратко, то «это такая ситуация, в которой под воздействием психотравмирующих факторов у военнослужащего на первый план выходят неконструктивные или деструктивные формы деятельности»: неподчинение приказам, утрата инициативы и способности к целеустремлённым, решительным действиям и так далее. Обязательно нужно учитывать, что порог индивидуальной переносимости у каждого человека свой, и то, что многим представляется безопасным (например, единичные звуки далёких разры-

вов), другим может послужить достаточным основанием для тяжёлой депрессии вплоть до полной утраты боеспособности. Кроме того, необходимо иметь в виду, что стресс обладает способностью к незримому кумулятивному эффекту — может незаметно накапливаться и проявляться в самых резких формах в самый неожиданный момент, причём у бойцов волевых, способных длительное время подавлять негативные реакции собственной нервной системы, это более выражено.

Исходя из этого, в работе с каждым отдельным военнослужащим необходимо ориентироваться на его личные психологические реакции.

Современная психология различает субъектные (равноправные, партнёрские) и объектные (директивные, командные) способы взаимодействия. В экстремальной обстановке, тем более — если мы работаем с человеком, у которого уже налицо признаки стресса в стадии декомпенсации, применимы только объектные (манипулирование, доминирование, принуждение) методы, пытаться уговаривать его бесполезно.

Профилактика боевого стресса

«Фунт профилактики стоит пуда лечения», — сказал один из самых известных врачей человечества Пирогов. В отношении стресса это так же верно, как в отношении многих других заболеваний. Главное — проблема здесь скрыта в том, что обычно неизвестно, какое именно заболевание (или острое состояние) надо профилактировать — вплоть до того момента, пока оно не проявится в полном объёме и

его не надо будет лечить. Именно поэтому в традиционной гражданской медицине профилактика настолько уступает лечению.

В случае с боевым стрессом ситуация заметно легче потому, что количество основных возможных раздражителей невелико и они заранее известны. Это страх смерти и ранения, страх при звуках разрывов и выстрелов и ряд других, известных любому мало-мальски опытному бойцу. Профилактика этих страхов производится следующим образом: боец должен заранее, в спокойной обстановке, представить наиболее тяжёлый страх для себя лично и отработать его так, как ниже будет описана работа с посттравматическим стрессом.

Однако этим профилактика боевого стресса ограничиваться не должна. Как бы сильно занято подразделение ни было, в нём всегда можно выделить 5–10 минут на ежедневную зарядку. Мы для этой зарядки рекомендуем применять синхрогимнастику (разработка Х. Алиева, метод «Ключ»), ежедневно, лучше утром, всем составом подразделения, свободным от несения караульной службы

УПРАЖНЕНИЯ

1. «Хлест»

В основе упражнения лежит пример действий человека на морозе, который инстинктивно похлопывает себя руками по плечам, чтобы согреться, притоптывая синхронно с этим еще и ногами.

Что интересно, частота этих повторяемых движений тем выше, чем выше напряжение.

Традиционно считается, что это просто согревающие действия.

На самом деле — это универсальное средство для защиты от стресса. Оно снимает напряжение.

Но люди обычно этого не знают и не догадываются применить это простое короткое действие в другой стрессовой ситуации для повышения уверенности в себе, например перед переговорами или экзаменами. В нашем упражнении — три в одном. Во-первых, при хлесте руками по спине происходит схождение и расхождение верхушек легких, и кровь лучше обогащается кислородом.

Во-вторых, происходит раскрепощение шейно-грудного отдела.

И наконец, что самое главное, — частота движений синхронна уровню текущего напряжения, которое, в свою очередь, зависит от проблем, которые человек сейчас решает.

Для выполнения этого упражнения надо просто встать и начать закидывать свои руки за спину, внахлест. То есть правая рука хлопает себя по левому плечу, а левая — по правому.

Руки должны быть расслаблены, вы не двигаете ими, а именно бросаете, стараясь закинуть как можно дальше за спину, похлопывая себя ладонями. При этом голова свободно двигается на расслабленной шее, по удобной для вас траектории, с частотой, синхронной похлопываниям.

2. «Лыжник»

Данное упражнение состоит из взмахов руками вверх-вниз и синхронных подъемов и опусканий пяток. Отчасти оно напоминает движения лыжника, поэтому так и называется «Лыжник». Для его выполнения надо

просто встать, расслабить свое тело и начать совершать вышеуказанные движения в максимально удобном для вас режиме. Вы можете производить махи руками вверх-вниз с ровной спиной, а можно немного согнувшись или даже пригнувшись совсем низко к полу, как это делает лыжник во время спуска с горы. Ноги также могут быть прямыми или полусогнутыми. Делаете махи руками вверх над собой и затем бросаете их вниз. Пятки при этом также поднимаются и опускаются с небольшим стуком. Соответствие движений рук и пяток также подбирается индивидуально. Делаете так, как вам удобно, как легче. Главное, чтобы руки ходили вверх-вниз, а пятки при этом отрывались от пола и опускались. На этом всё. Это упражнение также способствует гармонизации ума и тела. Кроме того, во время ударов пяток об пол происходит микровибрация всего тела, которая дает мощный тонизирующий и оздоровительный эффект.

3. «Крутиться»

Многие люди называют это упражнение «Шалтай-Болтай», потому что выполнять это упражнение очень просто и приятно. Встаньте, как вам удобно, расслабьте тело и начните поворачивать свой корпус вправо-влево, руки при этом свободно следуют за движением тела туда-сюда — болтаются. Это упражнение непроизвольно часто делают маленькие девочки, просто балуясь.

Вот так и стойте себе, крутитесь и думайте о своих проблемах.

4. «Вис»

Итак, встаньте прямо, ноги примерно на ширине плеч. Сделайте наклон назад, прогнитесь. Не надо пока стремиться наклоняться как можно ниже, достаточно, чтобы

поза была просто напряженной. А теперь похлопайте себя по животу, ощутите, какой он стал крепкий. Это включились в работу мышцы пресса. Пойдите так секунд 20.

Стоять так неудобно. Правда? Ощутите этот дискомфорт, запомните его. А теперь, не меняя положения тела, начинайте освобождать шею естественными для вас раскрепощающими движениями, вытягивая ее и потягивая, то влево, то вправо, то круговыми движениями. Делайте так, как вам хочется, прислушиваясь к своим ощущениям и идя за своими желаниями. Очень многие люди делают такие движения шей инстинктивно, например, после сна. Уделите этому также секунд 20. А теперь прислушайтесь к ощущениям в теле. Что изменилось? Пока вы занимались шей, ушло напряжение от наклона тела назад, стоять стало легче. Такой вот секретный эффект от переключения внимания и освобождения шейных мышц. Запомните его.

А теперь переходим ко второй части упражнения — это пауза отдыха.

Для этого, после предыдущего наклона назад, наклонитесь слегка вперед, свесив руки. Отдыхая, прислушивайтесь к мышцам поясницы и в моменты выдоха расслабляйте их. После чего переходите к третьей части упражнения. Почувствовав, что мышечный блок в пояснице снят, заканчиваете наклон, стараясь достать руками до пола. Но не стремитесь сделать это во что бы то ни стало. Делайте все мягко и комфортно, соблюдая принцип постепенности. В следующий раз вы, скорее всего, уже достанете. Закончили.

5. «Легкий танец»

Итак. Исходная позиция — ноги вместе, руки вдоль туловища.

Делаем:

раз — шаг правой ногой вперед;

два — взмах левой ногой вправо, носочек вытягиваем, одновременно поворачиваем корпус с махом руками влево;

три — левая нога, руки и туловище возвращаются на место;

четыре — шаг правой ногой назад, в исходное положение, то есть на ту же точку, откуда и начали первое движение.

Повторяем так 3—4 раза. А потом делаем то же самое, но с другой ноги:

раз — шаг левой ногой вперед;

два — взмах правой ногой влево, носочек вытянуть прямее, одновременно поворот корпуса вправо с махом руками вправо;

три — правая нога, руки и туловище в исходном положении;

четыре — шаг правой ногой назад, возвращаясь в исходную точку.

Повторяем 3—4 раза. На этом закончили.

Предупреждение: во время скручивания корпуса поясницу сильно не «рвите», делайте упражнение мягко.

Ключевые приемы

1. Расхождение рук. Мы его уже хорошо знаем. Встаньте, как вам удобно, немного расставив ноги, вытяните руки перед собой, кисти расслаблены. Представляем, как наши руки расходятся сами собой, без обычных мускульных усилий.

2. Схождение рук. Разведите руки в стороны обычным механическим движением. А теперь представляйте, что ваши руки сами идут навстречу друг другу.

3. Парение рук. Опустите руки вдоль тела, расслабьте их. Представьте, что ваши руки как бы взлетают в стороны.

4. Можете использовать *любые другие* удобные для вас действия, выполняемые по данному рефлекторному принципу.

Эти же упражнения по отдельности либо в связке из нескольких, бойцы могут и должны выполнять при необходимости подготовиться к тяжёлой боевой обстановке либо, напротив, нейтрализовать её последствия. При этом последовательность выполнения их может быть самой различной, экспериментально подобранной. Как вариант, перед боем можем предложить: сначала боец отрабатывает «крутиться» с проговариванием про себя в процессе выполнения основных страхов, тревожащих его в предстоящем бою: «Боюсь, что меня убьют!», «Нас сожгут» (для экипажей бронетехники), «Разрывы меня пугают» и так далее. Потом отрабатывает «расхождение рук» или другой ключевой приём, позволяющий освободить сознание. Потом выполняет «хлёт» с мыслями на выполнение текущей тактической задачи «надо ехать вперёд», «надо взять вон тот дом», в завершение выполняет «лыжника» с настроением на эту же задачу но в более глобальном аспекте: «мы должны спасти наших ребят, которых противник заблокировал», «мы должны выручить наших раненых». Разумеется, предложенный вариант — не догма, а лишь один из возможных. По мере постоянного индивидуального и группового выполнения психогимнастики каждый подбирает сам для себя наиболее эффективное сочетание приёмов.

Наилучшим вариантом будет, если заблаговременно, до начала боевых действий, в ходе выполнения упражнений синхрогимнастики каждый боец сможет индивидуально подобрать для себя наиболее эффективные приёмы и выработать оптимальный ритм и формы их применения. Критерий правильного подбора формы активности — скорость автоматизации производимого бойцом действия (чем быстрее она происходит — тем более эффективно выполняемое действие). Принципом при этом является «думай о том, что думается, делай то, что делается».

Эти же приёмы можно заставить выполнять бойцов в состоянии боевого стресса, для снижения его последствий, однако желательно, чтобы бойцы уже имели опыт в выполнении данных упражнений — тогда эффективность их выполнения будет существенно выше.

В случае если боец в тяжёлом состоянии — ввиду ранения, контузии либо стресса и не может совершать движений из синхрогимнастики в полном объёме — пусть делает то, что может сделать без проблем. В этом смысле основной стратегический принцип борьбы со стрессом — необходимо выбрать наиболее простое действие для данного человека, которое он может выполнить, вплоть до движения зрачков. В принципе, стресс можно снимать любой ритмичной мышечной активностью, вплоть до жевания жевательной резинки или курения. Проблема в том, что, если делать это постоянно, действие становится автоматическим и утраивает противострессовый потенциал.

Устранение стресса в «остром» периоде

Если мы видим, что у бойца развивается острая дезадаптация психики вследствие психоэмоционального воздействия, которому он подвергся только что (бой, обстрел), то необходимо проделать следующее.

Если у бойца наблюдается выраженное психоэмоциональное возбуждение (неконструктивная двигательная активность) — ему нужно незамедлительно дать физическую нагрузку (заставить отжиматься, бегать), заставить сделать что-то позитивное, что он точно сможет (вплоть до заставить копать либо чистить автомат).

После заметного уменьшения неконструктивной двигательной активности рекомендуется применить следующие приёмы.

Визуализация негативной эмоции. Боец должен занять удобное положение, сидя или стоя. После этого он должен прочувствовать локализацию в теле своего страха, агрессии и других негативных эмоций, которые его беспокоят в данный момент времени. Обычно это ощущается в виде напряжения мышц. После того как прочувствует — усилием воли он должен «вытолкнуть», «выкатить» или иным способом вывести из своего тела это ощущение дискомфорта и представить, что оно в виде объекта, имеющего визуальные (цвет, объём) и тактильные (вес, консистенция) характеристики находится у него на руках. Как только он достаточно явно представит для себя это инородное включение у себя на руках, выполняем следующее упражнение.

Нормализация глазодвигательных рефлексов. Подать команду бойцу следить за движением наших пальцев, после этого ритмично, в одном темпе, на уровне глаз бойца:

1. Двигаем ими вправо-влево горизонтально.
 2. Совершаем движения «по восьмёрке», при этом «восьмёрка» лежит горизонтально.
 3. Описываем круги по часовой стрелке (для бойца. Для нас — против).
- Все по 5–8 движений.

Преобразование эмоции в позитивную. После того, как мы выполнили движения пальцами перед глазами бойца, просим, чтобы он вновь сосредоточился на том, что у него находится на руках в данный момент — обычно оно претерпело изменения в позитивную для бойца сторону, приобрело более приятный для него цвет, консистенцию, стало меньше и так далее. Просим бойца представить, что эта «визуализированная» эмоция ещё больше трансформировалась в приятную для него сторону и по характеристикам всего спектра (цвет, вес и так далее) воспринимается исключительно положительно. После этого мы вновь проделываем комплекс движения пальцами для нормализации глазодвигательных рефлексов, а бойца просим вдохнуть (втолкнуть, разместить в себя) то, что находится у него на руках.

Устранение посттравматического стресса

Под «посттравматическим» стрессом понимают развивающийся не сразу после воздействия психотравмирующего фактора, а спустя некоторое, иногда

значительное, время. Причины его могут быть самыми различными, механизм развития состоит в том, что обычно боец волевым усилием загоняет «в глубь себя» многочисленные негативные эмоции, возникающие под воздействием боевой обстановки. Там они остаются подавленными, но не переработанными, накапливаются, создают негативный эмоциональный фон, иногда весьма сильный, в виде депрессии, агрессии, тяжёлых внутренних переживаний, который существенно снижает качество жизни и боевую эффективность военнослужащего. Время от времени, при ослаблении волевого контроля или усилении психотравмирующего воздействия окружающей среды, они прорываются наружу, зачастую в весьма деструктивных формах и в самый неподходящий момент, либо продолжают оставаться внешне незаметными, в виде сильного внутреннего напряжения, но приводят к развитию заболеваний сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и так далее. Например, в 3-й бригаде ДНР только за один месяц и только из числа командиров у двоих развился инфаркт миокарда (у одного — со смертельным исходом). Обычно наилучшим маркером этих переживаний служат «фобии» — навязчивые страхи перед каким-либо предметами и ситуациями.

Техника «кинотеатр» для работы с фобиями.

Боец занимает удобное для себя положение, сидя или стоя. Просим его представить психотравмирующую ситуацию (обстрел, гибель боевых товарищей), с которой у него связан наибольший страх. После того как он представит её себе, просим предста-

вить как можно ярче, во всём спектре характеристик (цвет, звук, запах, подробности). Если боец достаточно качественно представит её себе, то в его осанке обязательно произойдут заметные изменения, вызванные рефлекторным напряжением тех или иных групп мышц.

Тогда просим его представить себя — впереди себя (как бы сидящего отдельно, перед ним самим) и смотрящего фильм о себе, переносящем стрессовую ситуацию. Если психотравмирующий фактор слишком силён для бойца и он боится (не хочет) — нужно «ухудшить» качество фильма, который будет смотреть его персонаж (плёнка с помехами, кино чёрно-белое, шумы). После того как его персонаж станет способным смотреть фильм без ощущения внутреннего дискомфорта — просим бойца представить, что этот персонаж вернулся в его тело, «разместился» в нём и потом просим его просмотреть фильм о психотравмирующей ситуации уже самостоятельно, а не посредством своего персонажа. Пусть ощутит в своём теле дискомфорт (страх, слабость) при виде психотравмирующей ситуации. Затем нужно этот дискомфорт «вынуть», «выкатить» из своего тела (аналогично работе с острым стрессом) и положить наземь (на стул, другой предмет) перед собой. Прежде всего, надо внимательно присмотреться — не стоит ли за этим объектом какой-либо другой образ, который им управляет и который является для бойца гораздо более пугающим, нежели этот объект? В этот момент возможно существенное внутреннее сопротивление — страх перед этим «теневым образом» часто оказывается заметно боль-

шим, чем страх перед самой психотравмирующей ситуацией (это закономерно, так как стабильные фобии чаще всего являются всего лишь проявлением внутренних, гораздо более серьезных, нестабильностей психики данного индивидуума). Часто в виде «теневых объектов-манипуляторов» могут выступать родственники, знакомые пациента либо некие архетипические образы (ангелы, демоны).

Если «теневой образ» присутствует — нужно поздороваться с ним, поблагодарить за всё хорошее, что он для нас делал и делает, попросить прощения за всё нехорошее, что мы ему сделали, и попросить прекратить манипулировать этой малой частью нас, которая сейчас отдельно от нас лежит перед нами.

Если «теневого управляющего образа» нет, а есть просто визуализированная негативная эмоция — тогда пациент должен признать, что она — его часть, поблагодарить за всё, что она для него сделала, признать, что он её принимает, попросить прощения за всё нехорошее, что он для неё сделал, а потом поставить её перед фактом: надо изменяться или исчезнуть. И в случае исчезновения, и в случае изменений на его месте должно визуализироваться нечто позитивное для бойца (огонёк, цветок и т.д.). Прислушаться к ощущениям, убедиться, что это позитивное действительно вызывает положительные эмоции, и разместить его в себя, на место, где прежде располагалась негативная эмоция.

Аналогично мероприятия по психологической реабилитации проводятся при наличии боевого стресса у гражданского населения в зоне боевых действий.

Молитвы. В довершение ко всему вышесказанному для людей верующих, особенно женщин, очень полезна может быть групповая молитва перед боем. Построение — в круг, в центре — командир, он читает текст, остальные повторяют хором. Мы неоднократно применяли этот метод профилактики боевого стресса, неизменно — с хорошими результатами.

МОЛИТВА ВОИНА ПЕРЕД СРАЖЕНИЕМ

Спаситель мой! Ты положил за нас душу Свою, дабы спасти нас; Ты заповедал и нам полагать души свои за други наша и за ближних наших. Радостно иду я исполнить святую волю Твою и положить жизнь свою за Царя и Отечество. Вооружи мя крепостию и мужеством на одоление врагов наших, и даруй ми умрети с твердою верою и надеждою вечной блаженной жизни во Царствии Твоем.

МОЛИТВА ЧЕСТНОМУ КРЕСТУ

Да воскреснет Бог, и расточатся врази Его, и да бежат от лица Его ненавидящи Его. Яко исчезает дым, да исчезнут, яко тает воск от лица огня, тако погибнут беси от лица любящих Бога и знаменующихся крестным знаменем, и в веселии глаголящих: радуйся, Пречестный и Животворящий Кресте Господень, прогоняй бесы силою на тебе пропятого Господа нашего Иисуса Христа, во ад сшедшего и поправшаго силу диаволу, и даровавшего нам тебе Крест Свой Честный на прогнание всякого супостата. О, пречестный и Животворящий Кресте Господень! Помогай ми со Святою Госпожею Девою Богородицею и со всеми святыми во веки веков. Аминь.

ПРИМЕЧАНИЕ

Методы психологической реабилитации взяты из разработок Института инновационных психотехнологий под руководством С.В. Ковалёва (<http://psy-in.ru/>), синхрोगимнастика и три ключевых упражнения — разработка Х. Алиева, метод «Ключ» (<http://stress.su/>), и представлены здесь с любезного согласия их создателей.

5. КОМПЛЕКТАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УКЛАДКОВ

Состав медицинских упаковок — как индивидуальной, так и групповой, из расчёта на подразделение различной численности, имеет многочисленные трактовки в открытом доступе, например в Интернете. Потому хотя предлагаемая нами комплектация и базируется на собственном практическом опыте, мы отнюдь не полагаем, что она является самой лучшей или хотя бы намного лучшей, нежели предлагаемые другими авторами. Более того, рядом с некоторыми вариантами предлагаемых нами упаковок мы приводим ссылки на альтернативные, имеющиеся в сети Интернет. Единственным несомненным преимуществом нашей аптечки по сравнению с импортными является её существенно более низкая стоимость и высокая доступность компонентов для комплектации. Как показывает имеющийся опыт, в условиях нарастающей гражданской нестабильности, перерастающей в боевые действия, даже наличие неплохих каналов поставок гуманитарной помощи не обеспечивает возможность бесперебойного получения дорогостоящего

оснащения в больших количествах, поэтому мы рекомендовали бы всё-таки ориентироваться пусть на несколько менее эффективные, зато намного более доступные средства.

*Комплект индивидуальной аптечки
военнослужащего*

Индивидуальная аптечка предназначена для оказания первой доврачебной помощи при ранении либо травме военнослужащего, из расчёта на одного бойца, соответственно, каждый военнослужащий подразделения обязательно должен иметь такую в индивидуальном тактическом снаряжении. Она должна размещаться в специальном подсумке, находиться на типовом месте (чаще всего на поясе), быть легко доступной как для самого военнослужащего, так и для тех, кто станет оказывать ему помощь в случае его ранения. При этом в случае его ранения либо травмы медработник подразделения должен оказывать ему помощь прежде всего с использованием содержимого его аптечки, с тем чтобы не возникла ситуация, когда раненые будут поступать в госпиталь с неиспользованными аптечками, при этом содержимое рюкзака будет израсходовано, и части военнослужащих, получивших травмы на следующих этапах боя, оказать помощь будет нечем.

По нашему опыту участия целесообразно различать индивидуальные аптечки двух классов: аптечка общевойсковая и аптечка разведчика.

**Аптечка военнослужащего
индивидуальная общевойсковая**

№ п/п	Наименование	Кол-во
1	Индивидуальный перевязочный пакет, шт.	2
2	Жгут кровоостанавливающий, шт.	2
3	Бинт, 1шт	1
4	Перекись водорода, фл.	1
5	Аминокапроновая кислота, 100 мл	1
6	Йод, фл.	1
7	Губка гемостатическая	2
8	Капли глазные (альбуцид), фл.	1
9	Кеторол (обезболивающее ампулированное) — 1 упак. Если есть боевые (наркотические) обезболивающие — ещё лучше	3
10	Шприцы 5 гр.	3
11	Косынка фиксирующая, 1 шт.	1
12	Повязка противоожоговая, 1 шт.	1
13	Ножницы, 1 шт.	1

Все уколы ТОЛЬКО внутримышечно!

Аптечка разведчика индивидуальная

	Аптечка для ДРГ	Одна
1	Индивидуальный перевязочный пакет	2
2	Жгут кровоостанавливающий	2
3	Бинт (разной ширины)	2
4	Перекись водорода, 1 фл.	1
5	Аминокапроновая кислота, 50–100 мл	1

Окончание таблицы

	Аптечка для ДРГ	Одна
6	Йод	1
7	Губка гемостатическая	2
8	Капли глазные (альбуцид, софродекс)	1
9	Кеторол или другое обезболивающее ампулированное ненаркотическое, амп.	2
10	Косынка санитарная	1
11	Повязка противоожоговая	1
12	Ножницы	1
13	Пластырь бактерицидный, набор	1
14	Пластырь катушечный, шт.	1
15	Аквабриз, табл. № 10	1
16	Лоперамид, табл. № 10	1
17	Фурадонин, фуразолидон № 10	1
18	Сиднокарб либо аналоги, табл. № 6	1
19	Глюкоза, амп. № 10	1
20	Одеяло термоизолирующее (покрывало спасательное)	1
21	Салфетки гигиенические спиртовые, шт.	5
22	Шприцы 5 мл	2
23	Грелка химическая, шт.	2
24	Физ. раствор в пластике, 400 мл	1

Значительно больший ассортимент комплектующих в аптечке разведчика имеет обоснованием гораздо больший спектр выполняемых им задач в условиях относительно более высокой автономности.

Для размещения аптечки мы можем рекомендовать медицинский подсумок v.1: <http://>

www.gruppa99.com/collection/medicine/product/meditsinskiy-podsumok.

Достойной альтернативой предложенной нами аптечки является: <http://www.gruppa99.com/collection/medicine/product/aptechka-individualnaya-2>.

Это полностью укомплектованная по самым современным стандартам индивидуальная аптечка военнослужащего, по нашему мнению, во вполне достойной комплектации. Её главным недостатком является высокая стоимость, далеко не каждый военнослужащий может её приобрести. Кроме того, пока не существует бесплатных тренингов по её применению — а стоимость обучения по использованию сравнима со стоимостью самой аптечки. Для тех, для кого это не является непреодолимым недостатком, мы можем рекомендовать пройти курсы тактической медицины при «группе 99»: <http://www.gruppa99.com/>. Связаться с ними по поводу обучения можно по E-мэйлу: info@gruppa99.com.

Дополнительно к аптечке, после тщательных изысканий, мы можем рекомендовать каждому военнослужащему приобрести лично для себя жгут турникетный, если отечественный — то вот такого типа: <http://www.medplant.ru/ru/category/produksiya-medplant/zhgut-krovoostanavlivayuschij/zhgut-krovoostanavlivayuschij-zhk-medpla>, можно и натовский, но он дороже минимум в полтора раза и к тому же, как правило, просроченный. Как мы объясняем в разделе «Тактическая медицина иррегулярных действий» — это для индивидуальной самопомощи, прежде всего при ранениях в верх-

ние конечности. В этих условиях по удобству наложения он существенно превосходит жгут Эсмарха и так далее. Тактическая ниша его применения — крайне быстрая самопомощь в условиях плотного огневого воздействия противника. Исходя из этого носить его нужно отдельно от аптечки, так, чтобы его было очень удобно быстро достать любой рукой. Для этого существуют специальные кармашки, либо можно его разместить в любом удобном месте разгрузки или формы. Ввиду немалой стоимости данного изделия рекомендация его приобретения носит необязательный характер — делается это по возможности.

В подразделениях разведки (настоящей, а не только по названию) рекомендуем дополнять индивидуальную аптечку таблетками для обеззараживания воды и ампулами раствора глюкозы — для стимуляции организма при перегрузках. Употребление различных коктейлей из кофеина, стимуляторов и так далее категорически не рекомендуем, потому что, по имеющемуся опыту, после их употребления восстановить силы в полном объеме, скорее всего, боевая обстановка всё равно не позволит — и общее переутомление организма, со всеми вытекающими последствиями, станет ещё более тяжёлым.

Комплектация укладки взводного медика.

В данном разделе речь идёт о медицинском обеспечении строевого подразделения (чаще всего пехотного). Комплект медикаментов и расходных материалов взводного медика должен быть досту-

пен для переноски на значительные расстояния одним человеком, учитывать возможность оказания медицинской помощи значительному количеству (до четверти личного состава подразделения, численностью примерно до взвода) при ранениях или боевых травмах и оказании первой медицинской помощи при различных заболеваниях, отравлениях, расстройствах деятельности систем организма, которые встречаются в боевой обстановке. При этом необходимо учитывать, что, во-первых, невзирая на изложенное выше нами требование — каждый военнослужащий должен иметь в боевой обстановке индивидуальную медицинскую аптечку, фактически, в условиях иррегулярных боевых действий, выполняется это требование крайне редко. Медик подразделения должен прилагать все мыслимые меры к искоренению этого недостатка, начиная с поисков комплектующих для индивидуальных аптечек военнослужащих подразделения по гуманитарным и личным каналам и заканчивая использованием административной власти командира подразделения для наказания тех, кто теряет или забывает брать с собой свои аптечки. Однако при этом он всё равно должен быть готов к тому, что в решающий момент у очень многих из числа раненых аптечек не окажется. Во-вторых, помимо первой помощи при тяжёлых ранениях и травмах взводный медик, вне зависимости от уровня его официального медицинского образования, должен уметь оказать помощь при основных нетяжёлых заболеваниях, часто встречающихся в боевой обстановке (преимущественно это обострения гипертониче-

ской и язвенной болезни, головная и зубная боль различной этиологии, простудные заболевания, грибковые поражения кожи). В мирное время применение всех этих препаратов требует специального медицинского образования. В условиях боевых действий таких строгих ограничений не существует — в принципе, достаточно внимательно почитать инструкции к препаратам, чтобы получить общее представление о том, каким действием каждый из них обладает. Однако даже с учётом этих факторов крайне желательно находить возможность на роль медика подразделения назначать человека с медицинскими знаниями.

Аналогично обстоит дело с внутривенными переливаниями растворов. При тяжёлых ранениях, сопровождающихся массивной кровопотерей, внутривенное переливание растворов, восполняющих ОЦК (объём циркулирующей крови), особенно в сочетании с кровоостанавливающими препаратами (аминокапроновая кислота, этамзилат), может существенно улучшить состояние военнослужащего. Однако для этого медик подразделения должен владеть техникой постановки системы внутривенно. При этом недостаточно просто уметь поставить иглу (или катетер) внутривенно — нужно уметь по внешним признакам оценить состояние пациента и правильно оценить показания к применению внутривенных инъекций.

Также обратим ваше внимание на то, что в упаковку медработника подразделения мы не включили инструмент для ПХО (первичной хирургической обработки) раны. Причина этому банальна: в

условиях современных боевых действий мы ни разу не столкнулись с необходимостью выполнения хирургических вмешательств в полевых условиях: гораздо эффективнее было стабилизировать состояние раненого и обеспечить его доставку в ближайшее стационарное лечебное учреждение. Там выполнение необходимых хирургических операций будет произведено в гораздо более благоприятной обстановке и более квалифицированными специалистами.

Разумеется, если медик подразделения (например, взвода) обладает профильным образованием (по канонам мирного времени — хирургическим) и предполагается, что его подразделение будет действовать в глубоком отрыве от своих основных сил (например, в тылу противника) — тогда данный рюкзак можно дополнить комплектом инструмента для ПХО. Однако настоятельно просим всех читателей: применять хирургические инструменты можно **ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО** в комплекте с соответствующими знаниями. Почёрпнутая многими энтузиастами из фильмов «про Рэмбо» жажда «шить раны» (без всякого представления о том, когда это можно и как это нужно делать) заканчивается грубейшими нарушениями правил ПХО и чревата развитием тяжёлых осложнений у пострадавших.

Укладка взводного медика

1. Бинт — 6 шт.
2. Индивидуальный перевязочный пакет — 10 шт.
3. Вата — 1 шт.
4. Жгут кровоостанавливающий — 5 шт.

5. Перекись водорода — 2 фл.
6. Хлоргексидина биглюконат — 2 фл.
7. Аминокапроновая кислота — 2 фл по 100 мл
(возможно другое кровоостанавливающее)
8. Настойка пустырника — 1 фл.
9. Йод — 1 фл.
10. Зелёнка — 1 фл.
11. Губка (или салфетка) кровоостанавливающая — 6 шт.
12. Повязки противоожоговые типа «Apollo» — 4 шт.
13. Наклейки на раны послеоперационные (типа «Космопор») — 10 шт.
14. Капли глазные — 1 шт.
15. Кандизол, мазь противогрибковая — 2 фл.
16. Лейкопластырь катушечный — 1 шт.
17. Лейкопластырь бактерицидный — 12 шт.
18. Шприцы 10 мл — 10 шт.
19. Шприцы 5 мл. — 10 шт.
20. Церукал (при контузии в случае тошноты и рвоты) — 1 упак.
21. Кеторол (обезболивающее ампулированное) — 1 упак. Можно дексалгин, кетанов, анальгин с димедролом
22. Этамзилат (кровоостанавливающее, можно дицинон, викасол) — 1 упак.
23. Валидол таблет. (сердечное, по одной таблетке под язык) — 1 упак.
24. Нитроглицерин (оптим. спрей)
25. Аспирин возможен для сердечников — таблетки
26. Парацетамол (жаропонижающее, при простуде) — 3 упак.

27. Фармацитрон, колдрекс (тот же парацетамол) (антипростудный, пакетированный) — 10 шт.

28. Цитрамон (тот же аспирин) (от головной боли) — 1 упак.

29. Уголь активированный, (при отравлениях) — 1 упак — на 1 применение. 1 таблетка на 8 кг тела, т.е. приём за раз — пачку. Нужно больше.

30. Лоперамид (при поносах) — 1 упак. Можно лопедиум, левомицетин — антибиотик.

31. Андипал, каптопресс (от давления) — 1 упак. Точнее каптоприл, а также слабее — эналаприл. Магnezия в/в, клофелин $\frac{1}{8}$ таблетки.

32. Ранитидин (от язвы, при болях в желудке) — 1 упак. Язва желудка лечится радикально эрадикационной терапией в течение 10–14 дней:

Схема: омепразол — 20(40) мг — 2 р.д. метронидазол 500 мг — 2 р.д. кларитромицин 500 мг 2 р/д

Схема для сложных случаев:

омепразол — 2 р/д, метронидазол 500 мг — 3 р/д, Де-нол (препарат висмута) — 120 мг — 4 р/сут, тетрациклин — 500 мг — 4 р/д

Для лечения симптомов — омепразол в стандартной дозе.

33. Кетанов (обезболивающее таблетированное) — 1 упак. Кетопрофен, ибупрофен.

34. Системы для переливания растворов, одно-разовые — 4 шт.

35. Растворы для в/в переливания (физраствор) в пластиковых пакетах по 250 мл — 2 шт.

36. S-образный воздуховод Гведела — 2 шт.

37. Косынка фиксирующая — 4 шт.

38. Плащ-палатка — 1 шт. (можно носилки мягкие)

39. Спасательное одеяло с алюминиевым напылением — 1 шт.

40. Зажим анатомический — без зубчиков — 2 шт.

41. Тонометр — 1 шт.

42. Ножницы — 1 шт.

43. Пантенол — 1 фл.

44. Салфетки спиртовые, для в/м инъекций — 1 пачка.

45. Салфетки марлевые стерильные — 1 пачка.

46. Маалокс таблет. — 1 уп.

47. Мазь «Бодяга» (ибупрофен с этим растением либо аналог) — 1 фл.

48. Малый набор для ПХО (зажимы — 2, иглодержатель, скальпель со сменными лезвиями, зонд пуговчатый и желобовидный, пинцет, ножницы хирургические, иглы хирургические).

49. Шовный материал — шёлк, с атравматичной иглой и без неё, кетгут.

50. Новокаин 0,5—2% — 200 мл

51. Сальбутамол — при приступах — 6–10 впрысков каждые 20 минут в течение первого часа. Далее — преднизолон в таблетках — по 8 таблеток в день в течение недели.

52. Преднизолон на всякий случай (аутоиммунные заболевания, ревматизм, отёк Квинке, анафилаксия — терапия после купирования приступов) — пачка.

53. Адреналин — упаковка — 10 ампул. При анафилактическом шоке — введение п/к одной ампулы.

54. Ремантадин — 2 пачки, приём по схеме в аннотации во время первых симптомов простуды, позже чем через двое суток — бесполезно.

55. Тамифлю — дорогой противовирусный препарат, очень эффективный, держать на случай ОРВИ и принимать по схеме при первых симптомах.

56. Метронидазол — при диарее и кишечных инфекциях и инвазиях глистных. 0,5 г — 3 раза в день, курс — 10 дней

57. Монурал — уретриты циститы. Капсула — приём однократно.

58. Ципрофлоксацин — приём 0,5 г — однократно при гонококковой инфекции нижних мочеполовых путей. 2 упаковки. Приём курса по 0,5 г в течение недели при циститах/уретритах.

Цефипим — приём 0,5 г однократно при гонококковой инфекции.

59. Амоксициллин — приём ТОЛЬКО при гнойных осложнениях и нетяжёлой пневмонии — 0,5 г — 3 раза в сутки в течение 10 дней.

Лечение неосложнённой пневмонии у молодых людей:

Амоксициллин 0,5 г — 3 раза в сутки.

Кларитромицин 0,5 г — 3 раза в сутки.

Курс — 10 дней.

Тяжёлое течение пневмонии, а также у пожилых людей — лечение только в стационаре.

Все уколы ТОЛЬКО внутримышечно (кроме физраствора с аминокaproновой кислотой или этамзилатом)!

Для переноски всего вышеперечисленного мы рекомендуем использовать заплечный тактический рюкзак, например, вот такой: см. рисунок — это «ранец тактический Квартал-2 М3052С». По богатейшему опыту Великой Отечественной войны санинструк-



тору подразделения предписано иметь сумку для переноски медикаментов и расходных медицинских материалов. Это основывается на том, что в условиях боя при передвижении ползком сумку удобно перебросить перед собой, положив рядом с раненым, открыть её и достать необходимые компоненты для оказания помощи. Однако, как показывает опыт, передвигаться ползком приходится крайне редко, при этом оказывать первую помощь раненому (или самому себе) медик всё равно должен из индивидуальной аптечки — своей или военнослужащего. Сумка, в отличие от рюкзака, имеет существенно меньший объём и намного менее удобна в переноске — соответственно, в неё во-первых, невозможно поместить всё необходимое, а во-вторых, ввиду того что её носить с собой намного неудобнее, не-

жели рюкзак, она как минимум будет необоснованно истощать выносливость медика подразделения, а как максимум — будет постоянно перевозиться им в транспорте (а не переноситься с собой) и в итоге в нужный момент может оказаться непоправимо недоступной. Во всяком случае, по нашему опыту участия в событиях, невзирая на значительное количество «медицинских сумок санинструктора», которые удалось разыскать на месте и которые повсеместно раздавались санинструкторам всех подразделений, особенного распространения они не получили, и все, кто мог, предпочитали пользоваться тактическими рюкзаками.

Комплектация укладки медика блокпоста.

Весьма частой задачей на современном этапе, в особенности в условиях иррегулярных действий, является медицинское обеспечение стационарных блокпостов. Особенности в данном случае часто является существенная (вплоть до полной) изоляция гарнизона блокпоста и, соответственно, повышенные требования к санитарно-эпидемиологическому режиму, а также возможная необходимость выполнения военно-медицинских задач в течение некоторого времени в условиях окружения и невозможности эвакуации раненых.

Все посты в зоне вооруженного конфликта должны быть укомплектованы следующим медицинским имуществом:

- резервной сумкой медицинской войсковой, предназначенной для оказания доврачебной помощи при ранениях, которая в опечатан-

ном виде находится в комнате для хранения оружия и выдается санитарному инструктору вместе с оружием только при выполнении задач, связанных с возможным ранением или подрывом, а также при вооруженном нападении на пост с запасом на 3 сут. боевых действий:

- 15–20 ППИ;
- 15–20 стерильных бинтов;
- 4–5 кровоостанавливающих жгутов;
- 10–20 шприц-тюбиков с промедолом;
- 3–4 лестничных шины;
- воздуховоды;
- медицинские косынки;
- инфузионные растворы с системами для внутривенного вливания (2 флакона);
- 2 носилочные лямки;
- сумкой медицинской войсковой с необходимым запасом медикаментов и перевязочного материала для оказания неотложной медицинской помощи в повседневной жизни при острых заболеваниях и травмах;
- запасом медикаментов для проведения простейших лечебных процедур (лечения острых ринофарингитов, инфицированных ран, ссадин, небольших ран, стрептодермии, микозов стоп и др.):
- аналгин (аскофен), 20 таблеток;
- валидол (нитроглицерин), 10 таблеток;
- корвалол (валокордин), 30 мл;
- ацетилсалициловая кислота, 20 таблеток;
- викалин (бекарбон), 10 таблеток;

- фурациллин, 20 таблеток;
- стрептоцид, 10 таблеток;
- 10 таблеток от кашля;
- папаверин (дибазол), 10 таблеток;
- сульфадимезин (сульфадиметоксин), 20 таблеток;
- санорин, 10 мл;
- 20%-ный раствор альбуцида натрия (глазные капли), 10 мл;
- калия перманганат, 5 г;
- сода пищевая, 30 г;
- мазь ихтиоловая, 20 г, мазь Вишневского, 50 г;
- мазь стрептоцидовая (левосиновая), 30 г;
- паста Теймурова, 20 г;
- спиртовой раствор йода (бриллиантового зеленого), 30 мл;
- нашатырный спирт, 10 мл;
- 3 пакета перевязочных индивидуальных;
- 5 бинтов нестерильных;
- 3 бинта стерильных;
- 1 упаковка ваты;
- 1 жгут кровоостанавливающий;
- 2 шины лестничных;
- 1 шпатель; 1 пипетка;
- 1 термометр ртутный;
- емкости для промывания желудка — трехлитровая банка с водой и таз;
- 1 ляжка носилочная (Ш-4);
- 1 носилки медицинские;
- запасом ДТС ГК — 3–5 кг (с учетом площади) и техническими средствами для проведения дезинфекции.

Каждый военнослужащий в зоне вооруженного конфликта должен получать кровоостанавливающий жгут и пакет перевязочный медицинский индивидуальный стерильный, которые находятся в задних карманах бронежилета или в карманах полевой формы одежды. Кроме того, на весь личный состав из нештатной аптеки медицинского пункта батальона выдается по шприц-тюбику 2%-ного раствора промедола и упаковке пантоцида. Промедол хранится командиром подразделения в комнате для оружия в опечатанной металлической шкатулке, которая сдается под охрану дежурному по подразделению. Промедол выдается личному составу только при выполнении им задачи, связанной с возможным ранением или подрывом, а также при вооруженном нападении на пост.

Пантоцид находится у санитарного инструктора и выдается военнослужащим при их действии в отрыве от основного подразделения.

Комплектация укладки врача ДРГ. Медицинское обеспечение действий диверсионно-разведывательных групп, по нашему мнению, наиболее сложный и комплексный раздел медицинского обеспечения подразделений. Медику самостоятельно придётся иметь дело с большим количеством разнообразных заболеваний, травм и патологических состояний, развитие даже лёгкой формы большинства из них у одного из бойцов чревато проблемами вплоть до гибели всей группы, эвакуация пострадавших крайне затруднена, а помощь других медицинских специалистов и вовсе невозможна.

Всё вышеперечисленное предъявляет самый высокий стандарт требований к медику такой группы. Ниже мы приводим ориентировочную комплектацию медицинского рюкзака в расчёте на группу числом 8–10 человек (взято из «Учебника выживания спецназа ГРУ» Баленко С.).

Комплект медикаментов для ДРГ (8–10 чел.)

Медикаменты	Количество	Применение, дозировка, механизм действия
Перевязочный материал		
Бинты стерильные	5 шт.	Для перевязок при ранениях, давящих повязок, при кровотечениях, растяжениях, вывихах, ссадинах
Бинты нестерильные:		
средние (7 см)	5 шт.	
широкие (14 см)	5 шт.	
Индивидуальные пакеты	2–3 шт.	
Вата медицинская	200 г	
Эластичный бинт	2 шт.	
Бинт резиновый 6 x 450 мм	2 шт.	
Лейкопластырь	3 шт.	
Жгут Эсмарха	1 шт.	
Английская булавка	5 шт.	
Ножницы	1 шт.	

5. Комплектация медицинских упаковок

Продолжение таблицы

Медикаменты	Количество	Применение, дозировка, механизм действия
Косынка треугольная	1 шт.	
Пластырь бактерицидный	2 шт.	
Повязка послеоперационные «Космопор»	10 шт.	
Обеззараживающие средства		
Настойка йода 3–5%–ная (в ампулах)	50 мл	Для обработки краев ран, полоскания полости рта при ангине (3–4 капли на 100 мл теплой воды)
Раствор бриллиантовой зелени	30 мл	Для обработки краев ран
Спирт винный 96°	300 мл	Для обработки краев ран, компрессов
Минимальный набор хирургических инструментов	1 шт	Зажимы, иглодержатели, иглы и шовный материал. Пинцеты, зонды. Скальпель со сменными лезвиями. Для проведения необходимых ПХО. Для остановки венозного и артериального кровотечения в случае травматической ампутации конечности.
Аквабриз, аква tabs	20 шт.	Средства для обеззараживания воды. Применять согласно инструкции.
Пантенол	3 шт.	Препарат выпускается в аэрозольной упаковке, что очень удобно для обработки ран. Обладает противовоспалительным, кровоостанавливающим, антимикробным действием. Им опрыскивают раневую поверхность

Продолжение таблицы

Медикаменты	Количество	Применение, дозировка, механизм действия
Либексин	20 табл.	Средство от кашля, при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, пневмонии. По 1 табл. 3 раза в день
Невиграмон	20 табл.	При инфекциях мочевых путей (цистите, пиелите). По капсуле 4 раза в день
Горчичники	30 шт.	При бронхите, пневмонии
Обезболивающие и жаропонижающие средства		
Аспирин (ацетилсалициловая кислота)	30 табл.	Противовоспалительное, жаропонижающее
Анальгин	30 табл.	При головной боли, невралгии, артритах (болях в суставах), миозите, радикулите. По 1 табл. 2-3 раза в день
Димедрол	20 табл.	При аллергии, высокой температуре (более 38,5°) вместе с аспирином и анальгином. По 1 табл. 2 раза в день после еды
Но-шпа	20 табл.	При приступах желчно- и мочекаменной болезней. По 1-2 табл. 2-3 раза в день
Зубные капли	2 фл.	Смоченную зубными каплями вату приложить к больному зубу
Средства для инъекций		
Одноразовые шприцы 2, 5, 10 и 20 мл		
Кофеин натрия бензойного 10%-ный — 1 мл	10 амп.	При шоке, кровотечениях

Продолжение таблицы

Медикаменты	Количество	Применение, дозировка, механизм действия
Промедол	10 амп.	При обширных травмах, сопровождающихся выраженным болевым синдромом (переломы, обширные ожоги, раны и т.д.), по 1-2 мл подкожно
Цититон, лобелин 1%-ный	5 амп.	Препараты возбуждают дыхательный центр. Применяются при остановке или угнетении дыхания (поражении молнией, электротокком, при шоке, при проведении искусственного дыхания и т.д.). Внутримышечно (в язык) по 1 мл.
Раствор анальгина (50%-ный)	5 амп.	Обезболивающее, противовоспалительное, жаропонижающее средство. Вводят подкожно по 2 мл
Атропин (0,1%-ный — 1 мл)	5 амп.	При отравлении красным мухомором. Вводят подкожно 1-2 мл
Противостолбнячная сыворотка	5 амп.	Профилактическая прививка при обширных травмах, укусах. Вводят по схеме подкожно. Сначала — 0,1 мл через 30 мин. — остальные 0,9 мл
Физраствор	5 фл.	Вводят в/в при сильных кровотечениях для повышения ОЦК и АД
Транексам	5 амп.	Вводят в/в при сильной кровопотере. Также аминокaproновую кислоту вводят в рану с помощью шприца и накладывают в рану гемост. губку. Сверху туго бинтуют
Аминокaproновая к-та	1 фл.	

Продолжение таблицы

Медикаменты	Количество	Применение, дозировка, механизм действия
Другие средства		
Нашатырный спирт	10 амп.	При вдыхании оказывает возбуждающее действие на дыхательный центр. Применяется для возбуждения дыхания при потере сознания, обмороке, шоке и т.д. Подносят к носу кусочек ваты (марли), смоченной нашатырным спиртом
Кислота борная	10 г	Антисептическое средство. Применяют в виде водного раствора для полоскания полости рта, зева (1 чайная ложка на стакан воды)
Двууглекислая сода	100 г	Для промывания желудка (1 столовая ложка на 1 л теплой воды), для полоскания горла (1 чайная ложка на стакан теплой воды)
Аэрон	10 табл.	Для профилактики и лечения морской, воздушной и горной болезни. При признаках болезни (головокружение, тошнота, головная боль) — по 1–2 табл., лучше запивать чаем
Триоксазин	10 табл.	Успокаивающее средство. Уменьшает напряженность и чувство страха. По 1 табл. 2 раза в день
Этаминал-натрий (нембутал)	10 табл.	Применяется как снотворное при бессоннице, а также в качестве успокаивающего и противосудорожного средства. По 1 табл. за час до еды

5. Комплектация медицинских упаковок

Окончание таблицы

Медикаменты	Количество	Применение, дозировка, механизм действия
Випратокс, аписартрон	1 туб.	При артрите, миозите, радикулите и т.п. Втирать в кожу по 2–3 г мази 2–3 раза в день, покрывая место теплой повязкой
Крем «Ланолин», «Нивея»	1 туб.	Для смазывания тонким слоем кожи лица, слизистой губ, для предупреждения солнечных ожогов
Детский крем	2 туб.	Для смазывания опрелостей, потертостей
Дэта, «Тайга», «Репулин» и т.д.	4–5 фл.	Средство, отпугивающее комаров, мошек, клещей и т.п.
Зажим кровоостанавливающий	1 шт.	
Термометр медицинский	2 шт.	
Поливитамин в драже	120 шт.	Для улучшения обменных процессов и общего состояния при значительных физических нагрузках. По 1–2 драже 4 раза в день
Витамин С с глюкозой	120 шт.	Необходим для быстрого восполнения энергетических затрат. По 1–2 табл. 3 раза в день
Экстракт элеутерококка	2 фл. по 50 мл	Применяется для повышения тонуса и улучшения общего состояния. По 20–30 капель 2–3 раза в день за 30 мин. до еды
Резиновая груша малая (на 20 мл)	1 шт.	Для промывания уха
Резиновая груша с мягким наконечником (на 20 мл)	1 шт.	Для постановки очистительной клизмы
Мозольный пластырь	3 шт.	
Пипетка	1 шт.	

Примечания:

1. Подкожные инъекции производятся в основание кожной складки, взятой по наружной поверхности посередине между плечевым и локтевым суставами; внутримышечные — в мышцу передней наружной стороны бедра на уровне средней трети его.

2. Внутривенные инъекции должен делать человек с медобразованием либо кто-то, прошедший курс обучения.

Укладка стационарная с учётом гражданского населения. Этот список медикаментов составлен из расчёта не на боевое подразделение, а на группу гражданских жителей, стационарно проживающих в той местности, где позже развернулись боевые действия. Примерное количество — порядка 25 человек (5 семей по 5 человек, в том числе женщины и дети), расчёт медикаментов — на месяц, при условии достаточно интенсивных боевых действий в этой местности.

Составлен был этот список прежде всего по просьбам людей, не принимавших непосредственного участия в боевых действиях, в ответ на их вопросы — что нужно купить из медикаментов «на всякий случай». Однако в реальных, боевых условиях, представление об этой укладке может быть весьма полезным не только «гражданским выживальщикам», но и медикам подразделений, и их командирам. Хотя бы потому, что очень часто приходится оказывать помощь гражданскому населению, оказавшемуся в зоне конфликта, включая женщин и детей.

Этот запас не является носимым — его нужно разместить стационарно, в условиях, обеспечивающих оптимальное хранение (сухо, отсутствие прямо-

го солнечного света, температура как можно ближе к 5 °С) либо, если планируется перемещение (перемещение), его можно перевозить с собой, в автомобиле.

**Комплект медикаментов
для гражданского коллектива
(5 семей по 5 человек)**

1	Бинты – 20 шт.
2	Марля – 2 уп.
3	Вата – 3 уп.
4	Жгут кровоостанавливающий – 3 шт.
5	Аминокапроновая кислота – 2 фл. по 100 мл (возможно другое кровоостанавливающее)
6	Пантенол – 1 фл.
7	Губка (или салфетка) кровоостанавливающая – 6 шт.
8	Повязки противоожоговые типа «Аpollo» – 4 шт.
9	Наклейки на раны послеоперационные (типа «Космопор») – 20 шт.
10	Лейкопластырь бактерицидный – 24 шт.
11	Лейкопластырь катушечный широкий – 3 шт.
12	Лейкопластырь катушечный узкий – 2 шт.
13	Зелёнка – 2 фл.
14	Йод – 2 фл.
15	Перекись водорода – 5 фл.
16	Хлоргексидина биглюконат – 5 фл.
17	Настойка пустырника – 4 фл.

Продолжение таблицы

18	Валидол табл. – 4 упак.
19	Цитрамон табл. – 3 упак.
20	Аспирин табл. – 10 упак.
21	Парацетамол табл. – 3 упак.
22	Фармацитрон, колдрекс (антипростудное, пакетированное) – 10 шт.
23	Каптопресс табл. – 4 уп.
24	Андипал табл. – 2 уп.
25	Спазмалгон табл. – 3 уп.
26	Но-шпа – 3 уп.
27	Активированный уголь – 20 уп.
28	Лоперамид (или лопедиум) – 10 уп.
29	Ранитидин – 4 уп.
30	Омез – 4 уп.
31	Маалокс – 4 уп.
32	Гастал – 4 уп.
33	Капли глазные (типа альбуцид) – 2 шт.
34	Кандизол, мазь противогрибковая – 5 фл.
35	Кетанов (обезболивающее таблетированное) – 1 упак. Можно другое таблетированное – анальгин, пенталгин и так далее.
36	Церукал (при контузии в случае тошноты и рвоты) – 2 упак.
37	Кеторол (обезболивающее ампулированное) – 1 упак. Можно дексалгин, кетанов, анальгин с димедролом
38	Этамзилат (кровоостанавливающее) – 1 упак.
39	Шприцы в ассортименте – 2, 5, 10 и 20 мл по десятку

Окончание таблицы

40	Стерильные салфетки для обработки ран – 4–5 уп.
41	Спирт 96%-ный – 4 фл.
42	Стерилиум – 2 фл.
43	Иглодержатель и шовный материал с иглой (шелк или лавсан) – 2 шт.
44	Скальпель с одноразовыми лезвиями – 10 шт.
45	Комплект инструментов для ПХО (первичной хирургической обработки раны) – 1 шт.
46	Новокаин 250 мл – 4 шт.
47	Хлорамин, хлорантаин и другие дезсредства – 2 кг.
48	S-образный воздуховод Гведела – 2 шт.
49	Косынка фиксирующая – 4 шт.
50	Плащ-палатка – 1 шт. (можно носилки мягкие)
51	Спасательное одеяло с алюминиевым напылением – 1 шт.
52	Зажим анатомический – без зубчиков – 2 шт.
53	Тонометр – 1 шт
54	Ножницы – 1 шт.
55	Системы для переливания растворов, одноразовые – 4 шт.
56	Растворы для в/в переливания (физраствор) в пластиковых пакетах по 250 мл – 4 шт.
57	Растворы для в/в переливания (глюкоза) в пластиковых пакетах по 250 мл – 4 шт.
58	Шины иммобилизационные (проволочные или современные – пластиковые) – 4 шт.
59	Бинты эластические широкие 5 м – 2 шт.
60	Бинты эластические узкие 3 м – 2 шт.
61	Для детей по возрастным группам противогрибковое и жаропонижающее – побольше
62	Прокладки, памперсы и тампоны
63	Перчатки резиновые – 20 пар
64	Маски ватно-марлевые – 40 шт.

Разумеется, данный список носит весьма ориентировочный характер и имеет ряд существенных недочётов. Он не включает в себя всю мыслимую номенклатуру лекарств — аптеку дома не спрячешь, и если, например, в коллективе имеются люди, больные какими-либо хроническими заболеваниями, они должны индивидуально позаботиться о создании запаса препаратов для себя лично. Трудно определиться с лекарственными препаратами для детей, так как они постоянно взрослеют. Нужно иметь в виду, что срок хранения большинства препаратов ограничен, и если в течение этих нескольких лет кризисная ситуация не наступит, тогда их придётся выбрасывать (обратно в аптеку для реализации их не возьмут, и в отличие от продуктов все сразу их съесть не получится).

С другой стороны, когда начинает стремительно развиваться кризисная ситуация — вплоть до гражданской войны, всегда есть некоторый запас времени, когда уже видно, к чему идут процессы, но в аптеках ещё имеется существенный запас медикаментов по старым ценам. В этот момент купив необходимое, можно обеспечить запас лекарственных средств не только для своего коллектива, но и получить неплохой обменный фонд на будущее: в условиях гражданской нестабильности лекарства являются большим дефицитом. Кроме того, этот список можно использовать в работе с различными гуманитарными организациями — в качестве единого ориентировочного расчётного блока того, что действительно необходимо определённому числу гражданских, оказавшихся в зоне боевых действий.

Для граждан, не планирующих участвовать в боевых действиях и интересующихся данным комплектом с точки зрения выживания себя и своих близких, мы напомним, что хотя и велика вероятность того, что в критической ситуации рядом может оказаться медик и сможет оказать квалифицированную помощь, однако рассчитывать только на это не следует. Гораздо лучше пройти курсы первой медицинской помощи при МЧС либо аналогичные другие. Причём, если медикаменты можно купить и непосредственно перед началом развития кризисной ситуации, то повышать уровень своей медицинской подготовки нужно заранее, ещё в мирное время. Указанный список носит минимальный ориентировочный характер, его можно расширять, исходя из личной необходимости и финансовых возможностей. Дорогие препараты рекомендуем не брать — есть достаточно качественные отечественные аналоги.

ВОПРОСЫ К ЗАНЯТИЯМ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

Занятие №1

1. Что понимается под определением «современная тактическая медицина»?
2. Цели тактического медика — в боевой обстановке и вне её.
3. Перечислите основные виды боевых повреждений.
4. Наиболее опасные для жизни пострадавшего их следствия.
5. Что такое первая доврачебная помощь?
6. Дайте определение шока.
7. Причины развития шока, основные его типы, предрасполагающие к его развитию факторы.
8. Симптомы шока.
9. Нормальные показатели пульса и давления.
10. Описание работы мозга при болевом шоке (оценка тяжести повреждения, исходя из болевой импульсации).
11. Действия при шоке.
12. Порядок осуществления внутримышечной инъекции.

13. Заменители наркотических обезболивающих.
14. Показания к внутривенным инфузиям.
15. Порядок осуществления внутривенной инфузии.
16. Уход за верхними дыхательными путями пострадавшего при шоке.
17. Эмоциональный шок.
18. Различия ранений по типу, характеру, локализации и масштабу.
19. Основные последствия раны, опасные для жизни и здоровья.
20. Объем кровопотери, опасный и смертельный.
21. Виды кровотечений.
22. Причины развития болевого шока, факторы, обуславливающие его важность.
23. Причины и последствия развития инфицирования.
24. Действия при ранении по стандартам МЧС.
25. Основные виды ранений (огнестрельные, холодным оружием, МВТ), характер (проникающие — нет), типы.
26. Основные действия при ранениях в боевой обстановке (обосновать).
27. Порядок обработки ран, понятие о ПХО.
28. Случаи, когда ПХО можно выполнять в полевых условиях, обоснование нежелательности широкого её применения.
29. Действия при резаных, рваных, ушибленных, слепых ранениях.

30. Понятие «бокового действия» и «пульсирующей полости» при огнестрельных ранениях.
31. Общий алгоритм действий при огнестрельных ранениях.
32. Минно-взрывная травма (МВТ): механизм, особенности.
33. Действия при МВТ.
34. Комплект первой помощи рядового бойца.
35. Способы остановки кровотечения при ранениях.
36. Показания к наложению жгута, причины их строгости, основные типы жгутов.
37. Правила наложения жгута Эсмарха.
38. Особенности и правила наложения жгута Бубнова (альфа).
39. Особенности и правила наложения турникетного жгута.
40. Правила обращения со жгутом после его наложения, причины их невыполнения.
41. Изготовление жгута-закрутки из косынки.
42. Наложение жгута с ППИ на шею.
43. Остановка кровотечения прижатием: показания.
44. Способы выполнения.
45. Способ остановки кровотечения «перезатие с валиком».
46. Наложение повязок: что запрещено в этом случае?
47. Действия при наложении повязки.
48. Устройство ППИ.
49. Недостатки ППИ «сердюковского» образца.
50. Правила наложения бинта.

51. Ранения в грудь: симптомы пневмоторакса и первая помощь при них.

52. Действия при ранениях в живот, симптомы повреждения органов брюшной полости.

53. Помощь при ранениях тазовой области.

54. Применение санитарной косынки при ранениях конечностей, живота, таза, головы — рассказ, демонстрация практических навыков.

55. Остановка кровотечения путём наложения жжима.

56. Дополнительные мероприятия по остановке кровотечения.

Занятие № 2

1. Общие принципы действий в бою.

2. Общие закономерности тактической медицины на современном этапе.

3. Алгоритм помощи раненому.

4. Этапы эвакуации.

5. Стили работы тактического медика.

6. Виды ландшафтов, их характеристики.

7. Ключевые моменты эффективности медслужбы.

8. Необходимые спецсредства.

9. Организация связи, применение громкоговорителей.

10. Что нужно знать о картах и фортификации.

11. Организация полевого медицинского пункта.

12. Определение зон, критерии.

13. Выполняемые в каждой из зон действия.

14. Способы переворота раненого и вытаскивания его.

15. Маркировка раненых.
16. Способы переноски.
17. Тактические и медицинские факторы эвакуации.
18. Документирование медицинской помощи.
19. Использование подручных средств: носилки, клейкая лента, шины.
20. Типовые операции медика по работе с гражданским населением.
21. Боевой стресс (дистресс).
22. Метод психологической реабилитации «Ключ»: упражнения и приёмы.
23. Устранение стресса в остром периоде: визуализация негативной эмоции, нормализация глазодвигательных рефлексов, преобразование негативной эмоции в позитивную.
24. Техника «кинотеатр» — работа с фобиями.

Занятие № 3

1. Алгоритм действий при травмах, самые важные из них.
2. Основные правила транспортной иммобилизации.
3. Симптомы и лечение при ушибах.
4. Симптомы и лечение при растяжениях.
5. Симптомы и лечение при вывихах.
6. Переломы костей конечностей: симптомы и лечение.
7. Переломы рёбер: симптомы и лечение (при единичных, при множественных оскольчатых).
8. Действия при переломах позвоночника.

9. Возможные осложнения переломов конечностей.

10. Осложнения контузий, степени тяжести, причины их важности в боевых условиях.

11. Повреждения головного мозга: симптомы и степени.

12. Симптомы сотрясения и сдавления мозга.

13. Наиболее тяжёлые ожоги, правило девяток.

14. Степени тяжести, симптомы.

15. Тушение пламени на человеке, нахождение внутри объектов.

16. Локальные отморожения (обморожения) и общие переохлаждения (гипотермия).

17. Степени отморожения.

18. Симптомы переохлаждения (гипотермии). Опасность её в боевых условиях.

19. Помощь пострадавшему от гипотермии.

20. Схема работы при эвакуации пострадавшего от гипотермии.

21. Запрещённые при переохлаждении мероприятия.

22. Повреждение раздавливанием (crush-синдром).

23. Причины и симптомы непроходимости верхних дыхательных путей.

24. Первая помощь при их непроходимости.

25. Выполнение СЛР (сердечно-лёгочной реанимации).

26. Наиболее частые в небоевой период заболевания.

27. Их лечение.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
1. ТАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА СОВРЕМЕННОЙ ИРРЕГУЛЯРНОЙ ВОЙНЫ	9
1.1. Понятие тактической медицины, цели и задачи тактического медика, требования к нему	10
1.2. Виды основных боевых повреждений. Диагностика и лечение, теория и практика (первая доврачебная помощь)	13
1.2.1. Оценка жизненно важных параметров, виды шока, последовательность оказания помощи, в/в инъекции и инфузии	13
1.2.2. Ранения	22
1.2.3. Травмы: ушибы, растяжения, вывихи.	67
1.2.4. Переломы костей: закрытые и открытые — конечностей, позвоночника, таза, ребер, лючицы	70
1.2.5. Травмы головы. Контузии, сотрясения мозга, огнестрельные ранения, закрытые и открытые черепно-мозговые травмы	74

1.2.6. Ожоги: термические, химические. Поражения электротоком	80
1.2.7. Обморожения и переохлаждения	83
1.2.8. Повреждение раздавливанием (так называемый «Crush-синдром»)	91
1.2.9. Нарушения дыхательной функции. Сердечно-лёгочная реанимация	100
1.3. Тактика медика на поле боя. Теория и практика. . .	105
1.3.1. Общие закономерности, различие общевойсковой и специальной тактики, зависимость от условий (город, поле, лес, горы; ночь, день)	107
1.3.2. Общие сведения о роли связи, топографии, фортификации в работе медика. Выбор позиций, мест под медпункт, розыск пострадавших и т.д. Комплектация укладок . .	116
1.3.3. Понятие о зонах тактической медицины. Действия в красной, жёлтой и зелёной зонах	125
1.3.4. Сортировка и эвакуация. Виды носилок, правила и порядок переноски раненого. Документация ранений и интервенций	133
1.3.5. Использование подручных средств: носилки, жгуты, шины.	140
1.3.6. Работа с гражданским населением, взаимодействие с командованием	144
1.4. Профилактика и лечение основных заболеваний, наиболее часто применяемые медикаменты (теория)	150

2. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В «ПЕРЕХОДНЫЙ ПЕРИОД»	161
3. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПУНКТОВ	181
4. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ЛИЧНОГО СОСТАВА	196
5. КОМПЛЕКТАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УКЛАДОК	214
ВОПРОСЫ К ЗАНЯТИЯМ для САМОКОНТРОЛЯ	246
Занятие № 1	246
Занятие № 2	249
Занятие № 3.	250

Все права защищены. Книга или любая ее часть не может быть скопирована, воспроизведена в электронной или механической форме, в виде фотокопии, записи в память ЭВМ, репродукции или каким-либо иным способом, а также использована в любой информационной системе без получения разрешения от издателя. Копирование, воспроизведение и иное использование книги или ее части без согласия издателя является незаконным и влечет уголовную, административную и гражданскую ответственность.

Научно-популярное издание

ШКОЛА ВЫЖИВАНИЯ. УЧИТЬСЯ У СПЕЦНАЗА!

Евич Юрий Юрьевич

**ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА ДЛЯ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ СИТУАЦИЙ
Боевой опыт Новороссии**

В авторской редакции

Ответственные редакторы *А. Климова, Л. Незвинская*

Художественный редактор *Г. Федотов*

Технический редактор *Л. Зотова*

Компьютерная верстка *Л. Панина*

Корректор *Н. Яснева*

ООО «Яуза-пресс»

109439, Москва, Волгоградский пр-т, д. 120, корп. 2.

Тел.: (495) 745-58-23, факс: 411-68-86-2253.

Home page: www.yauza.moscow

Для корреспонденции:

127299, Москва, ул. Клары Цеткин, д. 18, корп. 3

E-mail: editor@yauza.moscow

Өндүргөн мемлекет: Ресей

Сертификация қарастырылмаған

Подписано в печать 23.03.2016. Формат 84x108 1/32.
Гарнитура «Гарамонд». Печать офсетная. Усл. печ. л. 13,44.
Тираж 3000 экз. Заказ 2642.

Отпечатано с готовых файлов заказчика
в АО «Первая Образцовая типография»,
филиал «УЛЬЯНОВСКИЙ ДОМ ПЕЧАТИ»
432980, г. Ульяновск, ул. Гончарова, 14

ISBN 978-5-9955-0857-1

