

Методична розробка
проведення заняття з навчальної дисципліни
“Бойова система виживання воїнів (у тому числі військово-медична підготовка)”

Заняття 2. Надання першої медичної допомоги на полі бою в обсязі само та взаємодопомоги із урахуванням досвіду АТО.

Навчальна група: для всі спеціальностей.

Час: 90хв.

Місце: згідно розкладу.

Навчальна та виховна мета:

1. Удосконалювати практичні навички щодо надання першої медичної допомоги на полі бою.
2. Навчити та практично вдосконалити навички щодо евакуації поранених за допомогою табельних та підручних засобів.
3. Дати оптимальний набір знань, умінь і навичок, щоб кожен навчасний міг застосовувати їх на практиці, швидко та розсудливо діяти в екстремальних ситуаціях.

Навчальні питання і розподіл часу:

- | | |
|---|---------|
| I. Вступна частина, доведення матеріалів бойового досвіду | -5 хв. |
| II. Основна частина | -80 хв. |
| 1. Перша медико-психологічна допомога при бойових стресових станах. | -30хв. |
| 2. Способи наближення до поранених, відтягування їх в укриття, виносу з поля бою та супутнього догляду. | -20хв. |
| 3. Загальні принципи перенесення поранених та їх супутнього догляду. | -30хв. |
| III. Заключна частина | -5 хв. |

Навчально-матеріальне забезпечення.

1. Лямки санітарні, ноші санітарні, підручні засоби для транспортування поранених.
2. Форма одягу – польова.

Навчальна література:

1. Надання першої та домедичної допомоги в умовах виконання бойових завдань: Практичний посібник / Г.Б.Гишко – Харків:ХУПС, 2015.
2. Методичний матеріал з бойового досвіду застосування підрозділів для навчання військовослужбовців, призваних за мобілізацією (загальновійськова підготовка у навчальних центрах, військових частинах, навчальних підрозділах). Київ, 2015.

Вступ.

Викладач приймає доповідь чергового навчальної групи. Проводить безпосередню організацію заняття. Оголошує тему та мету заняття, доводить питання, які будуть розглянуті та відпрацьовані практично в ході заняття. Доведення досвіду бойових дій в зоні АТО.

Кожен військовослужбовець сучасної української армії, крім майстерного володіння озброєнням, фізичної та тактичної підготовки, повинен досконало володіти прийомами надання медичної допомоги в бойових умовах. Більше того, він завжди впевнений, що його товариші також будуть знати, що робити в разі його поранення і нададуть допомогу, як тільки умови бою це дозволять. Українські військовослужбовці нарешті теж мають бути впевнені у кваліфікації своїх товаришів і самі повинні знати, вміти та бути готовими надати першу допомогу, коли вона знадобиться. Питання повинно стояти так, що військовослужбовець, який не володіє знаннями з тактичної медицини є небезпечним сам для себе та своїх товаришів.

1. ПЕРША МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ БОЙОВИХ СТРЕСОВИХ СТАНАХ

Як свідчить міжнародний досвід, в сучасних збройних конфліктах різко зростає питома вага санітарних втрат, викликаних впливом бойового стресу. Непередбачувані фактори медичного ризику, недоброзичливість населення країни приходу (при виконанні миротворчих, гуманітарних місій), постійна загроза нападу з боку противника, можливість використання ним ЗМУ, дії терористів-смертників із застосуванням різних вибухових пристроїв, накопичення психологічної напруги через тривале перебування в зоні конфлікту, при ліквідації наслідків природних лих та техногенних катастроф, несприйняття війни суспільством сильно впливають на психіку військовослужбовців, значно знижуючи їх боєздатність.

Водночас, при здійсненні місій невоєнного характеру, боротьбі з терористичними та повстанськими угрупованнями, воююча сторона розцінює психологічний вплив на супротивника, як один з дієвих та успішних засобів боротьби.

Важливість медико-психологічної допомоги

Перша допомога в психологічному відношенні має не менш важливе значення ніж у фізичному та полягає в наданні відповідної допомоги людям з емоційними розладами (при бойових стресових станах). Останній термін уособлює фізіологічні і психологічні симптоми та реакції на бойову обстановку.

Емоційні розлади не завжди візуально помітні на відміну від поранення, перелому або реакції на біль від фізичного чинника. Але, надмірна збудженість, стурбованість, панічний страх, глибока депресія, безпричинна (немотивована) роздратованість, гнів і т. п. є симптомами, що свідчать про нездатність людини контролювати стрес.

Даний вид допомоги в значній мірі визначає боєздатність кожного окремого військовослужбовця і боєготовність всієї військової частини в цілому виконувати поставлене завдання. Заходи першої медико-психологічної допомоги прості й інтуїтивно зрозумілі, допускають імпровізованість прийняття рішень.

Перша медико-психологічна допомога повинна надаватися як при фізичних ураженнях так і при стресових реакціях. Фізичне ураження, а також обставини його виникнення можуть викликати емоційну травму, яка є потенційно більш небезпечною ніж фізична. Особа, що мала больові відчуття, знаходилася в шоківому стані, мала

побоювання щодо тяжкої травми, смерті, неадекватно реагує на жарти, байдужість, пригнічене ставлення. Страх і стривоженість можуть так само негативно впливати на боездатність військовослужбовця як, наприклад, кровотеча.

Стрессова реакція при ненаданні їй належної уваги може призвести до тяжкого захворювання або віддалених ускладнень. Інколи в небезпечних ситуаціях люди продовжують нормально функціонувати (виконувати обов'язки), але потерпають від емоційних спогадів у віддалений період (вважається за нормальну реакцію), які можуть виникати час від часу. У випадку, коли вони носять настільки нав'язливий характер, що людині доводиться уникати всіх ситуацій, що їх нагадують, або коли вона стає замкнутою, не спілкується з іншими, або реєструються випадки тривоги, депресії, проблеми зі сном (кошмарні сновидіння), відчуття провини за скоєнні/нескоєнні вчинки, різного роду зловживання, то людина є хворою і потребує лікування.

Але найбільшу небезпеку становлять випадки, коли впливу особи з емоційним розладом піддаються інші товариші по службі ("психологічне зараження"), що негативно впливає на бойовий дух підрозділу, ставить під загрозу виконання бойових завдань. Тому особливу увагу слід приділяти ранньому виявленню таких хворих. Дане завдання повинне вирішуватись у тісній співпраці між командирами, іншими причетними посадовими особами та медичним персоналом підрозділів. Зокрема, командир повинний віддавати суворі, але продумані накази, діяти швидко, авторитетно, подавати особистий приклад, не проявляти жалості. Санітарний інструктор повинен вміти швидко розпізнавати виникаючі випадки з проявами бойового стресу, надавати відповідну негайну допомогу.

Перша медико-психологічна допомога повинна:

- носити підтримуючий, надихаючий характер;
- імперативно укріпляти віру потерпілого з опорою на власні резерви;
- надаватися з надією на оптимістичний результат;
- в разі необхідності, забезпечувати контроль (угамування) вчинків (поведінку) потерпілого, шкідливі для нього самого і оточуючих;
- забезпечувати усунення стрессової симптоматики в ході бойових дій, якнайшвидше повернення до строю пацієнтів даної категорії.

Сутність першої медико-психологічної допомоги

Допомогу потерпілому слід надавати без звинувачувань, критики, висміювання його поведінки, вчинків. Коли потерпілий звертається за допомогою, її потребує, то він, в свою чергу, очікує на розуміння його переживань, а не на різкі звинувачення та недбале ставлення.

Слід пам'ятати, що кожна людина по різному реагує на подібні екстремальні ситуації. Кожна особистість має свій комплекс свідомих і несвідомих потреб та мотивацій. Дуже часто "остання крапля" призводить до того, що людина не може контролювати стрес, не дивлячись на те, що ця "крапля" не має нічого спільного зі стресом сама по собі. Тому, травма або емоційна катастрофа носять особистісний відтінок, унікальний для кожного індивіда. Навіть якщо особа, що надає допомогу, і не розділяє почуттів, не розуміє поведінки потерпілого, вона все ж повинна усвідомлювати,

що з його точки зору він діє мотивовано. Розуміння цього, позитивне ставлення і довіра дозволяють надати потерпілому більш ефективну допомогу.

Відомо, що непрацездатність, викликана емоційним розладом така ж серйозна з точки зору боєздатності, що й фізична травма. Емоційні резерви бійця під час бою можуть тимчасово виснажитися. У такому разі не завжди можливо вимагати від нього негайної мобілізації, продовження безперервного виконання місії. Одні потерпілі можуть взяти себе в руки, інші – ні. Існує хибна уява (упередження), що лише візуальні ознаки (такі як: поранення, кровотеча, перелом тощо) свідчать про проблеми зі здоров'ям. Деякі люди схильні вважати, що емоційні розлади – лише уява самого потерпілого, що він не є дійсно пораненим або хворим та може подолати проблему власною силою волі.

Вирази на шталт "це все твої вигадки", "забудь це", "взьми себе в руки" часто використовують люди, які вважають, що ними можливо зарадити потерпілому. Фактично, дані вирази часто чинять негативний вплив із-за відсутності (небажання) зрозуміти почуття потерпілого. Вони нерідко лише підкреслюють його слабкість та неадекватність.

Необхідно розрізняти потерпілих з психологічною травмою та з фізичним ураженням, що супроводжується сильною емоційною реакцією. Останні бажають якнайшвидше вилікуватися, бути корисним. Але для цього їм потрібно подолати страх, тривожність, засмучення, вину або виснаження. Вони відчують себе безкорисними (всіма покинутими), не можуть контролювати свої емоції. Нагадування про їх негідні вчинки, заставляння "бути як інші" – призводять тільки до погіршення його стану. Вони же потребують спокою, підбадьорення, наприклад, вселяння впевненості в нього, що решта товаришів розраховує на них та впевнена, що вони можуть "взяти себе в руки". Часто подібне заспокоювання потерпілих в поєднанні з дорученням простих, але корисних завдань допомагає швидше відновити їх праце/ боєздатність.

На відміну від цього, потерпілі з психологічною травмою ведуть себе по іншому, вони пригнічені, загальмовані або неадекватно збуджені. За можливості, таких осіб на нетривалій час усувають від ведення бойових дій. В даному випадку неприпустимо жаліти їх, виказувати співчуття, а слід відноситись строго, авторитарно, рішучими та швидкими діями намагатися вивести їх з цього стану.

Емоційна реакція на травму (ураження)

У кожної особи з фізичною травмою водночас реєструється певна емоційна реакція на неї. В більшості людей навіть легке поранення пальця викликає певні емоції. Це нормально, що в такому випадку, потерпілий дещо засмучується. Чим більша тяжкість випадку, тим більш невпевненим та боязливим стає потерпілий, особливо, якщо травмовано частину тіла, що має велике значення для нього. Наприклад, ураження очей або статевих органів, хоча і є відносно незначним, воно по всій ймовірності може найбільше засмутити. Ураження інших частин тіла може особливо схвилювати потерпілого по якійсь власній, специфічній причині (фах до призову на військову службу, хобі тощо). Наприклад, травма кисті руки може виявитися жахливим ударом для спортсмена або музиканта.

Потерпілий відчуває страх, є більш збудженим і більше переживає не тільки із-за того, що сталося з ним, але із-за його уявлень про можливі наслідки травми. Цей страх і невпевненість призводять до підвищення дратівливості, впертості, непродуманих (нераціональних) вчинків; з потерпілим важко мати справу. При наданні допомоги слід завжди пам'ятати, що часом агресивна поведінка травмованого не має нічого спільного з особою, що її надає. Потерпілому необхідно дати можливість по своєму виплеснути емоції, "випустити пар", потім заспокоїти, завірити, підбадьорити, надати підтримку. При цьому спілкування, вчинки повинні бути щирими, природними, так як потерпілі нерідко можуть проявляти недовіру, підозрілість, слабкритичність, невдячність, але слід пам'ятати, що вони розуміють, що їм хочуть допомогти.

Емоційні резерви

Потрібно враховувати, що військовослужбовець з емоційним розладом має внутрішні резерви, значно більші, ніж здається на перший погляд. Сильні риси особистості, ймовірно, будуть затьмарені страхом, болем, стражданнями. Йому потрібно допомогти їх використати, досягти впевненості в собі.

Бойові стресові стани

Бойові стресові стани умовно можна поділити на дві групи:

– "позитивні". Підвищують психічну та фізіологічну адаптивність (витривалість) організму до несприятливих факторів (умов) військової служби. Серед них виділяють: згуртованість військового колективу; відчуття переваги (елітності), успіху місії (завдання); пильність; підвищена витривалість, ігнорування труднощів, незручностей, фізичного болю; цілеспрямованість; героїчні вчинки.

– "негативні".

В останній групі в свою чергу виділяють:

а). Бойову втому (виснаження) – тимчасовий емоційний розлад або неспроможність потерпілого функціонувати; виникає в результаті реакції на надмірний або кумулятивний стрес (напругу) бою. Характерними симптомами є підвищений страх; тривога, почуття неспокою; дратівливість, гнів, лють; невпевненість, відчуття сумніву; скарги на фізичний стан, слабкість; неухважність, неакуратність; втрата впевненості, віри, надії; депресія, безсоння, пригнічений настрій; помилки при виконанні службових обов'язків; неадекватні вчинки, приступи; заціпеніння; панічний страх, біг; виснаження, апатія; втрата навичок, пам'яті; незв'язна мова, мовчання; порушення зору, слуху, відчуття дотику, псевдопараліч; галюцинації, марення.

б). Випадки поганого ставлення до службових обов'язків (кримінальні дії, вчинки). Проявляються в знущанні над мертвими тілами противника; відмові від взяття в полон; вбивстві військовополонених, цивільних (некомбатантів); тортурах, брутальності; вбивстві тварин; конфліктах/ бійках з товаришами; вживанні алкоголю, наркотичних речовин; безрозсудних діях, недисциплінованості; фактах грабування, мародерства, гвалтувань; необґрунтованих зверненнях за медичною допомогою; халатному ставленні до хвороби, травми; ухилянні від обов'язків, симулюванні; відмові йти в бій; самоскаліченні; погрозах/ вбивстві власного командира; самовільному залишенні частини; дезертирстві.

Дані реакції на бойовий стрес на відміну від бойового виснаження потребують більш складного лікування, ніж те, що характерно для останнього. Своєчасне надання першої психологічної допомоги дозволяє запобігти вищенаведеним бойовим стресовим реакціям; але якщо вони вже мали місце, то до особи, що їх скоїла потрібно вже застосовувати дисциплінарні заходи.

Ненадання належної уваги потерпілим від бойового стресу може призвести вподальшому до розвитку посттравматичних стресових розладів (болісні, нав'язливі спогади; проблеми зі сном; відчуття провини за скоєнні/нескоєнні вчинки; соціальна ізоляція, вживання алкоголю / наркотичних речовин), лікування котрих є тяжким та довготривалим процесом.

Стисла характеристика найбільш поширених симптомів бойових стресових станів

Емоційні реакції

Як правило, проявляються у зменшенні працездатності, наприклад:

- повільне мислення (або збільшення часу реакції);
- труднощі у виборі правильного рішення;
- підвищення (прояви) агресивності, конфліктності;
- проблеми з включенням у роботу;
- нерішучість, погане фокусування уваги;

– схильність до виконання лише знайомої роботи, надмірна скрупульозність при цьому. Це може призвести до повної пасивності особи, при якій вона просто буде сидіти і не знатиме чим зайнятися.

Менш частими реакціями є неконтрольовані емоційні зриви – крик, верещання, сміх. Деякі навпаки – тримаються відособлено, мовчать, уникають контактів. Прояви неконтрольованих реакцій можуть виникати поодинокі або в будь-яких комбінаціях (наприклад, крик може змінюватися сміхом; або потерпілий може лягти і почати бормотати як дитина). В такому стані, потерпілий не відчуває втоми і не може заспокоїтися. Він може, наприклад, безцільно бігати, відчувати в собі велику лють або страх, що може віддзеркалюватися у його вчинках. В гніві він може проявляти підвищену безкритичну дратівливість у ставленні до інших.

Втрата адаптивності

При спробі уникнути небезпеки, людина може впасти в паніку, реєструється сплутаність свідомості. В ході артобстрілу можуть раптово порушитися функції органів зору або слуху. Психічний стан може настільки погіршитися, що людина не може чітко думати або навіть виконувати прості команди. Потерпілий може не зважати на вогонь противника, відкрито ризикувати при цьому або вбігти в охоплену полум'ям будівлю. Все це відбувається із-за запаморочення свідомості, потерпілий не розуміє можливих наслідків своїх неадекватних дій. Він може втратити свідомість, можливість пересуватися і виглядати як паралізований.

В інших випадках, надмірний стрес може викликати симптоми, що часто плутають з травмою голови, наприклад, запаморочення, безцільне вештання (блукання), сплутаність свідомості, дезорієнтація, повна або часткова втрата пам'яті. В таких випадках, особливо коли не має свідків, які могли б підтвердити, що потерпілий не мав травми голови, санітар або санітарний інструктор повинні провести швидкий його огляд з метою виключення цієї можливості.

Розлади сну та марення

Після перенесеного стресу дуже часто виникають розлади сну, нав'язливі кошмарні сновидіння, пов'язані з пережитим лихом. Слід пам'ятати, що такі проблеми в період не дуже віддалений від зловісних подій не слід вважати аномальним явищем. З плином часу, кошмари трапляються все рідше і носять менш інтенсивний характер. В деяких випадках, на військовослужбовця можуть часто напливати спогади про минуле, він відчуває немов би все повторюється знову. Для деяких, такі повторні переживання допомагають остаточно видужати. Тому їх не слід розцінювати як аномальні. Для інших, повторні марення можуть бути дуже обтяжливими (нав'язливими), їх не вдається заспокоїти (завірити), що це нормальне явище. В таких випадках, потерпілого слід втягнути в бесіду, дати йому вибалакатися про його почуття. Бесіда не повинна носити примусовий характер, потерпілому потрібно надавати додаткові можливості провести розмову на одинці, підбадьорювати його при цьому.

Заходи першої медико-психологічної допомоги

Емоційно збуджений військовослужбовець підсвідомо створює бар'єр проти страху. Якщо він відчує, що йому немає чого боятися, що його оточують нормальні, знайомі речі, то після зняття цього бар'єру він відчує себе у безпеці. Постійні зусилля, направлені на завіряння потерпілого, що йому хочуть допомогти матимуть заспокійливий ефект, особливо, якщо особа, що надає допомогу, залишається спокійною. Ніщо не може принести більшої шкоди, ніж залишення без уваги, презирство до потерпілого. Прості речі та уважні дії, зустрічі із знайомими людьми, доручення простої роботи або її споглядання дозволять потерпілому побороти свій страх. В протилежному випадку, коли особа, що надає допомогу, є збудженою, злою або різкою, потерпілий може неадекватно зреагувати.

Співбесіди

Після заспокоєння потерпілого, в нього можуть бути сновидіння з приводу пережитого стресу, час від часу можуть виникати марення, потерпілий навіть може повторювати вчинки, викликані минулим стрес-фактором. Позитивним моментом цього є те, що потерпілий може власноруч побороти стрес, так як стрибун з вишки переборює страх, стрибаючи з неї раз за разом. При наданні першої допомоги потерпілому з емоційним розладом, його слід направити на природний шлях вирішення проблеми. Потрібно заохочувати його розмовляти, бути уважним слухачем, дозволити йому власними словами розповісти про те, що сталося (або про те, що він думає, що сталося). Якщо в потерпілого є ще окрім цього сімейні проблеми, то про це також треба поговорити. Якщо його уважно слухати, то він відчує, що його проблеми когось цікавлять, його розуміють. Все це дозволить йому побороти свій страх. Якщо в ході розмови потерпілий втомиться, то потрібно запропонувати йому чашку чаю/ кави або

зробити перерву та пообіцяти вислухати його пізніше, коли він буде готовий. Потрібно спробувати направити сприйняття потерпілого про те, що сталося, в реалістичну перспективу (відновити хід подій). Наприклад, якщо він відчуває вину за те, що вижив, в той час як його товариші загинули, то потрібно завірити його, що вони були б раді, що він все ще живий, а решта його товаришів по службі і тепер потребує його допомоги. Якщо він відчуває провину за смерть товаришів із-за його недбалості або помилки (що може бути правдою), то співчутливе відношення допоможе йому зрозуміти, що в круговороті війни помилки та нещасні випадки трапляються часто, а життя – триває, не стоїть на місці. Дотримання вищевикладеного дозволить потерпілому більш швидко видужати.

Трудова терапія

Одним із методів боротьби зі страхом є діяльність. Наприклад, майже всі бійці мають сильне відчуття тривоги або страху в період підготовки до масштабної наступальної операції. Але все після її початку, минає, вони відчувають себе краще від того, що продовжують то діло, до якого готувались.

Військовослужбовцям з емоційними розладами (але без інших фізичних проблем) може дуже допомогти заняття корисною діяльністю. Після отримання психологічної допомоги, потерпілий переборює свій страх, у нього поступово відновлюється впевненість у собі. Потрібно переконати його, що він не вибув зі строю, не відстає від інших, доручити йому корисну роботу, заохочувати бути активним, оцінити його здібності, допомогти реалізувати їх на практиці (перенесення нош з легкопораненими, підйомно-розвантажувальні роботи, господарська діяльність, копання захисних сховищ, надання допомоги біженцям, якщо можливо, то повернути до виконання безпосередніх обов'язків). Можливо виникне потреба дати йому інструкції по виконанню певної роботи. Останні повинні бути чіткими, простими, зрозумілими, їх потрібно декілька разів повторити; доручена робота повинна бути реально здійсненою. Потерпілі в стані паніки часто сперечаються. Потрібно поважати їх почуття, але зацентувати їх увагу на більш негайних, важливих та доречних проблемах; направити їх надмірну енергію в інше русло і головне – не сперечатися. Якщо не вдається залучити потерпілого до роботи, то потрібно звернутися за допомогою та запобігти поширенню паніки на решту колективу (у разі необхідності, аж до ізоляції).

Зайняття діяльністю допомагає потерпілому в трьох напрямках:

- він забуває про свої проблеми, думає про інших;
- дає вихід надмірній енергії;
- доводить собі, що він може бути корисним.

Відпочинок

Інколи, особливо під час бою, фізичне виснаження є головною причиною виникнення емоційних реакцій. Позитивний результат може принести адекватний відпочинок, гарячий обід, зміна одягу, можливість поголитися, помитися в лазні.

Групова діяльність

Як відомо, людина краще переносить перевантаження, стрес, вирішує серйозні проблеми, якщо працює в тісно згуртованому колективі. Кожний його член підтримує інших. Із-за того, що члени колективу мають спільні інтереси, мету, проблеми, вони виконують роботу краще і продуктивніше. Більш того, вони менш стурбовані, тому що один допомагає іншому. Тому групова діяльність є найбільш ефективним засобом в "аптеці першої медико-психологічної допомоги". Повернення бійця до колективу, показ злагожденості і ефективність його дій дозволить відновити у потерпілого відчуття безпеки і приналежності до колективу, що в кінцевому випадку дозволить стати повноцінним його членом.

2. СПОСОБИ НАБЛИЖЕННЯ ДО ПОРАНЕНИХ, ВІДТЯГУВАННЯ ЇХ В УКРИТТЯ, ВІНОСУ(ВІВОЗУ) З ПОЛЯ БОЮ ТА СУПУТНЬОГО ДОГЛЯДУ

Мінімізація безповоротних втрат та рівня інвалідності в значній мірі залежить від своєчасного розшуку поранених (потерпілих), надання їм адекватної першої медичної допомоги та евакуації на вищий рівень медичного забезпечення.

Для сучасних воєнних конфліктів притаманне широке застосування механізованих засобів для розшуку, знаходження та вивезення поранених з поля бою. З цією метою використовується відповідно оснащена броньована медична техніка, яка характеризується високою мобільністю та прохідністю.

Водночас, робиться наголос на важливості володіння санітарами, санітарними інструкторами загальними принципами наближення до поранених, відтягування від джерела загрози, виносу із поля бою, а у випадку медичної евакуації за допомогою санітарного транспорту – здійснення медичного нагляду за станом пораненого.

Слід пам'ятати, що в переважній більшості випадків, виносу (вивозу) поранених (потерпілих) з поля бою повинно передувати надання їм першої медичної допомоги на місці поранення. Виключення складають ситуації, які несуть безпосередню фізичну загрозу для життя пораненого або медичного працівника, що надає медичну допомогу (щільний вогонь противника, витягування з палаючих бойових машин, будівель, в осередку застосування ЗМУ).

Способи наближення до поранених

Існують такі способи наближення до пораненого: перебіжками (використовуючи захисні властивості місцевості) та плазом (переповзання по-пластунськи, на колінах, на боку).

Основним способом наближення до пораненого є переповзання по-пластунськи, так як він забезпечує найкраще маскування на місцевості та безпеку для медичного персоналу.

Приклади наближення плазом наведені на рис. 1.

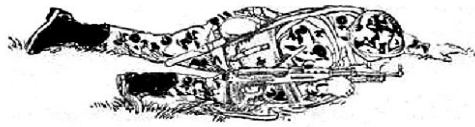


Рис 1. Переповзання по-пластунськи



Рис 2. Переповзання на колінах

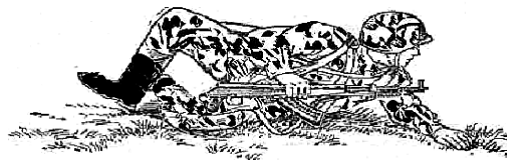


Рис 3. Переповзання на боку

Способи відтягування поранених в укриття

Вибір способу відтягування пораненого залежить від характеру поранення, його загального стану, конкретних умов обстановки та рельєфу місцевості. Відтягування може здійснюватися на боку, на спині у рятувальника та за допомогою табельних (лямка, волокуші) і підручних засобів (верхнє обмундирування, плащ-палатка, саморобні волокуші тощо). Останній спосіб не захищає пораненого від дії нерівностей місцевості та може виявитися неприємним, болісним та погіршити його стан.

Поранених в голову, верхні кінцівки, груди, живіт відтягують на боку, а при пораненнях хребта, нижніх кінцівок, задньої поверхні тулуба – на спині.

Поранених слід відтягувати з їх особовою зброєю, яку при прибутті на медичний пункт вилучають встановленим порядком з метою дотримання вимог Женевських Конвенцій.

Відтягування на боку

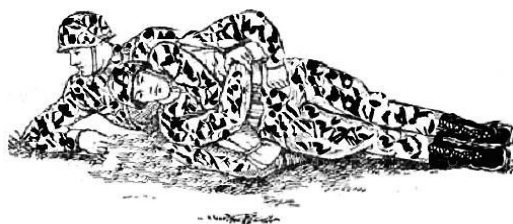


Рис 4. Відтягування пораненого на боку

Для цього санітар лягає боком до пораненого, кладе його голову собі на груди, а тулуб на підтягнуту та зігнуту у коліні ногу. Поранений в залежності від характеру травми може знаходитися горілиць, на животі або на боку. Підтримуючи пораненого однією рукою та відштовхуючись від землі вільною ногою та ліктем іншої руки (зі зброєю) санітар відтягує пораненого в укриття. Витрати часу для відтягування одного пораненого на відстань 15 м складають 80-90 сек.

Санітар кладе пораненого на здоровий бік, лягає поруч з ним, притискаючись спиною до його грудей, обережно підводить зігнуту в коліні ногу, що лежить на землі, під ніжні кінцівки пораненого. Якщо санітар лежить на правому боці, то він правою рукою бере ліву руку пораненого, а лівою рукою, як показано на рисунку, захвачує одяг потерпілого та сильним але не різким рухом перевертає його собі на спину. При відтягуванні необхідно відштовхуватись спочатку однією ногою, а коли виникне втома – іншою. Ноги пораненого необхідно розташовувати поміж ніг санітара, що усуне виникнення качки та попередить звалювання зі спини. Якщо поранений знаходиться у свідомості, то він може триматися за плечі санітара. Витрати часу для відтягування одного пораненого на відстань 15 м складають 90-100 сек.

Вільний кінець носилкової лямки пропускають через пряжку утворюючи петлю, яку в подальшому санітар одягає на плече. Інший кінець лямки корабельним вузлом (рис. 11.6. а) прив'язують до плаща-палатки, яку скатують до половини по діагоналі (рис. 11.6. б). За відсутності носилкової лямки можна використовувати мотузку або зв'язані реміні. Пораненого кладуть на здоровий бік біля підготовленої плащ-палатки та обережно перевалюють його по її діагоналі головою до корабельного вузла (рис. 11.6. в); розправляють скатаний край накидки та зв'язують вільні кінці (рис. 11.6. г). Час, що витрачається для підготовки плащ-палатки до використання, складає 50-70 сек.

За відсутності плащ-палатки відтягування можна здійснювати за допомогою шинелі. При цьому кінець лямки пропускають через вивернуті рукава та зав'язують вузлом. Забороняється прив'язувати лямку до рукавів, так як вони можуть відірватися. Також забороняється просовувати вивернуті рукава під пахви пораненого, так як це може викликати додаткове пошкодження його рук.

Відтягування можна також здійснювати за допомогою табельних і підручних волокуш (у заболоченій місцевості, взимку).

Відтягування на лижах

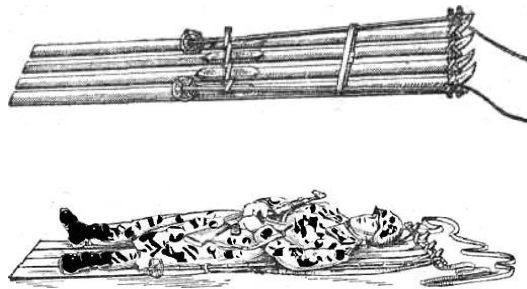


Рис 7. Відтягування пораненого на лижах

Є одним із різновидів відтягування пораненого за допомогою волокуш. Для цього чотири лижі скріплюють біля опорних площадок, шляхом зв'язування лижних ременів. Носи лиж з'єднують короткими палками та зв'язують. До бокових лиж прив'язують лижні палки, до яких за допомогою поясного ремня фіксують пораненого.

Взимку на волокуші з метою запобігання переохолодження та обморожень підкладають підстилку (одяг, ковдру і т.п.).

Витягування поранених з бойової техніки

Витягування здійснюється групою санітарів, військовослужбовців (2-3 чол.). Механіка-водія та стрілка-радиста витягують через передній люк, танкістів з бойового відділення через верхній люк (рис. 11.8).



Рис 8. Витягування поранених з бойової техніки

При цьому використовуються спеціальні лямки Ш-4 або дві носилкові лямки, з'єднані між собою; ними охоплюють стегна пораненого в ділянці паху, перехрещують їх у нього на животі, проводять під пахвами та виводять вільні кінці позаду плеч.

При витягуванні пораненого через верхній люк, після накладання на нього лямок, санітар, що знаходиться всередині танку піднімає та направляє тіло пораненого вгору, а помічники, що знаходяться на башті, обережно тягнуть за лямки. Один з них підтримує пораненого за стегна, надаючи йому горизонтального положення з метою подальшого укладання на носилки.

Алгоритм дій при витягуванні пораненого через передній люк подібний вищевказаному. При появі верхньої частини тіла пораненого, один помічник тримає потерпілого під пахви, інший – за ноги. Особі, що знаходиться всередині танку, слід звертати увагу на запобігання чіплянню ніг пораненого за важелі керування.

Витягування пораненого з бронетранспортера здійснюється аналогічним чином через наявні люки.

Санітари механізованих та танкових частин та підрозділів повинні мати при собі ключі від люків броньованої техніки.

Підняття пораненого на висоту та спуск його вниз

Лямка Ш-4 може бути також використана для підняття пораненого на висоту і для його спуску вниз (з верхніх поверхів зруйнованих будівель, з вертольоту). Поранених можна підняти на вертоліт, що знаходиться в режимі зависання, за допомогою лямки Ш-4, нарощеної тросами, мотузками або носилковими лямками. Для забезпечення більшої стійкості пораненого в повітрі, обов'язково, слід додатково використати поясний ремінь. Спуск поранених з верхніх поверхів будівель або гір здійснюється таким же чином.

З метою надійної фіксації пораненого, спеціальну лямку Ш-4, як і носилкову лямку можна скласти вісімкою. Для цього слід пропустити один кінець під брезентову накладку, пришиту на одній з сторін лямки, та пристебнути карабін до пряжки. За допомогою пряжки, розташованої в центрі, можна зменшити або збільшити довжину петель, і тим самим підігнати лямку.

3.ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ПЕРЕНЕСЕННЯ ПОРАНЕНИХ ТА ЇХ СУПУТНЬОГО ДОГЛЯДУ

При перенесенні поранених слід дотримуватись таких загальних принципів:

- мати достатню фізичну підготовку, адекватно оцінювати власні можливості, вагу потерпілого, характер поранення, особливості ландшафту, відстань перенесення;
- при підйомі, укладанні пораненого на носилки завжди використовувати м'язи ніг, а не спину;
- спину тримати прямо, при перенесенні фізичне навантаження здійснювати на м'язи рук та плечей;
- при роботі в команді (ланці) усі рухи повинні бути скоординованими, продуманими та обережними; при перенесенні пораненого крокувати слід не в ногу;
- уникати необгрунтованого перекладання поранених з одних носилок на інші;
- перенесення здійснювати із зупинками на відпочинок (через кожні 150-200 кроків на 2-3 хв.), якщо дозволяє стан потерпілого та оперативна обстановка. Після відпочинку санітари-носії міняються місцями;
- на відкритій місцевості поранених переносять дотримуючись всіх правил маскування, використовуючи природні захисні властивості місцевості.

Супутній догляд

При тимчасових зупинках на відпочинок пораненого обережно укладають на землю, оцінюють його стан, перевіряють правильність накладання пов'язок (шин, джгута), в разі необхідності їх поправляють, вводять знеболюючі, підтримують в них бадьорість і віру у видужання, вгамовують спрагу (за виключенням поранених в живіт), допомагають при задоволенні природних потреб, захищають від впливу несприятливих погодних умов тощо. Укладання пораненого на землю, якого переносять на лямках, здійснюється у зворотному порядку.

При транспортуванні санітари повинні також слідкувати за станом поранених і хворих, надійністю накладених пов'язок (шин, джгута).

Взимку пораненого потрібно добре вкрити й, по можливості, дати грілку.

В осередку застосування ЗМУ, окрім вищевикладеного, на санітара покладаються перевірка справності протигазу на пораненому та попередження повторного (після проведеної часткової санітарної обробки) забруднення обмундирування та спорядження.

Перенесення пораненого одним санітаром-носієм

Здійснюється за допомогою носилкової лямки або на руках. Перенесення пораненого за допомогою носилкової лямки здійснюється двома способами.

Перший спосіб (рис. 9-12)

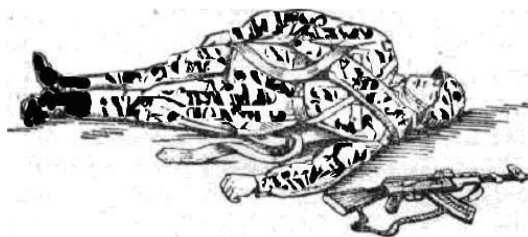


Рис. 9. Одягання лямки на пораненого



Рис. 10. Санітар кладе пораненого собі на спину



Рис. 11. Санітар піднімається з пораненим

Поранений лягає на здоровий бік. Носилкову лямку, складену у вигляді кільця, підводять під пораненого так, щоб одна її половина була під сідницями, а інша, проведена під пахвами, – на спині. Вільний кінець лямки повинний бути на землі. Таким чином, з боків пораненого утворюються петлі (рис. 11.9), санітар лягає спереду пораненого, спиною до нього, просовує руки в петлі лямки, підтягує їх на свої плечі (рис. 11.10), зв'язує петлі вільним кінцем лямки і кладе пораненого собі на спину. Потім він поступово піднімається, спираючись на коліна та руки (рис. 11.11). Поранений сидить у лямці, спираючись на санітара (рис. 11.12).

Такий спосіб перенесення особливо зручний тим, що обидві руки санітара залишаються вільними, а поранений може не прикладати зусиль для утримання.

До недоліків цього способу відноситься надмірний тиск лямки на спину пораненого. Тому, при пораненнях у грудну клітку використовують другий спосіб перенесення на лямці.



Другий спосіб

Рис. 13. Перенесення пораненого в лямці, яку складено вісімкою

Санітар надіває на ноги пораненого лямку, складену вісімкою, кладе його на здоровий бік, і притулившись до нього спиною надіває лямку на себе так, щоб її перехрест був на грудях (рис. 11.13). Потім він піднімається, як і при першому способі. При такому перенесенні груди пораненого залишаються вільними, але санітар повинен підтримувати його за руки, а поранений – триматися за плечі або поясний ремінь санітара.

Обидва способи не застосовують при переломах стегна, тазу, хребта. Другий спосіб не можна застосовувати при тяжких пораненнях обох верхніх кінцівок.

За відсутності носилкової лямки її легко можна зробити: кільце – з двох, вісімку – з трьох поясних ременів.

Перенесення на руках може здійснюватися чотирма способами.

Перший спосіб. Носить підтримуючий характер, економить сили санітара, застосовується при нетяжких пораненнях, доти, поки потерпілий здатний пересуватись (або підстрибувати на одній нозі) .

Другий спосіб. Є одним із найлегших, переважно застосовується коли потерпілий перебуває у непритомному стані. Санітар обережно піднімає потерпілого у вертикальне положення обличчям до себе (рис. 11.15. а), постійно підтримуючи його; охоплює

правою рукою ліву руку пораненого (рис. 11.15. б), опускається на коліно, укладає пораненого на плечі, фіксує лівою рукою ліву ногу та руку пораненого (рис. 11.15. в), обережно встає (рис. 11.15. г).



а)



б)



в)



г)

Рис. 15. Перенесення пораненого на плечах

Третій спосіб. Санітар саджає пораненого на піднесене місце, повертається до нього спиною, стає між його ніг та опускається на одне коліно. Поранений обхоплює санітара за плечі або тримає за його ремінь; санітар бере пораненого обома руками під стегна і встає (рис. 16).

Четвертий спосіб. Санітар опускається на одне коліно, бере потерпілого одною рукою під спину, другою під сідниці; поранений охоплює санітара за плечі (рис. 11.17). Такий спосіб перенесення використовують лише при перенесенні на дуже короткі відстані (укладанні на носилки).



Рис. 17. Перенесення пораненого на руках

Перенесення пораненого двома санітарами

Здійснюється за допомогою носилкової лямки, на руках (без лямки) та носилках.

Перенесення за допомогою носилкової лямки здійснюється двома способами.

Перший спосіб (рис. 18)



Рис. 18. Перенесення пораненого за допомогою лямки (перший спосіб)

Склавши носилкову лямку у вигляді вісімки, санітари надівають її на себе так, щоб перехрестя лямки було між ними на рівні тазостегнових суглобів, а петля йшла в одного через праве, а іншого через ліве плече. Санітари встають по обидві сторони від пораненого, опускаються на одне коліно (один на ліве, другий на праве), усаджують пораненого на перехрестя лямки та встають, підтримуючи його за спину або руки.

Таким же чином можна перенести пораненого, що знаходиться в лежачому положенні. Для цього його перевертають на спину, підводять під сідниці перехрестя лямки, залишаючи вільні петлі по бокам. Потім санітари опускаються на коліна та одягають петлі лямки собі на плечі як це було вказано вище. Обережно підтримуючи пораненого за спину, надають йому сидяче положення.

Другий спосіб

Поранений при перенесенні сидить верхом на лямці, спираючись спиною на груди заднього санітара. Даний спосіб має переваги при пересуванні у вузьких ходах сполучень, траншеях.

Перенесення на руках здійснюється чотирма способами.

Перший спосіб. Носить підтримуючий характер, економить сили санітарів, може застосовуватися для перенесення поранених як в свідомому, так і непритомному стані (рис. 19 а). Якщо поранений вищий зростом за санітарів, то його переносять як показано на рис.19 б.



а)

б)

Рис. 19. Перенесення пораненого на руках двома санітарями (перший спосіб)

Другий спосіб (рис. 11.20). Санітари з'єднують руки так, щоб утворився замок з трьох або чотирьох рук. Останній різновид використовується у тому випадку, коли поранений може триматися за плечі санітарів. У протилежному випадку один із санітарів підтримує пораненого вільною рукою.

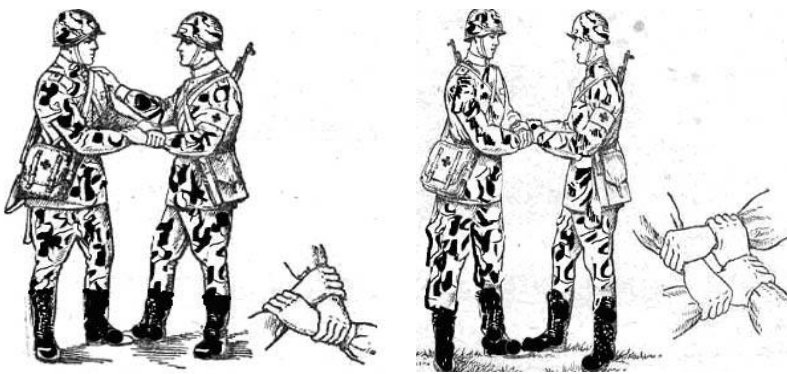


Рис. 11.20. Перенесення пораненого на руках двома санітарями (другий спосіб)

Третій спосіб (рис. 11.21). Один із санітарів підходить до пораненого з боку голови, бере його обережно під пахви та дещо піднімає його тулуб. Другий санітар, стає між ногами пораненого та, охопивши їх під колінами, одночасно з першим санітаром піднімає пораненого. Перший санітар не повинний з'єднувати свої руки на грудях у пораненого, щоб не утруднювати дихання останнього. Даний спосіб зручний для перенесення пораненого по ходам сполучення, траншеям. Його забороняється використовувати при переломах кінцівок.

Четвертий спосіб (рис.22). Санітари стають з одної (здорової) сторони пораненого, опускаються на одне коліно. Санітар, що знаходиться ближче до голови пораненого, одну руку підсовує під його спину, іншу під поперек; поранений охоплює санітара за плечі (якщо він у свідомому стані). Другий санітар підводить одну руку під сідниці пораненого, а другу під гомілки. Обидва санітари, стаючи на ноги, піднімають пораненого. Такий спосіб перенесення використовується лише на короткі відстані (для укладання пораненого на носилки). Порядок укладання пораненого на носилки з травмою хребта та шиї наведений в розд. 5.



Рис. 22. Перенесення пораненого на руках двома санітарами (четвертий спосіб)

Перенесення на носилках

Для укладання пораненого на носилки використовують алгоритм наведений в попередньому пункті (*четвертий спосіб*) (рис. 11.23). Якщо до цього залучається три санітари, один з них підтримує голову і спину пораненого, другий – таз, третій – ноги.



Рис. 23. Укладання пораненого на носилки трьома санітарами

В деяких випадках (в осередку застосування ЗМУ) виникає необхідність в більш швидкому укладанні потерпілого на носилки. Для цього санітари, не опускаючись на коліна піднімають ураженого із землі за його одяг (рис. 11.24). Даний спосіб забороняється застосовувати при наявності у потерпілого переломів нижніх кінцівок.

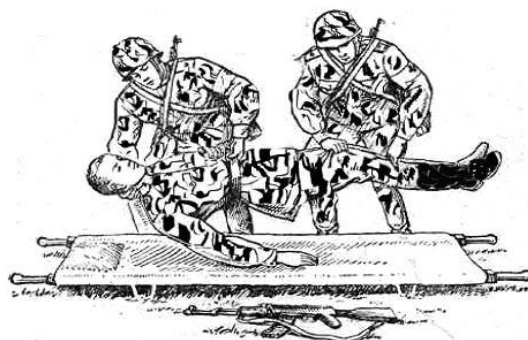


Рис.24. Укладання пораненого на носилки за одяг

При відсутності носилок їх можна виготовити з підручних матеріалів.

На невеликій відстані пораненого можна перенести на ковдрі, плащ-палатці, шинелі тощо; у цьому випадку працюють три санітари (рис. 25).

При перенесенні поранених в звичайних умовах (не в окопах) використовуються носилки з двох жердин, які з'єднані дерев'яними поперечинами та переплетені лямками, дротом, мотузкою (рис. 11.26).

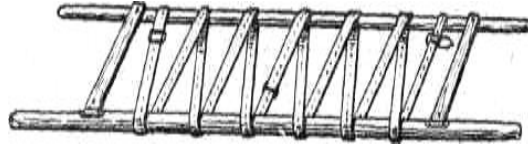


Рис. 26. Носилки з двох жердин та лямок

Підведення підсумків занять.

При підведенні підсумків заняття викладач проводить розбір доповідей і загальне підведення підсумків. Він оцінює ступень підготовленості курсантів, повноту та якість обробки навчальних питань, відмічає недоліки в діях курсантів, указує шляхи усунення цих недоліків, називає прізвища курсантів найбільш активних і менш активних на занятті.

Розробив: старший викладач кафедри загальновійськових дисциплін
підполковник Олег ПЕТРУК