



**ՀԵՏԱԽՈՒԶԱԿԱՆ ՍՏՈՐԱԲԱԺԱՆՈՒՄՆԵՐՈՒՄ ԳՈՐԾՈՂ
ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԻ ՎԻՐԱՎՈՐՄԱՆ (ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ ՍՏԱՆԱԼՈՒ)
ԴԵՊՔՈՒՄ ԱՌԱՋԻՆ ԲՈՒԺՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ՑՈՒՑԱԲԵՐՄԱՆ
ՄԱՐՏԱՎԱՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

(Մեթոդական ցուցումներ)

Մեթոդական ցուցումները նախատեսված են հետախուզական ստորաբաժանումների անձնակազմի համար, որոնք ինքնավար գործում են կյանքի համար վտանգ պարունակող պայմաններում՝ մեկուսացված բժշկական տարիանման ընդլայնված փուլերից:

Նյութում ներկայացված են գործողությունների հաջորդականությունը, նախաբժշկական օգնություն ցուցաբերելու հիմնական տեխնիկան, մեթոդներն ու միջոցները՝ կախված «կարմիր», «դեղին» և «կանաչ» գոտիներում մարտական իրավիճակի զարգացումից:

Ժամանակի, տեղեկատվության և ռեսուրսների պակասի պայմաններում մարտական դինամիկայում առաջնային նշանակություն է ստանում առաջին օգնության մարտավարությունը: Մարտավարական բժշկության հիմնական նպատակն է նախաբժշկական փուլում վիրավորների և տուժածների մահացության նվազեցումը և առաջադրված խնդիրների կատարման ապահովումը:

Ներկայացված մարտավարական բժշկության ժամանակակից միջոցների կիրառմամբ գործողությունների ալգորիթմները թույլ են տալիս պահպանել զինծառայողների կյանքն ու առողջությունը մինչև մասնագիտացված բժշկական օգնության տրամադրման փուլը:

I. Գործողությունների պլանը «կարմիր գոտում» (կրակային կոնտակտի գոտի)

«Կարմիր գոտին» իրենից ներկայացնում է հակառակորդի հետ անմիջական կրակային շփման շրջանը, որտեղ վիրավորվելու հավանականությունն ամենաբարձրն է: Բնութագրվում է բարձր լարվածությամբ և առաջին օգնության սահմանափակ հնարավորություններով:

Մարտական ընդհարումը, կախված կրակի ինտենսիվությունից և հակառակորդի գործողությունների բնույթից, կարող է վերագրվել հետևյալ երեք տեսակներից մեկին.

թույլ ինտենսիվությամբ, երբ հակառակորդը (500 մետր և ավելի հեռավորությունից) իրականացնում է անհանգստացնող կրակ, օգնություն ցուցաբերողի կյանքի սպառնալիքը նվազագույն է: Խումբը լիովին վերահսկում է իրավիճակը և ի վիճակի է արձագանքել իրավիճակի փոփոխությանը:

միջին ինտենսիվությամբ, հակառակորդը (200-500 մետր հեռավորության վրա) նշանառու կրակ է վարում: Խումբը ծավալվել է մարտակարգերով, շարժուն է և վերահսկում է իրավիճակը: Հակառակորդն ի վիճակի չէ ուժերով և միջոցներով իրականացնել տարաշարժ:

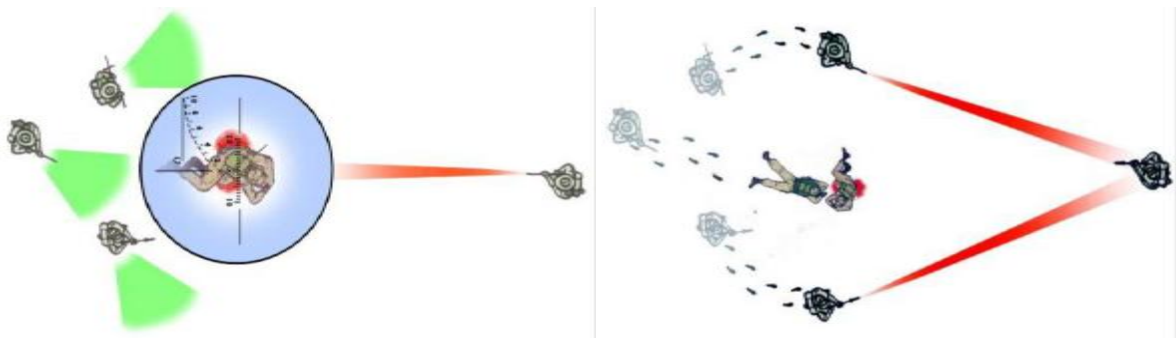
բարձր ինտենսիվությամբ, երբ խումբը մարտ է վարում, կաշկանդված է հակառակորդի կրակով, փորձում է ծավալվել մարտակարգ ու դիրքեր զբաղեցնել: Հակառակորդից «բուֆերային» տարածության հեռավորությունը 200 մետրից պակաս է: Իրավիճակը մասամբ է վերահսկվում, հակառակորդն իրականացնում է ակտիվ գործողություններ և շրջանցիկ տարաշարժ: Խմբում հնարավոր է մեկից ավելի վիրավոր:

Նշված հեռավորությունները պայմանական են և կարող են փոփոխվել՝ կախված տեղանքից, օրվա ժամից և կիրառվող սպառազինությունից:

Հակառակորդի կրակի արդյունավետ ճնշումը, տարաշարժի, ծխի, գրահատելիսկայի օգտագործումը, հրետանու (ավիացիայի) կրակի ուղղորդումը, ակտիվ շեղող գործողությունները նվազեցնում են տուժածին նոր վնասվածքներ պատճառելու ռիսկերը, նվազեցնում են նաև խմբում սանիտարական կորուստների հավանականությունը և պայմաններ ստեղծում վիրավորներին ժամանակին տարահանելու համար:

Գործողությունների հաջորդականությունը, երբ վիրավորը հայտնվում է «կարմիր գոտում»

1. Զեկուցել վիրավորում, այդ թվում այլ զինծառայողների, ստանալու մասին



1) վիրավորվելու դեպքում բարձրաձայն կամ ռադիոկապի միջոցով ազդարարեք. «վիրավորվել եմ, ցուցաբերում են ինքնօգնություն» կամ «վիրավոր եմ, անհրաժեշտ է օգնություն»:

Ընկերոջ վիրավորվելու դեպքում այդ մասին տեղեկացնել հրամանատարին (այլ զինծառայողներին). «այսինչյանը (կամ ազդակոչ անունը) վիրավորվել է, ինքնօգնություն է ցուցաբերում» կամ «այսինչը վիրավոր է, օգնություն է անհրաժեշտ»:

2) Ենթախմբում պահպանել ձայնային կոնտակտ, որի ընթացքում փոխանցել.

- վնասվածքի բնույթը (հրազենային, ականապայթյունային) և դրա տեղայնացումը,

- ձեր ճշգրիտ գտնվելու վայրը (տեսողական կապի բացակայության դեպքում),

- պատասխան կրակ վարելու կարողությունը;

- փոխադարձ օգնություն ցուցաբերելու համար ընկերների հասանելիության հնարավորությունները,

- մոտեցող յուրային զինծառայողներին սպառնացող վտանգի աստիճանը:

3) Խմբի հրամանատարին՝ կապի միջոցներով ավագ պետին զեկուցել ստորաբաժանումում վիրավորի (ների) ի հայտ գալու և մարտավարական իրադրության մասին:

2. Շարունակել մարտական առաջադրանքի կատարումը (հնարավորության դեպքում)

1) այն դեպքում, երբ վիրավորը գտնվում է հակառակորդի անմիջական մերձավորությամբ և կրակային շփումը շարունակվում է ու բացակայում են ինքնօգնության անվտանգ տրամադրման պայմանները, նա պետք է շարունակի մարտական առաջադրանքի կատարումը մինչև մարտավարական իրադրության փոփոխությունը,

- կրակը վարել (իրականացնել դիտարկում) նշանակված հատվածում,

- տեղեկատվություն փոխանցել հակառակորդի գործողությունների բնույթի մասին:

2) Ենթախմբի մյուս զինծառայողները կրակը կենտրոնացնում են հակառակորդին ճնշելու և վիրավորի տեղաշարժի համար բարենպաստ պայմաններ ստեղծելու համար, նրան ձայնային հրամաններ են տալիս՝ ուղղորդելով դեպի թաքստոց, հուշում ինքնօգնության տրամադրման կարգը:

3. Անհրաժեշտության և հնարավորության դեպքում փոխել դիրքը

Եթե վիրավորն ի վիճակի է տեղաշարժվել, նա պետք է ձեռքով սեղմի վերքը և ինքնուրույն տեղափոխվի ապաստարան: Միարժամանակ, տարաշարժը պաշտպանվում է խմբի կրակով, ծխաքողարկումով, տրված ուժերով և միջոցներով: Հրամանատարի որոշմամբ կարող են անցկացվել նաև շեղող գործողություններ: Տեղաշարժման եղանակը (վազելագը, սողանցում և այլն) ընտրվում է՝ հաշվի առնելով տեղանքը, մարտավարական իրավիճակը և վիրավորման բնույթը: Պայթուցիկ հետևանքով ստացված վիրավորումը պետք է դիտարկել որպես ականապատ դաշտում ստացված վնասվածք, որտեղ ցանկացած տեղաշարժ վտանգավոր է:

4. Դադարեցնել արյունահոսությունը (կիրառել լարան կամ տուրնիկետ)



Ինքնօգնության գործնական խորհուրդներ

- ելնելով ձեր վիճակից՝ փորձեք հնարավորինս արագ սկսել ինքնօգնություն ցուցաբերել (առաջին հերթին դադարեցրեք արյունահոսությունը): Հիշեք, որ մարտի առաջին րոպեներին, խմբի անձնակազմը վարելու է հակառակորդի կրակային խոցում, ինչն ամենակարևորն է: Վիճակագրական տվյալների համաձայն՝ տուժածին սկսում են օգնություն ցույց տալ վիրավորվելուց ոչ շուտ, քան 3-5 րոպե հետո: Այս ամբողջ ժամանակը դուք պետք է հույսներդ դնեք ձեր վրա,

- վիրավորվելու դեպքում անհրաժեշտ է ձեռքով սեղմել և հնարավորինս հույս տալ վերքի վրա: Նախաբազկի վնասվածքի դեպքում ձեռքը վեր բարձրացնելը կդանդաղեցնի արյունահոսությունը: Եթե վնասված է ուսային զարկերակը (այն գտնվում է ուսի ներսի մասում), ապա թևատակի շրջանում մարմնի քաշով ծավալային պինդ առարկան (բռնցք, պահեստատուփ, տափաշիշ) սեղմելը կնպաստի արյունահոսության դանդաղեցմանը: Միննույն ժամանակ, դուք կազատեք առողջ ձեռքը անհրաժեշտ բժշկական պիտույքները (տուրնիկետ, դեղատուփ) հանելու համար,

- ազդրային զարկերակի վնասման դեպքում ձեռքի ափով ճնշման գործադրումը չի դադարեցնի արյունահոսությունը, այլ միայն կդանդաղեցնի: Մի վատնեք ձեր ժամանակը, ավելի արագ կիրառեք լարանը կամ տուրնիկետը,

- արյունահոսությունը դադարեցնելու համար կիրառեք արյունարգել լարան կամ տուրնիկետ, որը դրվում է վերջույթի վերքի վերին (որքան հնարավոր է բարձր) մասում, հագուստի վրայից: Արյունարգել միջոցի ճիշտ կիրառման ցուցումը վերքից արյան արտահոսքի դադարեցումն է,



- պետք է հիշել, որ լարանը կամ տուրնիկետը դրվում է հագուստի բարակ շերտի վրա (քողարկման խալաթ, ամառային համազգեստ, ներքնազգեստ և այլն): Ձմեռային հագուստի վրա լարան կամ տուրնիկետ չի դրվում: Հագուստի կտրման գործիքը (մարտավարական մկրատ, դանակ, ճոպանակտրիչ (стропорец)) մշտապես պետք է արագ հասանելի լինի,

- պարանոցի վնասվածքները վտանգավոր են երակ օդի ներթափանցմամբ: Ընդ որում, մահը կարող է վրա հասնել մի քանի վայրկյանի ընթացքում օդային էմբոլիայից: Անհրաժեշտ է արագ սեղմել վերքը ձեռքով կամ որևէ կտորե գործվածքով (բաճկոնի օձիք, թաշկինակ, վիրակապման անհատական փաթեթի (ՎԱՓ) բարձիկ), հետագայում դնել ճնշող վիրակապ և ուժեղացնել լարանով,

- ցավազրկող թմրամիջոցների օգտագործումը կիսախտի վիրավորի շարժումների համակարգումը և թույլ չի տա նրան իրատեսորեն գնահատել իրավիճակը: Այս առումով, թեթև վիրավորման դեպքում խորհուրդ չի տրվում այդպիսի դեղերի օգտագործումը:

5. Հրամանատարները (ավագները) պետք է պայմաններ ստեղծեն փոխօգնություն ցուցաբերելու և վիրավորին թաքստոցներ տեղափոխելու համար

- որոշել ենթախմբի կազմը և խնդրավորել (հետախույզ-սանիտարին),

- «կարմիր գոտում» ապահովել նրանց առաջաշարժման և գործողությունների կրակային պաշտպանությունը (ծխածածկույթի, զրահատեխնիկայի, տարաշարժի կամ շեղող գործողությունների կիրառում),

Փոխօգնության մասին որոշումն ընդունվում է ստորաբաժանման հրամանատարի կողմից՝ հաշվի առնելով ընթացիկ մարտավարական իրադրությունը:

Գործնական առաջարկություններ փոխադարձ օգնություն ցուցաբերելիս.

- վիրավորին օգնություն ցուցաբերելու համար, առաջաշարժումից առաջ, տեղեկացրեք մերձավոր հետախույզին ստացված առաջադրանքի մասին, որպեսզի վերջինս կարողանա վիրավորին փոխանցել իր կրակի վարման հատվածը: Համոզվեք, որ ձեզ հասկացել են:

- Ընտրեք առավել անվտանգ ճանապարհային երթուղին: Շարժման ընթացքում մշտապես վերահսկեք վտանգավոր հատվածը և պատրաստ եղեք կրակի բացմանը,

- եթե վիրավորին հասնելը դժվար է, նրան տվեք ինքնօգնության հրամաններ: Հաճախ տուժողը չի կարող գնահատել իր վնասվածքների բնույթը և ի վիճակի չէ ճիշտ օգնություն ցուցաբերել իրեն, մինչդեռ նա կարող է գործել ընկերոջ ցուցումների համաձայն,



- վիրավորին մոտենալիս բարձրաձայնեք նրա անունը կամ ազգականը և պարզաբանեք, թե ինչ է պատահել: Տեղեկացրեք տուժածին, թե որ կողմից եք շարժվելու դեպի նա: Արձանագրվել են դեպքեր, երբ վիրավորում ստացած զինծառայողը, գտնվելով ոչ ադեկվատ վիճակում, կրակել է իր ծառայակիցների ուղղությամբ,

- տեղադրեք տուժածին այնպես, որ վտանգավոր հատվածը ձեր առջևում լինի: Եթե փոխօգնություն եք ցուցաբերում շենքային պայմաններում, ապա դեմքով կանգնեք դեպի վտանգավոր դուռը (պատուհանը), իսկ մեջքով դեպի պատը: Ձեռքը ուղղեք սպառնալիքի ուղղությամբ և պատրաստ եղեք կրակելու ցանկացած պահին: Փորձեք նվազագույնի հասցնել մակերևույթի վրա ձեր երեսակայումը: Հիշեք, որ մեկ վիրավորն ավելի լավ է, քան երկուսը: Ձեր զենքը մշտապեսի պետք է լինի արագ հասանելի:

- Կարևորեք զենքի կարգավիճակը: Ստուգեք տուժածի զենքը և դրեք պահպանակին,

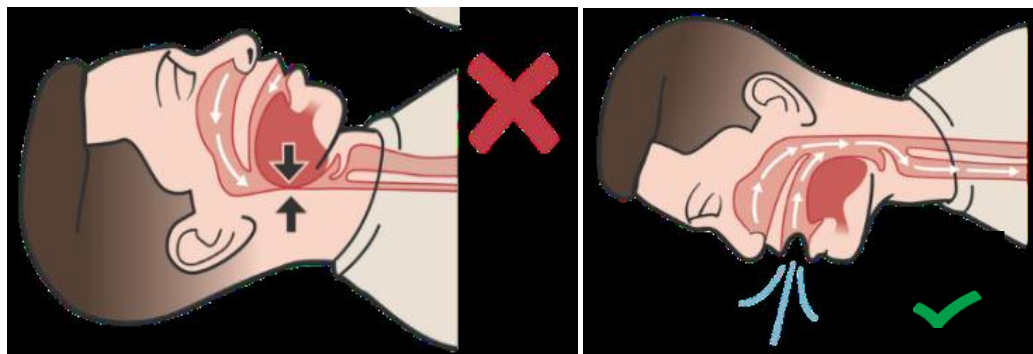
- վիրավորին զննելիս մոտովի արտասանեք այն, ինչ տեսնում եք (օրինակ՝ «ձախ ձեռքը մաքուր է: Ձախ ոտքին արյուն եմ տեսնում»): Մի քանի վնասվածքների հայտնաբերման դեպքում սկսեք օգնության ցուցաբերումը կյանքին սպառնացող վերքից: Մի մոռացեք վտանգավոր հատվածի մասին, դիտարկեք: Ձեկուցեք հրամանատարին վիրավորի վիճակի և վիրավորման բնույթի մասին: Վերջույթների անբնական դիրքը կարող է վկայել կոտրվածքի մասին, իսկ դրանց բացակայությունը՝ տրավմատիկ անդամահատման և արյան զանգվածային կորստի մասին: Եթե վիրավորը գիտակցությունը չի կորցրել, որպես կանոն, բռնվում է մարմնի վնասված հատվածից,

- եթե մոտակայքում թաքստոցներ կան, նպատակահարմար է վիրավորին տեղափոխել անվտանգ վայր, որտեղ հետագայում կցուցաբերվի օգնություն,

- դադարեցրեք արյունահոսությունը մարմնի բաց տարածքներից (պարանոց, վերին և ստորին վերջույթներ): Լարանը (տուրնիկետը) դրվում է վերջույթներին հնարավորինս «բարձր և պինդ»,

- վիրավորին տեղափոխեք նախապես ընտրված երթուղով, օգտագործեք տեղանքի ծալքերը: Հիշեք կարճ ճանապարհը միշտ չէ, որ ամենաարագն ու անվտանգն է,

- վիրավորին կրել-տանելու եղանակը կախված է տեղանքի պայմաններից, թաքստոցների (անվտանգ գոտիների) առկայությունից և ընդհանուր մարտավարական իրավիճակից: Հիմնական պահանջը իրավիճակի վերահսկումն է և կրակ վարելու պատրաստակամությունը: Եթե վիրավորի տարհանումն անհնար է (օգնություն ցուցաբերողի կյանքը սպառնալիքի տակ է), և տուժածը անգիտակից վիճակում է, ապա անհրաժեշտ է նրան շրջել դեմքն ի վայր կամ «պառկեցնել կողքի» մինչև իրավիճակը փոխվի: Մեջքի վրա վիրավորը կարող է մահանալ լեզուն «կուլ տալու» կամ խեղդվել փսխումների հետևանքով,



- տուժածին տեղափոխելիս գործել խմբի ընդհանուր մտահղացմանը համապատասխան, մշտապես պահպանեք տեսողական կապ (ռադիոկապ),

- շփվեք վիրավորի հետ՝ կախված նրա գիտակցության վիճակից (երկխոսեք, հարցեր տվեք, աջակցեք), գիտակցության բացակայության դեպքում՝ վերահսկեք քներակի զարկերակի աշխատանքը յուրաքանչյուր 2-3 րոպեն մեկ,

- մի քանի տուժածների առկայության դեպքում առաջին հերթին օգնություն ցուցաբերեք նրանց, ովքեր ունակ են ավելի արագ վերադառնալ առաջադրանքի կատարմանը,

- հետևեք նրանց, ովքեր օգնություն են ցուցաբերում՝ նրանք պետք է պաշտպանված լինեն:

Վիրավորի տեղափոխման միջոցները

1. Մեկ զինծառայողի օգնությամբ

Առավելությունը. հատուկ միջոցներ չեն պահանջում, միայն մեկ հետախույզ կարող է վիրավորվել:

Թերությունը. շարժման ցածր արագություն, տեղաշարժը հնարավոր է միայն կարճ հեռավորությունների վրա, պահանջվում են զգալի ֆիզիկական ջանքեր, դիտարկման և կրակ վարելու կարողությունները սահմանափակ են:

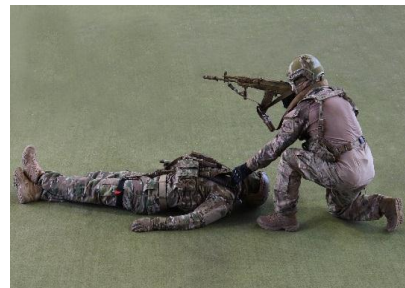
– «իր վրա, դեմքն իվայր»,



– « իր վրա, դեմքն իվեր»,



– «հանդերձանքից բռնելով»,



- «մեջքին (ուսերին)»



- տաքհանման ճոպանի կամ «Lanyard» համակարգի օգնությամբ:



2. Երկու զինծառայողների օգնությամբ

Առավելությունը. շարժման համեմատաբար բարձր արագություն, դիտարկման (կրակի) և մեծ հեռավորության վրա շարժվելու կարողություն:

Թերությունը. երկու հետախույզների վիրավորվածության հավանականություն:

- «գոտկատեղի բռնվածքով»,



- «հանդերձանքից բռնելով»,



- «Ռաուտեկի հնարքի կիրառմամբ, ձեռքով ոտքերը ֆիքսելով (ուսին)»,



- լրացուցիչ տաքհանման միջոցների օգտագործմամբ:



II. Գործողությունների կարգը «դեղին գոտում» (մարտադաշտի թաքստոցում)

«Դեղին գոտին» հակառակորդի ուղիղ կրակից մեկուսացված շրջան է, որտեղ վերացված է վիրավորվելու անմիջական վտանգը (մոտակա թաքստոց, տեղանքի ծալք):

Բնութագրվում է առաջին օգնության մեծ հնարավորություններով, քանի որ վիրավորը և բուժօգնությունը գտնվում է հարաբերական անվտանգության մեջ: «Դեղին գոտին» մարտավարական իրադրության կտրուկ փոփոխության դեպքում կարող է վերածվել «կարմիր գոտի»: Անհրաժեշտ է կազմակերպել դիտարկման և անվտանգության պարագիծ: «Դեղին գոտում» կատարվում է վիրավորի մանրակրկիտ զննում:

Գործողությունների հաջորդականությունը վիրավորին «դեղին գոտի» տեղափոխելուց հետո

1. Ապահովել անվտանգության պարագիծը:

Ցուցումներ տալ հակառակորդի դիտարկումների կազմակերպման և անվտանգության պարագծի ապահովման վերաբերյալ (հատուկ ուշադրություն՝ թևերին): Պատրաստվել տարհանմանը:

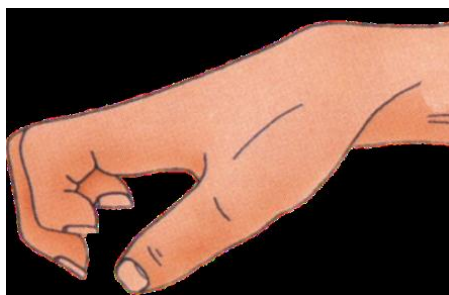
2. Զինաթափել վիրավորին:

Անհատական զենքը և նռնակները նպատակահարմար է հնարավորինս շուտ վերցնել: Ոչ ադեկվատ վիճակում վիրավորների կողմից դրանց օգտագործումը կարող է հանգեցնել խմբի անձնակազմի շրջանում նոր սանիտարական կորուստների առաջացմանը:

3. Թաքնված վերքերն ու վնասվածքները հայտնաբերելու նպատակով զննել վիրավորին:

Եթե իրավիճակը թույլ է տալիս, հագուստը կտրվում և հանում են, և վիրավորին փաթաթվում են ջերմամեկուսիչ ծածկոցով (տեղադրվում են քնապարկի մեջ):

Եթե հնարավոր չէ վիրավորին ազատել հագուստից, ապա նրա զննումն իրականացվում է ձեռքով՝ մաշկի վրայով «ճանկոտ թաթով» անցկացնելով: Այս մեթոդի օգտագործումը նվազեցնում է կետային հրազենային կամ բեկորային վնասվածքների բաց թողնելու հավանականությունը:



Զննման ընթացքում վերացրեք նախորդ փուլում թույլ տրված սխալները: Հատուկ ուշադրություն դարձրեք լարանի (տուրնիկետի) դրման գնահատմանը.

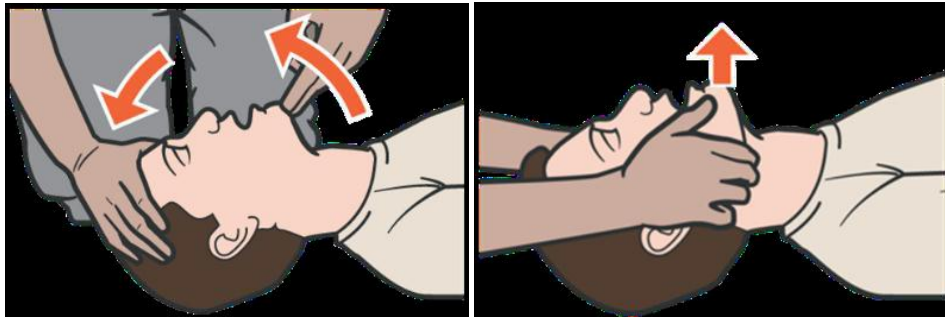
- դրման ճշտությունը (արյունահոսությունը դադարեցված է, թե ոչ),
- տեղայնացումը (վերքի համեմատ),
- դրանց կիրառման նպատակահարմարությունը (զարկերակի վնասման առկայությունը և սեցմող վիրակապի անցման հնարավորությունը):

Նշեք լարանի (տուրնիկետի) կիրառման ժամանակը՝ վիրավորի ճակատին:

4. Ապահովել շնչուղիների անցանելիություն:

ա) տուժածը անգիտակից է առանց շնչուղիների անցանելիության խանգարման.

- բարձրացրեք կզակը կամ կատարեք «եռայակ հնարք» (գլուխը ետ թեքեք, առաջ քաշեք ստորին ծնոտը և բացեք բերանը),



- կատարել նագոֆարինգեալ խողովակի կամ S – աձև խողովակի տեղադրում, որոնցով, որպես կանոն, համալրված են գորային բժշկական պայուսակները (ԶԲՊ),



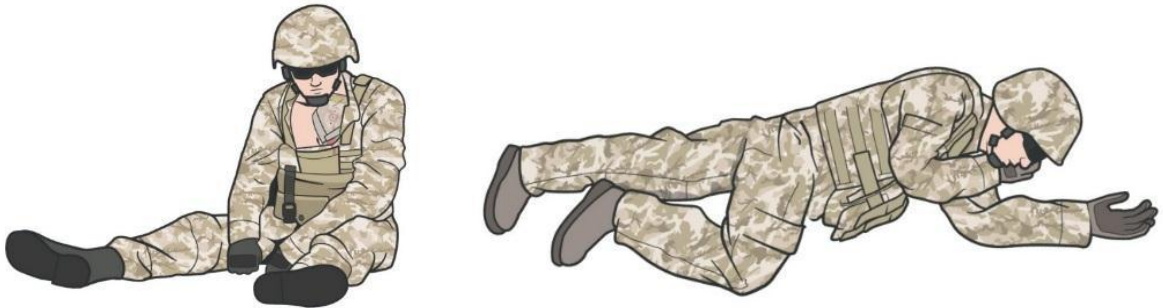
- վիրավորին պառկեցրեք կայուն դիրքում «կողքի»:



բ) տուժածի մոտ նկատվել է շնչուղիների օբստրուկցիա (անանցանելիություն) կամ առկա է դրա զարգացման սպառնալիքը

- բարձրացրեք կզակը կամ կատարեք «եռայակ հնարք» (գլուխը ետ թեքեք, առաջ քաշեք ստորին ծնոտը և բացեք բերանը),

- կատարել նագոֆարինգալ խողովակի տեղադրում,
- թույլ տվեք տուժածին այնպիսի դիրք զբաղեցնել, որի դեպքում շնչուղիները կլինեն առավել անցանելի, այդ թվում՝ նստած դիրքում,
- անգիտակից վիճակում գտնվող տուժածին պառկեցրեք կայուն դիրքում՝ «կողքի»:



Ողնաշարի վնասվածքների դեպքում վիրավորին կայուն կողային դիրքի շրջադարձում չի կատարվում: Եթե վիրավորը գտնվում մեջքին պառկած վիճակում և տեղադրված է օդ ներծծող խողովակ, ապա փսխման արտաձայնի վտանգը պահպանվում է: Այս դեպքում օպտիմալ է լարինգեալ դիմակի (I-Gel) տեղադրում, որը հերմետիկացնում է շնչուղիները և չի պահանջում լրացուցիչ սարքավորումներ, ինչպես շնչափողի ինտուբացիայի ժամանակ:



Եթե վերը նշված միջոցներն անարդյունավետ են, ապա անհրաժեշտ է կատարել կոնաձև կապանի կտրվածք (կոնիկոտոմիա՝ լիդոկաինի ցավազրկմամբ, եթե վիրավորը գիտակից է):



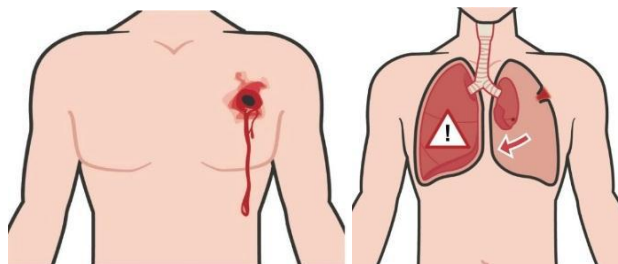
5. Ստուգեք շնչառության վիճակը (օգնություն ցուցաբերեք պնևմոթորաքսի դեպքում):

- փակեք կրծքավանդակի բաց և օդը ներծծող վերքերը ափի միջոցով՝ մաշկը տեղաշարժելով, ապա դրեք փականով օկլյուզիոն սպեղան: Հնարավոր է նաև վերքը հերմետիկացնել «stretch-թաղանթով», սկոտչով կամ օկլյուզիվ վիրակապման անհատական փաթեթի (ՎԱՓ) վիրակապով:



- հետևեք տուժածի վիճակին: Շնչառական խանգարումների առաջընթացի, հիպոքսիայի աճի, հիպոթենզիայի զարգացման (ճնշման անկում) և լարված պնևմոթորաքսի դեպքում անհրաժեշտ է բարձրացնել կամ ամբողջությամբ հեռացնել օկլյուզիոն վիրակապը կամ ներդնել ապակումպրեսացնող ասեղ (երակային կաթետեր),

– եթե տուժածն ունի կրծքավանդակի վիրավորում և շնչառության զարգացող խանգարում, ապա պետք է ենթադրել, որ առկա է լարված պնևմոթորաքսի զարգացում:

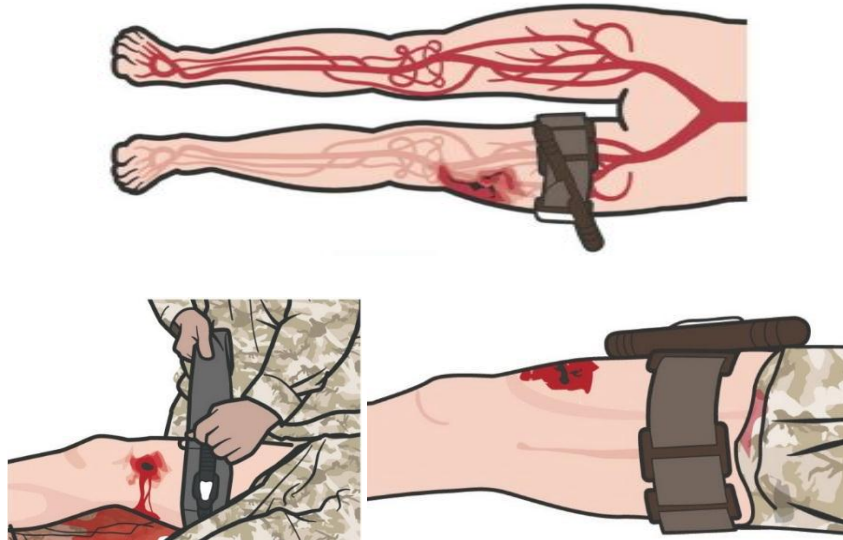


Այս դեպքում անհրաժեշտ է կատարել պլեվրալ խոռոչի ապակումպրեսացում: Դա անելու համար վերքի գտնվելու մասում, կրծքավանդակի 2-րդ միջկողային տարածքում, միջին-անրակային գծով կատարում են պունկցիա, օգտագործելով ապակումպրեսացնող ասեղ կամ 14G կաթետեր՝ առնվազն 8 սմ երկարությամբ:

Չախ կողմում պունկցիա կատարելիս համոզվեք, որ ասեղը ուղղված չէ դեպի սիրտը:

6. Գնահատել արյունահոսությունը դադարեցնելու արդյունավետությունը (անհրաժեշտության դեպքում տեղափոխել լարանը, օգտագործել տեղական արյունարգել միջոցներ):

- Հետագոտեք վիրավորին չբացահայտված արյունահոսությունը հայտնաբերելու համար: Արտաքին արյունահոսությունը դադարեցնելու նպատակով օգտագործեք այնպիսի լարան կամ տուրնիկետ, որը անատոմիապես հնարավոր է օգտագործել: Լարանը դրվում է վերքից 5-7 սմ վերև,



- այն դեպքերում, երբ վնասվածքի տեղը թույլ չի տալիս կիրառել լարան կամ վերջույթի վրա դրված լարանի տեղադրումից հետո անցել է ավելի քան երկու ժամ, օգտագործեք տեղական արյունարգել միջոցներ («Celox Combat Gauze» կամ այլ տարբերակներ),



Տեղական արյունարգել միջոցները օգտագործելիս անհրաժեշտ է առնվազն 3 րոպե ուղղակի ճնշում գործադրել վերքի վրա:



Հետոագիկ շոկի վիճակում գտնվող տուժածից լարանը հանելիս համոզվեք, որ կա ինտենսիվ թերապիայի դրական արձագանք (բավարար է ծայրամասային զարկերակի աշխատանքը, մտավոր գործունեությունը նորմալ է, պայմանով, որ գանգուղեղային վնասվածք չկա),

- ստուգեք զարկերակը վերքից ներքև: Եթե զարկերակը որոշվում է, ձգեք լարանը կամ կիրառեք երկրորդը: Երկրորդ լարանը տեղադրեք առաջինից մի փոքր վերև,



- տուրնիկետի մարկերով նշեք լարանի կամ տուրնիկետի տեղադրման ժամանակը վիրավորի ճակատին:

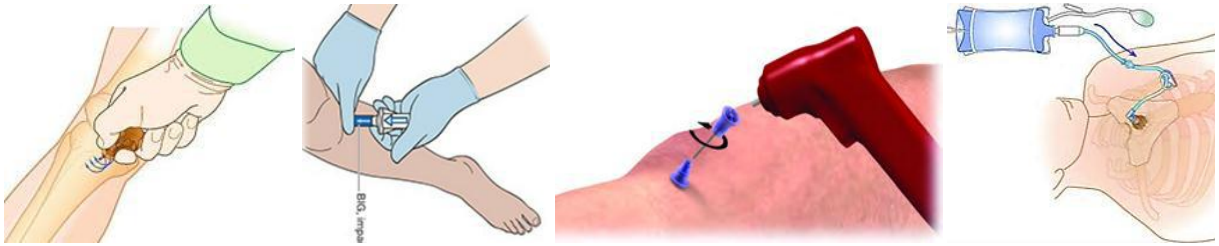


7. Վերականգնել արյան կորուստը (ապահովել ներերակային կամ ներոսկրային հասանելիություն):

Անհրաժեշտության դեպքում տեղադրեք 18G կաթետեր և համակարգ ինֆուզիայի համար:



Եթե ինֆուզիոն թերապիան անհրաժեշտ է, բայց ներերակային հասանելիություն չկա, օգտագործեք ներարկման ներոսկրային մեթոդը



Եթե ֆիզիոլոգիայի ներերակային և ներոսկրային ներարկման միջոցով հասանելի չէ, հնարավոր է դրանց ներարկումն իրականացնել ազդրի առաջնային մակերեսի ենթամաշկային ճարպային հյուսվածքի մեջ: Մեկ տեղում ներարկեք ոչ ավելի, քան 400 մլ լուծույթ: Համակարգի ասեղը պետք է ներարկվի ենթամաշկային հյուսվածքի մեջ, մաշկի մակերեսին զուգահեռ՝ 3-4 սմ խորությամբ: Ներարկումն իրականացվում է դանդաղ, արդյունքում առաջացած այտուցի թեթև մերսմամբ: Լրացուցիչ ճնշում ստեղծելու համար պառկած վիրավորի տակ տեղադրվում է լուծույթով պլաստիկ կոնտեյները:



Վիրավորի հոգեկան վիճակի փոփոխությունը, դանդաղկոտության նշանների դրսևորումը, արտաքին խթանների նկատմամբ արձագանքի նվազումը (գլխի վնասվածքի բացակայության դեպքում) և ծայրամասային զարկերակի թուլացումը (բացակայությունը) շոկի զարգացման նշաններ են, ինչը որոշում է ինֆուզիոն թերապիայի անհրաժեշտությունը:

ա) Շոկի նշաններ չկան.

- ներերակային ինֆուզիայի կարիք չկա,
- հեղուկների պերտալ ընդունումը (խմելով) հնարավոր է, եթե տուժածը գիտակից է, ունակ է կուլ տալու, և որովայնի խոռոչի թափանցող վերքեր չկան:

բ) Շոկի նշաններ կան.

- անհրաժեշտ է իրականացնել ինֆուզիոն թերապիա, որի սխեման կախված է արյան կորստի ծավալից:

Արյան փոքր կորուստ (500-1000 մլ).

Արյան միջին կորուստ (1000-2000 մլ). բյուրեղակերպ նյութ 1000 մլ (շթային), ապա կոլոիդ 500 մլ (1 կաթիլ/վրկ):

Ներարկված լուծույթների ընդհանուր ծավալը պետք է լինի 3 անգամ ավելի մեծ, քան արյան կորուստը



զ) ճառագայթային արտերիայի վրա զարկերակի երևակումը (բնութագրի բարելավում) կվկայի ինֆուզիոն թերապիայի արդյունավետությունը: Հետևեք արյան ճնշմանը, պահպանեք սիստոլիկ ճնշման մակարդակը առնվազն 100 mm Hg,

դ) շոկի նշաններ հայտնաբերելու համար պարբերաբար գնահատեք վիրավորի վիճակը: Եթե ախտանիշները հայտնվում են, կրկին գնեք վիրավորին, համոզվեք, որ արտաքին արյունահոսություն չկա և կրկնեք ինֆուզիոն լուծույթների ներարկումը ըստ սխեմայի:

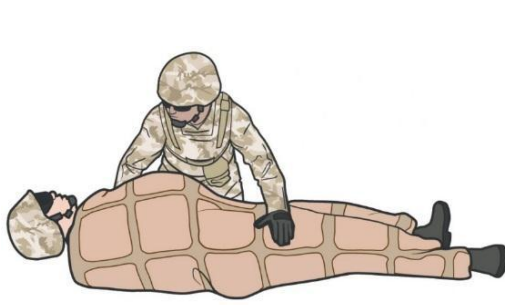
Եթե տուժածին անհրաժեշտ է արյան մեծ չափաբաժինների փոխներարկում (օրինակ՝ հեմոռագիկ շոկի, մեկ կամ մի քանի վերջույթների անդամահատման, իրանի թափանցող վերքերի կամ ծանր արյունահոսության դեպքում), ապա պետք է ներարկել հեմոստատիկներ:

Այս դեպքում, վնասվածք ստանալուց ոչ ուշ քան 3 ժամ անց, նպատակահարմար է ներերակային ներարկել տրանեքսամիկ թթու 1գ դեղաչափով 100մլ ֆիզիոլուծույթի համար:

8. Գերսառեցման կանխում (ծածկել ջերմամեկուսիչ թիկնոցով)

- նվազագույնի հասցնել եղանակային պայմանների ազդեցությունը տուժածի վրա: Թաց հագուստը փոխարինեք չորով, դրեք այն ջերմամեկուսիչ մակերեսի վրա,

- վիրավորին ծածկեք ջերմամեկուսիչ թիկնոցով կամ օգտագործեք ջերմամեկուսիչ հավաքածու (օրինակ՝ "Blizzard Survival Bags" կամ "Helios System"),

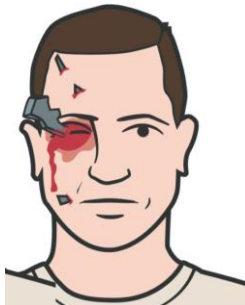


- ջերմաթիկնոցի բացակայության դեպքում օգտագործեք չոր ծածկոցներ, ջերմացնող պանչոններ, քնապարկեր,
- ներարկում իրականացնելու համար խորհուրդ է տրվում օգտագործել ջերմացված լուծույթներ,
- նկատի ունեցեք, որ անգիտակից վիրավորը չի վերահսկում միզարտադրությունը և դա կարող է հանգեցնել գերսառնեցման:

9. Օգնության ցուցաբերում աչքերի վնասման դեպքում:

Աչքի վնասվածքները մարդուն անօգնական են դարձնում: Սուր ցավը, արցունքոտությունը թույլ չեն տալիս տուժածին պայքարել և ինքնուրույն շարժվել: Աչքի կաթիլների համատեղ օգտագործումը անզգայացնող («Ինոկաին») և համակցված դեղամիջոցի («Սոֆրադեքս») հետ, որոշ դեպքերում, թույլ տալիս վիրավորին գործել առանց արտաքին օգնության և պահպանել տեսողությունը:

Եթե աչքը վնասված է, ծածկեք պաշտպանիչ վահանով (չդնել ճնշող վիրակապ):



Որպես պաշտպանիչ վահան կարող է օգտագործվել ակնոցի կեսը, գդալը, տուժողի ձեռքը:



10. Ցավազրկող դեղամիջոցների ներարկում

Ցավի դերը տուժածների մոտ շոկի առաջացման գործում խիստ չափազանցված է: Մարտադաշտում կամ տարհանման ընթացքում վիրավորների մահվան հիմնական

պատճառները չվերականգնված արյան կորուստն ու շնչառական խնդիրներն են, մինչդեռ ցավային համախտանիշը մահվան անմիջական պատճառ գրեթե չեն հանդիսացել: Միննույն ժամանակ, ցավը զգալիորեն դժվարացնում է վիրավորին օգնություն ցուցաբերելը և նրա տարհանումը: Հետևաբար, ցավազրկումը պետք է իրականացվի արյան կորուստը լրացնելուց հետո, բայց վիրավորների հետ ինտենսիվ մանիպուլյացիաներից առաջ:

Հիմնական ցավազրկող դեղամիջոցը ներարկոց-պարկուճի (шприц-тюбик) մեջ «պրոմեդոլ»-ի լուծույթն է (2% 1 մլ): Առավելագույն մեկանգամյա դեղաչափը՝ երկու ներարկոց-պարկուճ յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ:

«Պրոմեդոլը» հակացուցված է գլխի վիրավորման և վնասվածքների դեպքում՝ շնչառական կենտրոնի ճնշման պատճառով, ինչը կարող է վատթարացնել տուժածի վիճակը: Որպես այլընտրանք, խորհուրդ է տրվում օգտագործել «Ketorol»-ը և դրա փոխարինողները:

Խորհուրդ է տրվում անհատական դեղատուփում ունենալ հաբերի տարա («pill box»): Այն պետք է պարունակի երկու ոչ թմրամիջոցներ հանդիսացող անալգետիկ միջոցներ («Պարացետամոլ» 1000 մգ, «Մելոքսիկամ» 15 մգ) և լայն սպեկտրի հակաբակտերիալ դեղամիջոցներ («Լևոֆլոքսացին» 500 մգ կամ «Մոքսիֆլոքսացին» 400 մգ):

Դեղերի օգտագործման կարգը և սխեման որոշվում են ցավի սինդրոմի խստությամբ:

Տարբերակ 1. Մեղմ կամ չափավոր ցավ:

Վիրավորն ի վիճակի է մարտական գործողություններ իրականացնել:

միանգամյա – անհատական դեղատուփի հաբերի հավաքածու («Պարացետամոլ» 1000 մգ և «Մելոքսիկամ» («Մովալիս») - 15 մգ):

Տարբերակ 2. Չափավոր կամ ուժեղ ցավ:

Ա) վիրավորը չունի շոկի և (կամ) շնչառական անբավարարության նշաններ, ինչպես նաև դրանց զարգացման էական նախադրյալներ: Օգտագործեք թվարկված դեղատեսակներից մեկը.

- «Կետորոլակ» 1.0 մլ (միջմկանային),
- «Ակուպան» 2.0 մլ (ներերակային, կաթիլային դանդաղ),
- «Պրոմեդոլ» 1.0 մլ (ենթամաշկային, միջմկանային) - մեկ անգամ:

Բ) վիրավորը շոկային վիճակում է և/կամ ունի շնչառական անբավարարության նշաններ, կամ առկա է այդ վիճակների զարգացման բարձր ռիսկ.

- «Պրոմեդոլ» 1.0 մլ (ենթամաշկային, միջմկանային) - մեկ անգամ,
- «Կետորոլակ» 1.0 մլ (միջմկանային), թույլատրելի է օրական 1-3 անգամ,
- «Դեքսամետազոն» 1.0 մլ (միջմկանային) - մեկ անգամ,
- «Կորդիլամին» 2.0 մլ (ենթամաշկային) - մեկ անգամ:

Նշված դեղամիջոցները («Կետորոլակ», «Դեքսամետազոն», «Կորդիլամին») խորհուրդ է տրվում պահել հակաշոկային հավաքածուում (տարբերակ):



«Պրոմեդոլի» ներարկումից հետո անհրաժեշտ է շնչառության և արյան շրջանառության վերահսկում: Եթե նկատվում է շնչառական խնդիրներ, Ambu պարկի աջակցությամբ կամ «բերան-դիմակ-բերան» շնչառությամբ ապահովեք շնչառության կարգավորումը:

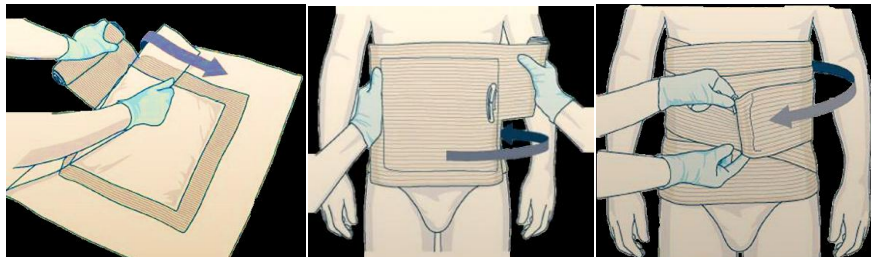


Եթե սրտխառնոց կամ փսխում է առաջանում՝ միջմկանային կամ ներերակային ներարկեք «Մետոկլոպրամիդ» («Ցերուկալ») 10 մգ, օրական 3 անգամ՝ 8 ժամ միջակայքով:

11. Բուրբ բաց վերքերին դրեք վիրակապեր

Վիրակապը կանխում է լրացուցիչ վարակը և արագացնում վերքերի բուժումը: Աննշան վիրավորումների դեպքում օգտագործեք կպչուն սպեղանի (лейкопластырь): Այլ դեպքերում օգտագործեք էլաստիկ բինտ, վիրակապման անհատական փաթեթ (բանդաժ) :

Որովայնի շրջանում վիրավորման և ներքին օրգանների դուրս ընկման դեպքում աղիքային հանգույցները փակեք խոնավ վիրակապով կամ անջրանցիկ թաղանթով (օրինակ՝ կաթոցիկի փաթեթ, սննդային «stretch» թաղանթ և այլն), իսկ վերնից դրեք աբդոմալ (որովայնի, փորի) բանդաժ: Ցուրտ եղանակային պայմաններում (բացասական ջերմաստիճան) վիրակապը չի թրջվում, օգտագործվում է միայն անջրանցիկ ծածկույթ:



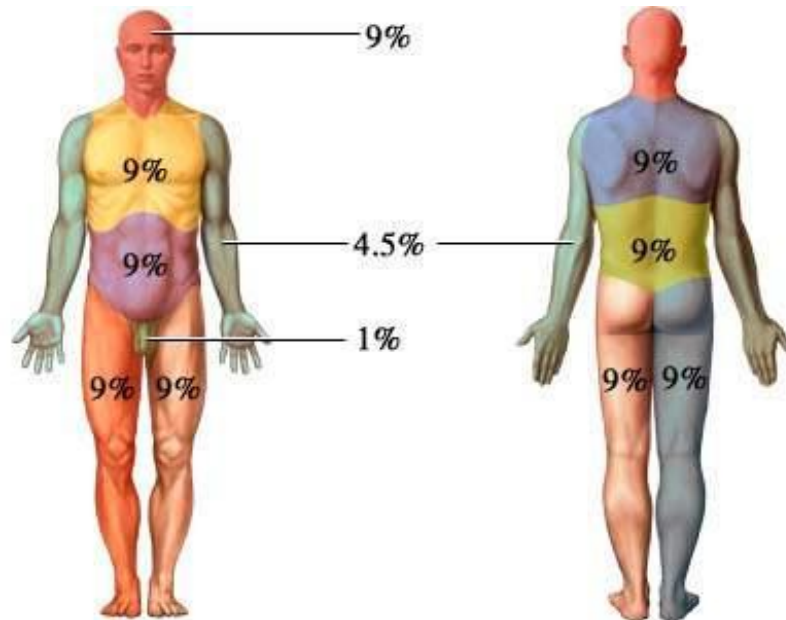
12. Օգնության ցուցաբերում այրվածքների դեպքում

- հատուկ ուշադրություն դարձրեք դեմքի այրվածքներով վիրավորներին: Փակ տարածություններում ստացած այրվածքները հանգեցնում են շնչուղիների ախտահարման և շնչառական անբավարարության զարգացման,

- գնահատեք այրվածքների ընդհանուր մակերեսը՝ օգտագործելով «իննի կանոնը»,

- տեղական հակաայրվաքային միջոցների (գել «Ապպոլո», «Պանտենոլ», «Էպլան») առկայության դեպքում դրանք քսեք այրված մակերեսին: Այրվածքի մակերեսը ծածկեք չոր, ստերիլ վիրակապով,

- եթե այրվածքների մակերեսը մարմնի ընդհանուր մակերեսի 20%-ից ավելին է, սկսեք ինֆուզիոն թերապիա:



Ինֆուզիոն թերապիա կատարեք կիրառելով «տասնյակի կանոնը»: Ներարկված հեղուկի ծավալը հաշվարկվում է որպես մարմնի ընդհանուր մակերեսի այրվածքների տոկոսը բազմապատկած 10 մլ/ծ – ով (40-80 կգ քաշ ունեցող անձի համար): 80 կգ-ից ավելի յուրաքանչյուր 10 կգ-ի համար ներարկվող հեղուկի ծավալը ավելանում է 100 մլ/ժամ - ով:

Ինֆուզիան սկսեք կոլոիդային լուծույթների ներարկմամբ («Ռեֆորտան-ԳԷԿ» 6%) ոչ ավելի, քան 1000 մլ, ապա անհրաժեշտության դեպքում ֆիզիոլուծույթ:

Տուժածի մոտ հեմոռագիկ շոկի զարգացման դեպքում ինֆուզիոն թերապիան իրականացվում է 7-րդ կետի առաջարկություններին համապատասխան,

- այրվածքներով վիրավորների ցավազրկումն իրականացվում է 10-րդ կետի համաձայն,

- բոլոր միջամտությունները (կրծքավանդակի դեկոմպրեսիա, ներերակային մուտք) կարող են իրականացվել այրված մաշկի մակերեսի վրա:

13. Կոտրվածքների առկայության դեպքում իրականացնել անշարժացում:



Անշարժացման մեթոդները կախված են կոտրվածքի վայրից և օգնություն ցուցաբերող մասնագետի սարքավորումներով համալրվածությունից: Միջոցների բացակայության դեպքում օգտագործվում է առողջ վերջույթը (մարմինը). վիրավոր ոտքը դրվում է առողջ ոտքի վրա և ամրացվում, ձեռքը գամվում է մարմնին: Որպես

խմպրովիզացված միջոցներ օգտագործեք պոլիուրեթանային գորգը (մի քանի անգամ ծալված), տախտակները, ձողիկները, ֆաներայի կտորները, անձնական զենքը, ուսապարկի կոշտ տարրեր և այլն:

Առավել արդյունավետ է օդաճնշիչ սևեռաձողի (пневматическая шина) կիրառումը, որը երթային դիրքում ունի փոքր չափ և քաշ, բացի այդ արագորեն բերվում է աշխատանքային վիճակի:

Անշարժացման գործնական առաջարկություններ

- անշարժացումը կատարեք միայն ցավազրկումից հետո,
- բեկակալը դնելիս ամրացրեք երկու հոդերը, որոնք հարակից են վերջույթի վնասված հատվածին,
- բաց կոտրվածքների դեպքում կարաիք չկա վերքի մեջ ոսկրաբեկորների ծայրերը տեղը գցել,
- լարանը կամ տուրնիկետը բնտերով չծածկել,
- ամուր ամրացրեք բեկակալները դրանց ամբողջ երկարությամբ:

14. Ներարկել հակաբիոտիկներ:

Օգտագործեք հակաբիոտիկներ ցանկացած բաց վերքի դեպքում: Հանձնարարեք վիրավորին մեկ անգամ ընդունել 400 մգ «Մոքսիֆլոքսացին»: Եթե տուժածը չի կարող հակաբիոտիկներ ընդունել (ցնցում, գիտակցության կորուստ) ներարկեք հետևյալ դեղամիջոցներից մեկը.

- «Ցեֆտրիաքսոն» 1 գ (ներերակային կամ ներմկանային, օրական 1-2 անգամ);
- «Ցեֆազոլին» 1 գ (ներերակային կամ ներմկանային, օրական 1-2 անգամ):

15. Իրականացնել սրիտ-թոքային վերակենդանացում

Եթե մարտի դաշտում մահը տեղի է ունեցել պայթյունի կամ ակնհայտորեն մահացու վնասվածքի հետևանքով, տուժածի վերակենդանացում չի իրականացվում: Այլ դեպքերում անհրաժեշտ է հնարավորինս արագ սկսել վերակենդանացման միջոցառումները 30/2 հարաբերակցությամբ (կրծքավանդակի սեղմում/թոքերի օդափոխում):

Հարկ է նշել, որ **սրիտ-թոքային վերակենդանացումով** (ՍԹՎ) զբաղվող անձանց անվտանգության ապահովումը, վերակենդանացման սարքավորումների բացակայությունը, ինչպես նաև հեռավորությունը այն կետից, որտեղ շարունակվելու և ավարտվելու է վերակենդանացման միջոցառումները, միագումարով ՍԹՎ-ն դարձնում են անարդյունավետ գործունեություն: Այնուամենայնիվ, եթե իրավիճակը թույլ է տալիս, կարևոր է կատարել բոլոր անհրաժեշտ միջոցառումները, քանի որ բժիշկ մասնագետի «անգործությունը» կարող է բարոյալքել խմբի անձնակազմը և ազդել ստորաբաժանման մարտունակության վրա:

Առաջին օգնություն ցուցաբերելուց և վիրավորի հետագա տեղափոխման պատրաստ լինելուց հետո մաքրեք տեղը ապաքողարկող նշաններից (ներարկիչներից, սրվակներից վիրակապերից և այլն):

Տարհանմանը նախապատրաստվելիս խմբի հրամանատարը պետք է հաշվի առնի իրավիճակը, ստորաբաժանման խնդիրները և վիրավորի վիճակը: Այս գործոնների գնահատման արդյունքների հիման վրա հնարավոր են մարտավարական գործողությունների հետևյալ տարբերակները.

- **«Բռնել և վազել»:** Կիրառվում է, երբ առաջադրված խնդիրները կատարվել են, իրականացվում է հակառակորդի կրակի տակից խմբի ետ քաշում (դուրսբերում): Առաջին օգնության միջոցառումները շարունակում են իրականացվել խմբի շարժման ընթացքում: Տեխնիկական միջոցների համար անհասանելի վայրերում տարհանումն իրականացվում է հատուկ միջոցների (ճոպաններ և այլն) օգտագործմամբ՝ մինչև

տրանսպորտի բեռնման կետը: Տարհանման ընթացքում վիրավորի կենսապահովման միջոցառումներն իրականացվում են խմբի հետախույզ-սանիտարի կամ տարհանման հատուկ խմբի բժշկական մասնագետի կողմից:

– **«Թողնել և նստել»:** Կիրառվում է այն դեպքերում, երբ տուժողի վիճակը կամ մարտավարական իրադրությունը թույլ չեն տալիս նրա հետ հետագա շարժը: Այս մարտավարությունը հիմնավորված է հետևյալ պայմանների բավարարման դեպքում.

- տարհանման դադարեցնելու օգուտը գերազանցում է այն շարունակելու վնասը,
- հնարավոր է հուսալի թաքստոց տրամադրել խմբին և վիրավորներին,
- վիրավորի (տուժածի) կենսական գործառնություններին օգնելու և պահպանելու համար կան ուժեր և միջոցներ:

– **«Փոխանցել և վազել»:** Կիրառվում է այն դեպքում, երբ վիրավորի տեղափոխումը զգալիորեն կաշկանդում է խմբի գործողությունները: Այս դեպքում ուժեր և միջոցներ են հատկացվում վիրավորին խնամելու համար՝ չվնասելով հիմնական առաջադրանքի կատարմանը :

III. Գործողությունների կարգը «կանաչ գոտում» (անվտանգության գոտի)

«Կանաչ գոտին» այն տարածքն է, որտեղ հակառակորդի հետ շփումը դադարեցված է, և վիրավորին տարհանում են բժշկական հաստատություն: Բնութագրվում է անորոշ ժամանակային ընդմիջումներով և վիրավորի կենսական գործառնություններին աջակցելու անհրաժեշտությամբ:

Գործողությունների հաջորդականությունը «կանաչ գոտում»:

1. Իրականացնել նախորդ փուլի միջոցառումները, եթե դրանք նախկինում չեն իրականացվել:

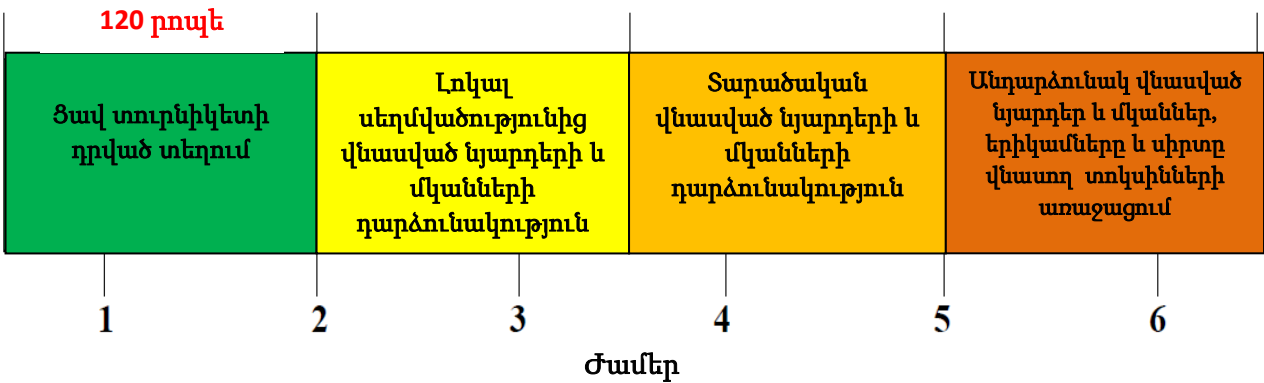
Իրականացնել վիրավորի վիճակի գնում և վերահսկում, ամբողջական մերկացում, արյունահոսության վերաբերյալ որոշման կայացում, լարված պնևմոթորաքսի վերացում:

Լարանը կամ տուրնիկետը հնարավորինս շուտ փոխարինել (կիրառումից հետո անցել է երկու ժամ) հեմոստատիկներով կամ սեղմող (компрессионный) վիրակապերով:

Լարանը (տուրնիկետը) չի հանվում, եթե.

- դրվել է պարանոցին,
- դրվել է անդամահատված վերջույթից արյունահոսությունը դադարեցնելու կամ խոշոր մազիստրալային զարկերակների վնասվածքի դեպքում:

Մի հանեք լարանը, եթե այն գտնվում է տուժածի վրա ավելի քան 4 ժամ:



2. Հրամանատարությանը զեկուցել ճշտված տեղեկատվություն վիրավորի վիճակի մասին:

Ձնման և իրականացված առաջին օգնության միջոցառումների արդյունքների հիման վրա տեղեկացնել ավագ պետին (տարհանման ենթախումբին).

- վերքի բնույթի և տեղայնացման,
- ցուցաբերված առաջին օգնության ծավալի,
- տարհանման անհրաժեշտության (հրատապության),
- խմբի կողմից առաջադրանքը շարունակելու ունակության,
- նշել տարհանման անցկացման ստորաբաժանման հնարավորությունների և վիրավորի կենսական գործառնությունների պահպանման ժամկետների մասին:

3. Պատրաստել վիրավորի տեղափոխման անհրաժեշտ իրերը:

Վիրավորի գույքը բաշխել երկու (երեք) զինծառայողների միջև:

Կատարվելիք առաջադրանքների առանձնահատկությունների և կրելի հանդերձանքի քաշի պատճառով գնդացորդներին և ռադիստներին չներգրավեք վիրավորի տեղափոխմանը: Պատրաստեք փոխադրահանգույցներով պատգարակներ (կտորից կամ հարմարեցված իրերից):

Վիրավորին երկար հեռավորություն տեղափոխելիս օգտագործեք հատուկ գոտի հանգույցներ, որոնք ամրացված են պատգարակի բռնակին ինքաբացվող կարաբինով:

4. Կազմակերպել վիրավորի տեղափոխումը տարհանման շրջան:

Վիրավորը տեղափոխվում է ոտքերով առաջ, իսկ լեռներում շարժվելիս՝ գլխով դեպի բարձունք: Բժիշկ մասնագետը գտնվում է տուժողի գլխավերևում, այն ձեռքի մոտ, որին տեղադրված է ինֆուզիոն համակարգը և վերահսկում է վիրավորի վիճակը, հոգեբանական աջակցություն է ցուցաբերում, իրականացնում է անհրաժեշտ բուժական միջոցառումներ (վիրակապում, լարանի վերահսկում, դեղամիջոցների ներարկում):

5. Հոգեբանական աջակցություն ցուցաբերում, վիրավորի վիճակի վերահսկում, անհրաժեշտ բուժական միջոցառումների իրականացում:

Եթե տարհանումը հետաձգվում է երկար ժամանակով, շարունակեք լրացնել արյան կորուստը, ցավազրկողների և հակաբակտերիալ դեղամիջոցների ներարկումը:

Վերահսկել տուժածի վիճակը, իրականացնել անհրաժեշտ բուժական միջոցառումներ (վիրակապում, լարանի վերահսկում):

Կերակրեք և ջուր տվեք վիրավորին, եթե նա գիտակից է և հակացուցումներ չկան (որովայնի շրջանի վիրավորում), ցուցաբերեք հոգեբանական աջակցություն: Հետևեք նրա բնական կարիքների հոգացությանը (ողնաշարի վնասվածքների դեպքում կարող է լինել մեզի սուր դադարեցում):

Իրականացրեք գործողություններ վիրավորին շրջակա միջավայրի գործոնների ազդեցությունից պաշտպանելու համար (գերտաքացում, գերսառեցում):

Անընդհատ շփվեք վիրավորի հետ: Դիմեք նրան անունով, խոսեք հանգիստ և վստահ ձայնով պարզ և կարճ արտահայտություններով: Ուղեկցեք ձեր յուրաքանչյուր գործողությունը մեկնաբանություններով, բացատրեք, թե ինչ մանիպուլյացիա էք իրականացնում և ինչ նպատակով:

Բանակային ավիացիայի ուղղաթիռներով վիրավորների տարհանման առանձնահատկությունները:

Օդային ճանապարհով վիրավորների տարհանումը կազմակերպելիս հատուկ ուշադրություն պետք է դարձնել թռչող սարքերի վայրէջքի վայրերի ընտրությանը և անվտանգության ապահովմանը, ուղղաթիռների անձնակազմի հետ փոխգործակցության հաստատմանը և նրանց դիմավորման իրականացմանը:

Վիրավոր զինծառայողներին օդանավում բեռնելու հիմնական տարբերակներն են.

- վայրէջքի եղանակը,

- կախված ռեժիմում տարհանման օրրանի (կախովի համակարգ) կիրառումը:

Եղանակային պայմանները պետք է բավարարեն հետևյալ պահանջները.

ամպամածություն. բարձրությունը վայրէջքի վայրից՝ 350 մ-ից ոչ ցածր (մինչև 2000 մ բացարձակ բարձրություն ունեցող տեղանքում) և 600 մ-ից ոչ ցածր (2000 մ-ից ավելի բացարձակ բարձրություն ունեցող տեղանքում),

տեսանելիություն. հորիզոնական վայրէջքի հարթակի բարձրության վրա՝ առնվազն 5 կմ (մինչև 2000 մ բացարձակ բարձրության դեպքում) և առնվազն 10 կմ (2000 մ-ից ավելի բացարձակ բարձրության դեպքում),

քամի՝ ոչ ավելի, քան 5 մ/վ (ներ կիրճերում, գոգահովիտներում) և ոչ ավելի, քան 15 մ/վ (բաց լեռնանցքներում, թամբարդներում, լեռնաշղթաներում և սարահարթերում):

Ուղղաթիռների ընդունումը կազմակերպելիս անհրաժեշտ է.

- տարածքում ընտրել ավիացիոն սարքավորումների վայրէջքի հարթակ,
- որոշել և զեկուցել դրա կոորդինատները,
- ուղղաթիռների մուտքի ժամանակ ընտրել հստակ տեսանելի ուղենիշներ,
- նշանակել վայրէջքի վայրի նշանակման ազդանշաններ,
- կազմակերպել հարակից տարածքի դիտարկում:

Ուղղաթիռի վայրէջքների և թռիչքների համար նախատեսված հարթակների նվազագույն չափերը (ուղղաթիռների խմբեր)

Խմբի քանակը	Հարթակի չափերը (լայնք x երկարություն)			
	Առանց մոտեցման խոչընդոտների, մ		25 մ բարձրությամբ հարթակի սահմանների խոչընդոտներով	
	Օր	Գիշեր	Օր	Գիշեր
Միայնակ ուղղաթիռ	50 x 50	75 x 100	75 x 200	100 x 300
Զույգ (օդակ)	160 x 170	200 x 200	200 x 320	200 x 420
Վայրէջքի դեպքում գոյգերի պեկենգում	350 x 350	400 x 450	400 x 550	400 x 700

Եթե խումբը շրջապատված է հակառակորդով և մարտ է վարում, լրացուցիչ նշվում է ուղղաթիռների վայրէջքի առավել անվտանգ կուրսը, ինչպես նաև հակառակորդի կրակակետերի գտնվելու վայրը, որոնք պետք է ճնշվեն:

Ուղղաթիռի սպասման շրջանում խումբը տեղակայվում է գաղտնի՝ օգտագործելով տեղանքի պաշտպանիչ հատկությունները, պահպանելով մարտակարգը (ըստ ենթախմբերի): Լեռնային անտառապատ տարածքում գլխամասային և թիկունքային դետքերը, որպես կանոն, տեղակայվում են մարտավարական առումով շահավետ բարձունքների վրա:

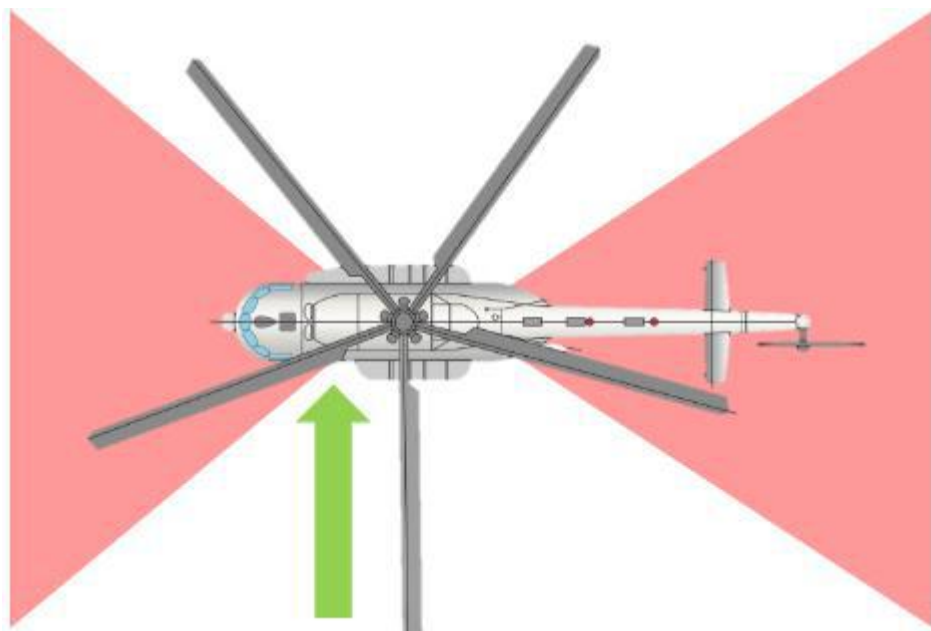
Վայրէջքի հարթակի նշանակումն իրականացվում է ծխի միջոցով օդանավի տեսողական կամ ակուստիկ հայտնաբերումից և ռադիոկապի միջոցների օգտագործմամբ փոխադարձ ճանաչումից հետո:

1. Վայրէջքի եղանակով տարհանման դեպքում վիրավորը ուղեւորով առաջ բեռնվում է ուղղաթիռ և տեղավորվում ուղղաթիռի միջանցքում՝ գլխով թռիչքի ուղղությամբ:

Երբ մեքենան վայրէջք է կատարում անհարթ մակերեսին և քամոտ եղանակին, պտուտակի շեղբերը կարող են թեքվել: Այս առումով արգելվում է բեռնման ընթացքում բարձր բարձրացնել արյան փոխարինիչի ներերակային ընդունման համակարգը, ինչպես նաև վիրավորով պատգարակը:

Օդանավում վայրէջքն իրականացվում է խստորեն ուղղահայաց ֆյուգելյաժի առանցքին: Խստիվ արգելվում է շրջանցել ուղղաթիռը պոչի պտուտակի կողմից:

Եթե տրանսպորտային միջոցում բժիշկ մասնագետ կա, հետախույզ-սանիտարը վիրավորին հանձնում է նրան և հեռանում ուղղաթիռից: Բժշկի բացակայության դեպքում հետախույզ-սանիտարը ուղեկցում է վիրավորին և կենսական գործառույթները պահպանելու համար ինքնուրույն իրականացնում է անհրաժեշտ միջոցառումների համալիրը:



Վտանգավոր գոտիները և վիրավորին ուղղաթիռ տեղափոխելու ուղղությունը

2. Եթե անհնար է վայրէջք կատարել և իջնել (կտրուկ ժայռ, ճահճային կամ անտառապատ տարածք), ապա տուժածին տեղափոխում են ուղղաթիռ՝ օգտագործելով հատուկ սարքավորումներ կախոցային ռեժիմի համար: Ուղղաթիռը քամուն դեմ 3-5 մ բարձրության վրա աշխատում է, որից հետո իջեցնում է ճոպանը, որին էլ կցված է օրրանը կամ կախովի համակարգը: Ստատիկ էլեկտրականությամբ վնասվելուց խուսափելու համար արգելվում է բռնվել ճոպանից և սկսել կեռակցման (подцепка) աշխատանքը, մինչև արտաքին կախոցը կամ հողանցման ճոպանը չի դիպչել գետնին: Բոլոր զինծառայողները, ովքեր ուղղաթիռի կախված ռեժիմում աշխատելիս գտնվում են օդանավի տակ, պարտավոր են պազել՝ կանխելու համար պտուտակի օդայինի հոսք ազդեցությունը:

Մոտավոր հեռավորությունը կարապիկի (пеледка) կարաբինի և պատգարակի ներքևի մասի միջև պետք է լինի մոտ 90 սմ: Բեռի թույլատրելի զանգվածը չպետք է գերազանցի 150 կգ (ЛПГ-150 կարապիկի համար) և 300 կգ (СЛГ-300 կարապիկի համար):

Արգելվում է շտկել «սարդ» կարաբինները և կախոցային ճոպանները, երբ դրանք գտնվում են լարված վիճակում:

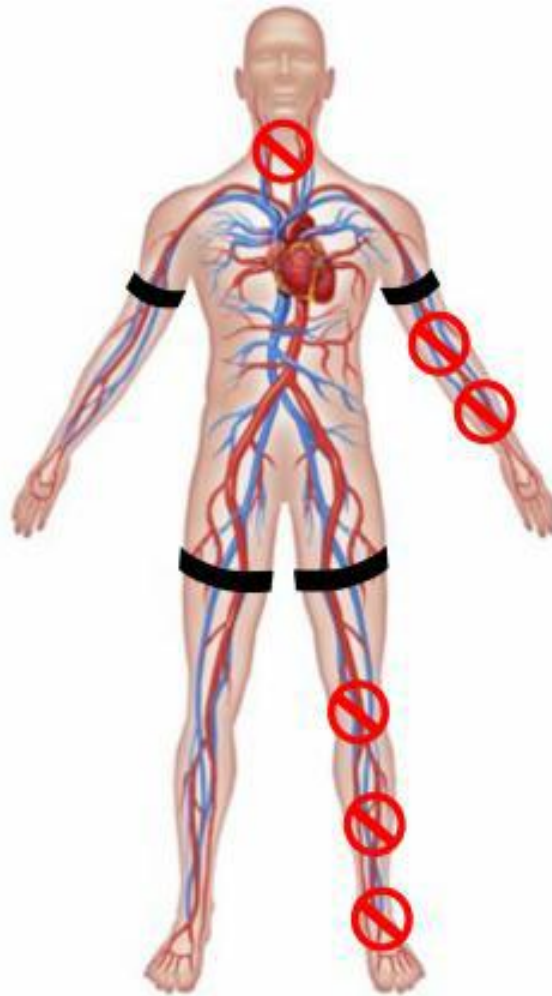
Վիրավորին բեռնելուց հետո խումբը կամ շարունակում է մարտական առաջադրանքի կատարումը, կամ հրամանով տարհանվում է ստորաբաժանման գտնվելու վայրը սահմանված եղանակով (հետիոտն, զրահախմբով, մարտական-տրանսպորտային ուղղաթիռներով):

Եզրակացություն

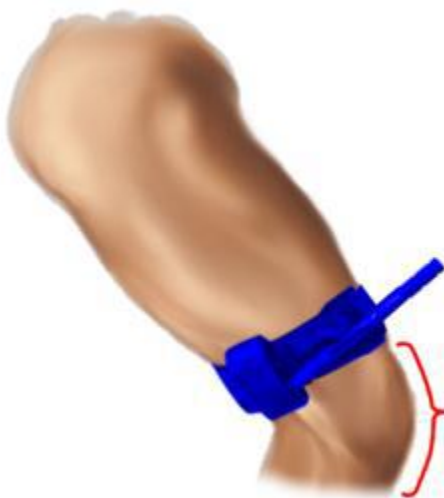
Մարտական առաջադրանքների կատարման ընթացքում զինծառայողների մահվան պատճառների վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ մարտի դաշտում առաջին օգնության ժամանակին և որակյալ ցուցաբերումը թույլ է տալիս պահպանել վիրավորների կյանքն ու առողջությունը, ինչպես նաև նվազեցնում է խմբում սանիտարական (անդառնալի) կորուստների քանակը:

Հետախույզների կողմից առաջին օգնության գործնական հմտությունների զարգացումը պետք է իրականացվի համակողմանիորեն՝ ստորաբաժանումների մարտական պատրաստության բոլոր փուլերում, իրավիճակի սթրեսային գործոնների տարրերի աճով:

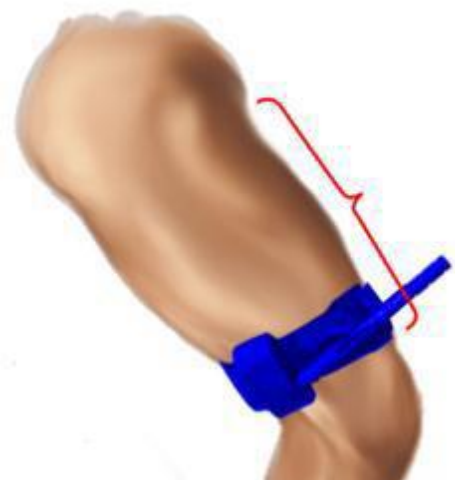
Արյան շրջանառության համակարգի դիագնոզի և «կարմիր գոտում» լարանի (տուրնիկետի) կիրառման տեղերը:



Ստորին վերջույթի օրինակով «կարմիր գոտում» լարանի (տուրնիկետի) կիրառման առաջարկություններ



Ոչ արդյունավետ սեղմման գոտի



Արդյունավետ սեղմման գոտի

Առաջին օգնության ցուցաբերման ժամանակ թույլ տրված հիմնական սխալները

1. Հակառակորդի կրակը ճնշելու և ենթախմբի (հետախույզ-սանիտար) առաջխաղացման համար պայմաններ ստեղծելու նպատակով միջոցներ չձեռնարկելը:
2. Առաջխաղացում դեպի վիրավորներ, առանց հակառակորդի կրակը ճնշելու:
3. Սխալներ մարտավարական գործողություններում վիրավորին տեղափոխելիս, հատկապես տեղանքի կտրտվածության պայմաններում (իրավիճակի դիտարկման բացակայություն, զենքի վատ կառավարում):
4. Մարմնի բաց հատվածներից արյունահոսող վիրավորի տեղափոխում առանց լարանի կամ տուրնիկետի կիրառման:
5. Ձեր սեփական բժշկական միջոցների, այլ ոչ թե վիրավորի միջոցներ օգտագործումը:
6. Իրավիճակի և զենքի կիրառման պատրաստակամության թույլ վերահսկողություն ինչպես առաջին օգնություն ցուցաբերելիս, այնպես էլ վիրավորին տեղափոխելիս:
7. Թեթև արյունահոսության դեպքում լարանի կիրառում:
8. Լարան կամ տուրնիկետ դնելու և հանելու ժամանակային ցուցիչներին չհետևելը:
9. Հոդերին, նախաբազկին և սրունքին տուրնիկետ կամ լարան դնելիս:
10. Գրպանների, հանդերձանքի և սպառազինման տարրերի վրա լարան կամ տուրնիկետ դնելը:
11. Աչքի վիրավորման դեպքում վնասված աչքին ճնշող վիրակապ դնելը:
12. «Կարմիր գոտում» վերակենդանացման միջոցառումների իրականացումը:
13. «Պրոմեդոլ»-ի ներարկում վնասված վերջույթի կամ դրված լարանի տակ, ինչպես նաև անգիտակից վիճակում կամ գլխից վիրավորվածներին:
14. Անշարժացման դեպքում վիրակապով լարանը փակելը:

Արյան կորստի միջինացված արժեքները

