**Лекция "Тактическая медицина современной войны. Первая помощь при ранениях". Часть 6. Лекцию проводит к.м.н. Евич Юрий Юрьевич**

**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 и удастся запустить сердце и лёгкие, функционирование коры головного мозге (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:

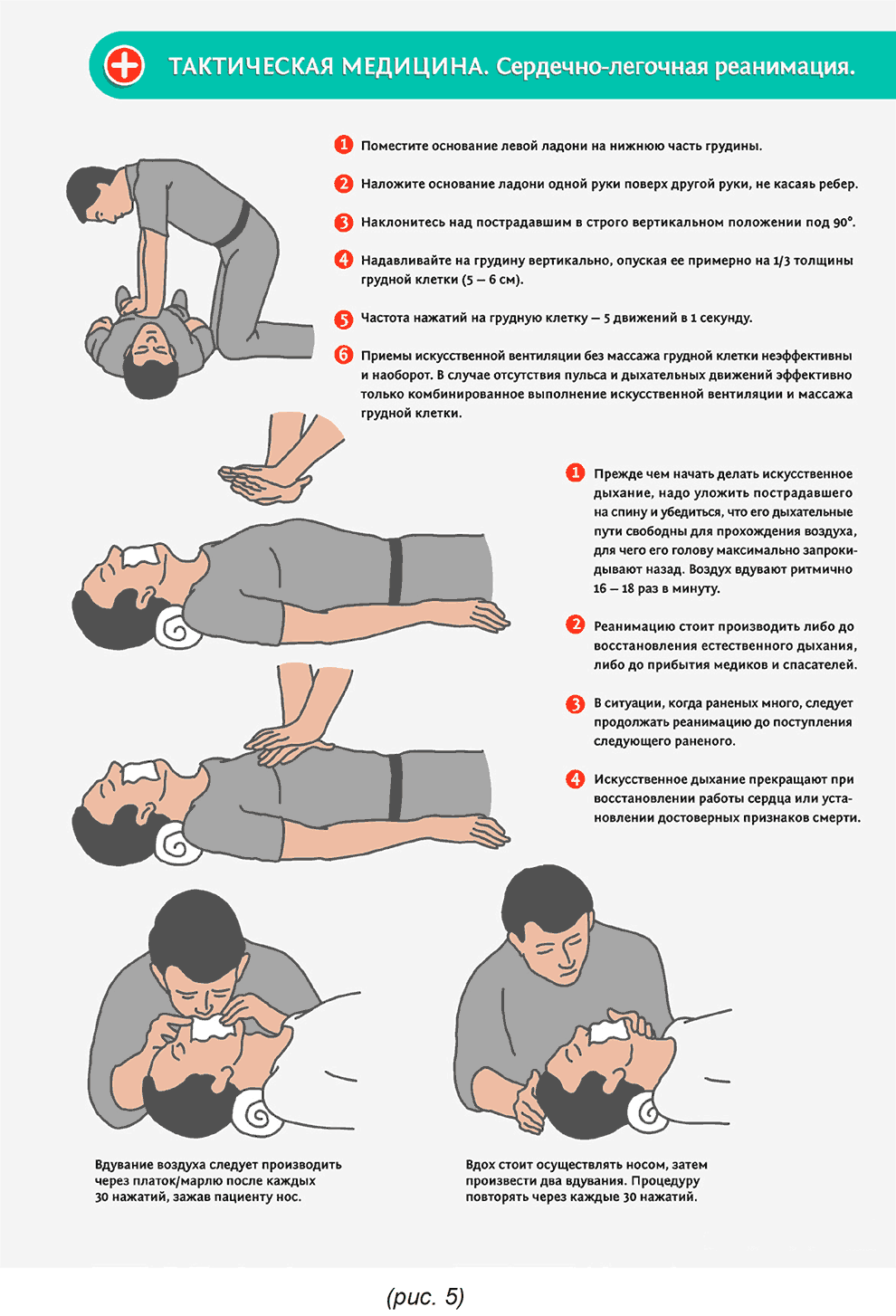
а. Немедленно положить пострадавшего на бок.

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 (рис. 5).



В мирной 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 - на уровне плеч пострадавшего. Тенар и гипотенар (основание ладони) - на нижнюю половину грудины, выше мечевидного отростка. Корпус над пострадавшим, давить строго сверху вниз. Работаем плечами или поясницей, а не руками. Частота - примерно 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  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.

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 мог. 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 спасать других вы уже не сможете.

 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.

б. Использовать здравый смысл.

в. 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.

в. 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 населённой 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 бронежилетов в разы снижает количество пострадавших.

5. По нашему опыту событий 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 неоценимо 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 гемморагический и болевой 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 со-стояний (остановить незначительное кровотечение, иммобилизировать 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 количества раненых - их следует 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 подготовке 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 различимых 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.

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 невозможно что-либо сделать) - 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 применение 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 считаем 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 длительно 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 боевых действий он может не узнать о наличии и локализации раненых. Удобны в пользовании гарнитуры, для тех, кто работает на технике - предпочтительно с ларингофоном. Крайне желательно разместить размещать 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.

При этом служба связи подразделения если помочь не сможет, то помешать может «от души» - как правило, она активно глушит все частоты связи, кроме специально оговоренных. На этот случай, надо напомнить командиру подразделения, чтобы узнал разрешённую для переговоров частоту, и выставить её.

Не могу не сказать пару слов о мобильных телефонах. Невзирая на многочисленные слухи о том что противник пеленгует переговоры по ним и наносит мощные артудары по точкам засечки, в наших условиях мы этого не наблюдали ни разу. При этом отсутствие мобильного телефона лишало любой, даже призрачной надежды на возможность связаться с командованием, соседями и так далее. Словом, лично наше мнение - обязательно нужно иметь с собой телефон с заряженной батареей, лучше - если телефонов два, на случай если один «сдохнет».

Громкоговоритель. Как это не 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.

Сразу же несколько малых, но важных ремарок:

1. Карты желательно распечатывать в нескольких экземплярах, чем больше - тем лучше.

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

3. В местах активных боевых действий что Google, что Яндекс выдают карты с многочисленными искажениями и ловушками - начиная с отсутствия указания улиц и заканчивая отсутствием целых кварталов.

4. 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.

Фортификация.

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, перекатить 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 чётко представлять, куда и как потом раненого куда-то потом доставить.

В реальных условиях часто придётся самому прилагать усилия к организации эвакуации: 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 перекрёстков 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.  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 ведущей от фронта в тыл - 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, мебель 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 оказание 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, например «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 по мере возможности, большую часть времени находиться в войсках, на направлении главного удара.

Персонал должен включать хотя бы одного врача и трёх медсестёр - врач с медсестрой оказывают 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 чтобы 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 неизбежны 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.