



ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ МУЗЕЙ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ СССР



К И СЕРГЕЕВ

САМО-И ВЗАИМО- ПОМОЩЬ НА ПОЛЕ БОЯ ПРИ РАНЕНИЯХ



ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ МУЗЕЙ
МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ СССР



К. И. Сергеев

САМО- И ВЗАИМОПОМОЩЬ НА ПОЛЕ БОЯ ПРИ РАНЕНИЯХ



ЛЕНИНГРАД—1984



Отв. редактор
профессор М. Ф. ВОЙТЕНКО

Быстрейшее оказание первой медицинской помощи при ранении во многих случаях предупреждает тяжелые его последствия, способствует успешному лечению раненых и их скорейшему возвращению в строй, что в конечном итоге содействует укреплению боеспособности Вооруженных Сил Советского Союза. Опыт Великой Отечественной войны 1941—1945 гг. показал, что своевременно и правильно оказанная медицинская помощь является также одной из важных мер по сохранению жизни солдат и офицеров, получивших ранения.

Первая медицинская помощь на поле боя может быть оказана самим раненым (самопомощь), его товарищем (взаимопомощь), санитаром или санитарным инструктором роты. Помощь, оказанная санитаром и санинструктором, как правило, будет более полной. Однако по опыту минувшей войны известно, что в боевой обстановке санитары и санинструкторы рот далеко не всегда могут своевременно обнаружить раненого и оказать ему необходимую помощь.

Особенно сложным будет обнаружение всех пострадавших и оказание им первой медицинской помощи в условиях современной войны, когда в ходе боевых действий войск могут возникнуть очаги массовых поражений. В этих условиях значительно возрастает значение само- и взаимопомощи. Поэтому долг каждого солдата, матроса, офицера — хорошо знать и уметь осуществлять простейшие способы оказания первой помощи себе и товарищу как при применении огнестрельного оружия, так и оружия массового поражения.

В результате воздействия на человека огнестрельных видов оружия или поражающих факторов оружия массового поражения возникают раны, контузии, ожоги, комбинированные поражения и др.

Раной называется любое нарушение целостности кожных покровов или слизистых оболочек человека. Раны сопровождаются болью, наружным или внутренним кровотечением, повреждениями внутренних органов, а нередко и переломами костей. Все ранения приводят к нарушениям функции раненой части тела или организма в целом.

Чрезвычайно сильная боль, большая кровопотеря, ранения с повреждением внутренних органов и крупных нервных стволов нередко приводят к такому тяжелому, угрожающему жизни состоянию, каким является шок.

Одним из наиболее частых и грозных последствий ранения является кровотечение. При ранении крупных сосудов кровотечение может в течение короткого времени привести к смертельному исходу. Во время Великой Отечественной войны доля погибших на поле боя от кровотечения достигала 50% общего числа погибших.

Всякое ранение опасно и потому, что в ране развиваются попавшие в нее болезнетворные микроорганизмы, которые могут вызывать такие грозные осложнения, как нагноение раны, газовая гангрена, столбняк, общее заражение крови (сепсис) и др. Практически каждая рана содержит микроорганизмы, поскольку ранящие предметы проникают через одежду и покровы тела (кожа, слизистые оболочки), на которых имеются различные микробы.

Первая медицинская помощь при ранениях призвана обеспечить:

- остановку наружного кровотечения;
- предупреждение вторичного загрязнения раны;
- иммобилизацию (обездвижение) конечности при повреждениях кости;
- обезболивание;
- укрытие от вторичного поражения и согревание раненых;
- профилактику (предупреждение) инфекционных осложнений раны.

Для оказания первой медицинской помощи при ранениях у каждого солдата и офицера имеются:

- пакет перевязочный индивидуальный (ППИ);
- аптечка индивидуальная (АИ-1М), в которой содержатся противоболовое средство (место № 3), находя-



щееся в шприц-тубике, и противобактериальное средство (места № 5 и 6) в виде таблеток.

Кроме того, в аптечках войсковых, находящихся в боевых машинах пехоты и в танках, имеются: стерильный бинт, повязки медицинские малые стерильные, кровоостанавливающий жгут и косынка медицинская для повязок, безопасные булавки, настойка йода и раствор аммиака в ампулах.

Для оказания первой медицинской помощи раненым на поле боя могут быть использованы также подручные средства: тесьма, поясной ремень, пучки веток, личное оружие и другие.

САМО- И ВЗАИМОПОМОЩЬ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Одним из основных признаков ранения, как отмечалось, является кровотечение. Кровотечение бывает наружным, при котором кровь из раны изливается наружу, и внутренним, когда кровь из кровеносных сосудов и поврежденных органов попадает в полость тела.

Различают кровотечение артериальное, венозное и смешанное. Артериальное кровотечение возникает при нарушении целостности артерий. Особенно опасно кровотечение из крупных артерий: бедренной, подключичной, сонной, плечевой, подколенной. Смерть при их ранениях может наступить через три—пять минут. Кровотечения из артерий мелкого калибра также опасны. При артериальном кровотечении кровь ярко-красного цвета, вытекает из раны сильной пульсирующей струей.

Венозное кровотечение характеризуется более медленным истечением крови из раны. Кровь при этом имеет темно-красный цвет.

Для остановки наружного артериального кровотечения существует четыре основных способа:

- прижатие пальцем крупных артерий в местах, близких к поверхности тела;
- наложение давящей повязки;
- наложение кровоостанавливающего эластичного жгута или жгута-закрутки;
- максимальное сгибание конечности в расположенном выше суставе (при отсутствии переломов костей).

Пальцевое прижатие поврежденного сосуда выше (центральнее) места ранения позволяет временно остановить кровотечение. Прижатие артерии может быть

осуществлено концами сведенных вместе пальцев или кулаком. Усилие, которое прикладывается при сдавлении артерии, должно обеспечивать прекращение кровотечения.

На поверхности тела человека существует до 25 точек, в местах которых артерии могут быть прижаты в случае возникающего при их ранении кровотечения (рис. 1).

Общая сонная артерия (правая или левая) прижимается при кровотечении из ран шеи, лица, языка и волосистой части головы. Прижатие осуществляется по ходу сосуда большим пальцем или одновременно четырьмя остальными. Артерия прижимается к позвоночнику, при этом лицо должно быть слегка повернуто в противоположную сторону.

Подключичная артерия прижимается при кровотечении из ран, находящихся в области плечевого сустава. Прижатие артерии производят в надключичной ямке надавливанием большим пальцем в направлении снизу вверх до прекращения кровотечения. Прижатие артерии проводится после освобождения места прижатия от одежды.

Плечевая артерия прижимается при кровотечении из средних и нижних отделов плеча, из предплечья и кисти. Прижатие артерии осуществляется по ходу сосуда к плечевой кости на внутренней поверхности плеча сведенными вместе пальцами.

У раненых, одетых в зимнюю одежду, прижатие артерии должно производиться после высвобождения раненых конечностей от одежды и белья.

Бедренная артерия при кровотечении из ран нижней конечности прижимается пальцами обеих рук, либо кулаком. В обоих случаях сдавление артерии производят в направлении спереди назад в точке, находящейся снизу или на уровне паховой складки. Артерия прижимается к костям таза. При этом показателем правильного прижатия артерии пальцами или кулаком является прекращение или заметное ослабление кровотечения из раны.

Вслед за временной остановкой артериального кровотечения путем пальцевого прижатия крупного сосуда центральнее места его ранения необходимо наложить резиновый жгут или жгут-закрутку.



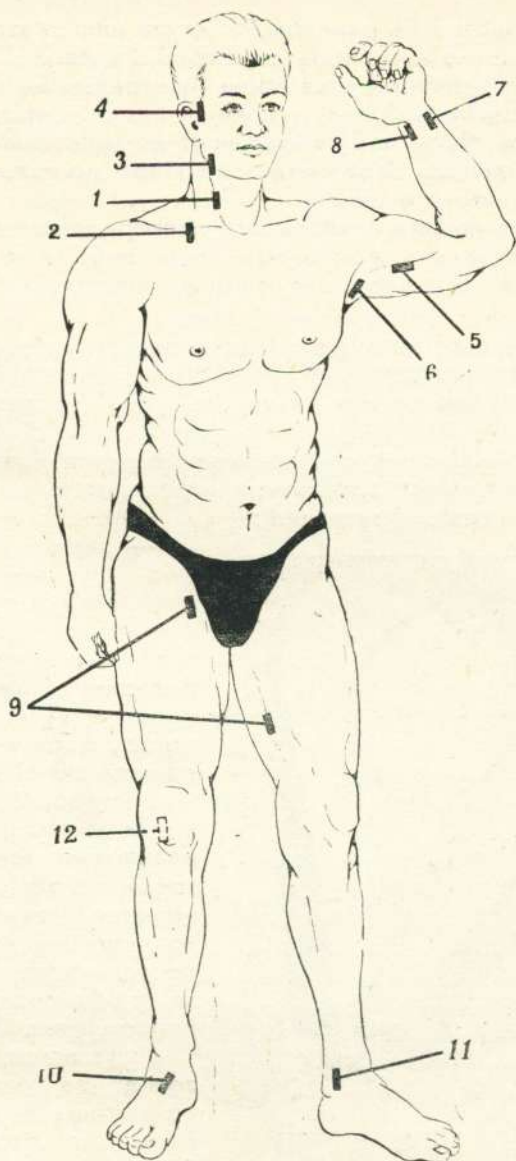


Рис. 1. Места пальцевого прижатия крупных артерий:

- 1 — сонной; 2 — подключичной; 3 — наружной челюстной; 4 — височной;
 5 — плечевой; 6 — подмышечной; 7 — локтевой; 8 — лучевой; 9 — бедренной;
 10 — артерия тыла стопы; 11 — задней большеберцовой;
 12 — подколенной

При наложении резинового жгута или жгута-закрутки необходимо выполнять следующие правила:

— жгут накладывается выше (центральнее) места ранения, возможно ближе к ране (в средней трети плеча и в нижней трети предплечья жгут не накладывается);

— конечность пережимается жгутом до полного прекращения кровотечения;

— жгут нельзя накладывать непосредственно на кожу, необходимо подложить какую-либо мягкую прокладку или накладывать жгут поверх одежды;

— следует обязательно указать время наложения жгута, для чего на видном месте делается соответствующая запись;

— после наложения жгута на рану накладывается повязка;

— во избежание соскальзывания жгута и возникновения повторного кровотечения проводится иммобилизация конечности (фиксация);

— зимой пережатую жгутом конечность следует утеплять;

— время пережатия конечности не должно превышать двух часов в теплую погоду и один—полтора часа зимой.

Резиновый жгут представляет собой резиновую ленту, у которой на одном конце имеется металлический крючок, на другом — металлическая цепочка с фиксирующимся концом (рис. 2).

Жгут накладывается вслед за пальцевым прижатием артерии, несколько отступя от пальца (пальцев), прижимающего ее. Растянутым жгутом делает-

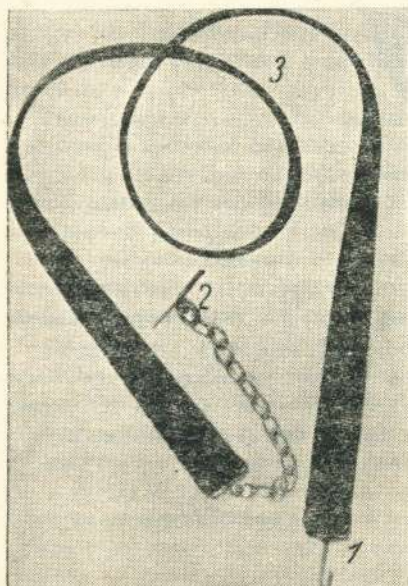


Рис. 2. Жгут резиновый ленточный:

1 — металлический крючок для фиксации жгута; 2 — металлическая цепочка с фиксатором; 3 — резиновая лента

ся несколько оборотов вокруг конечности, после чего он фиксируется крючком за кольцо цепочки.

При кровотечениях в верхней трети бедра и плеча после пережатия артерии концы жгута выводятся на наружную поверхность конечности и закрепляются: при ранении плеча — на противоположном надплечье, а при ранении бедра — на противоположной части туловища.

Для наложения жгута-закрутки используются подручные средства: тесьма, полосы материи, поясные ремни, носовые платки, куски веревки (рис. 3), а в качестве

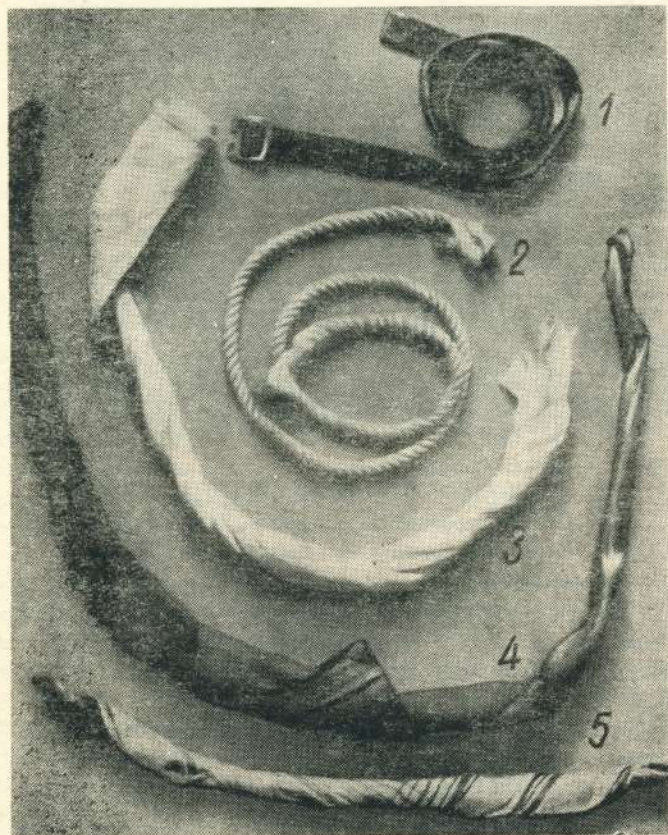


Рис. 3. Подручные средства для наложения жгута-закрутки:
1 — поясной ремень; 2 — веревка; 3 — тесьма; 4 — косынка; 5 — носовой платок

закрутки — палки, ветки, металлические стержни, куски толстой проволоки и др.

На подведенном под конечность материале, используемом в качестве жгута, делается узел таким образом, чтобы между поверхностью конечности и узлом можно было ввести закрутку и сделать ею несколько закручивающих витков (до остановки кровотечения). Закрутку необходимо фиксировать (рис. 4).

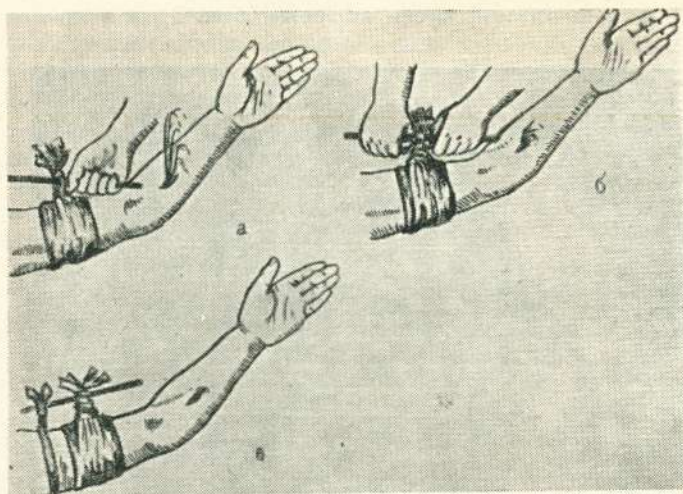


Рис. 4. Этапы наложения жгута-закрутки на конечность: а — наложение закрутки на конечность; б — закручивание закрутки на конечности палочкой до прекращения кровотечения; в — фиксация палочки

При кровотечениях из артерии в верхней трети плеча или бедра жгут-закрутка должен быть зафиксирован, как и резиновый жгут, соответственно на противоположном надплечье или противоположной части туловища.

Остановка кровотечения путем максимального сгибания конечности в вышележащем суставе применяется при сильных кровотечениях из ран, расположенных у основания конечностей, когда наложение жгута затруднено или невозможно. В этих случаях при кровотечениях из верхней конечности руку фиксируют в положении до отказа заведенной за спину, а при кровотечении из ниж-

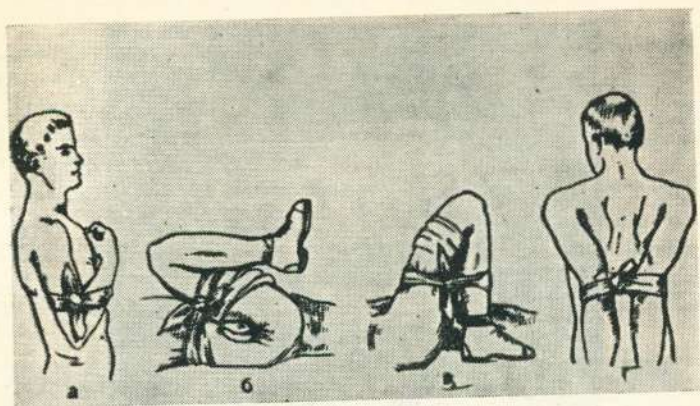


Рис. 5. Фиксация конечностей в положении максимального сгибания:

а — в локтевом суставе; б — в тазобедренном суставе; в — в коленном суставе; г — фиксация верхних конечностей при кровотечениях из подключичной, подмышечной или плечевой артерии

ней конечности — ногу закрепляют согнутой и приведенной к животу (рис. 5).

Сильное (максимальное) сгибание конечности, например, в локтевом или коленном суставах с последующей фиксацией в согнутом положении при ранениях предплечья, голени, стопы иногда бывает настолько эффективным, что исключает необходимость наложения жгута. Обязательным в этом случае является наложение на сгибающую поверхность локтевого или коленного сустава плотного ватно-марлевого валика.

Умеренное кровотечение может быть остановлено наложением давящей повязки. Рана закрывается стерильными подушечками от пакета перевязочного индивидуального и туго бинтуется. Такая повязка чаще используется при кровотечении из ран мягких тканей, расположенных ближе к кости: на голове, в области коленного и локтевого суставов, а также в некоторых случаях при ранении шеи.

Сдавление раны на шее осуществляется за счет фиксации повязки бинтом через запрокинутую с противоположной стороны вверх руку. Такая повязка может быть наложена при кровотечении из общей сонной артерии (рис. 6).



Рис. 6. Наложение давящей повязки в области шеи

НАЛОЖЕНИЕ ПОВЯЗКИ НА РАНУ

Одним из основных средств оказания первой медицинской помощи при ранении является наложение повязки с помощью пакета перевязочного индивидуального (ППИ). Правильно и быстро наложенная повязка в значительном числе случаев позволяет остановить небольшое кровотечение, предотвратить вторичное загрязнение раны, защитить ее от действия неблагоприятных факторов внешней среды (ветра, влаги, солнечных лучей), а также создать покой поврежденным тканям и органам. Все военнослужащие обязаны уметь правильно накладывать повязки при ранениях.

Для наложения повязки, кроме пакета перевязочного

индивидуального, может быть использован перевязочный материал, имеющийся в аптечке войсковой (АВ).

Пакет выдается каждому военнослужащему и является табельным средством оказания само- и взаимопомощи при ранениях и ожогах.

Пакет перевязочный индивидуальный представляет собой специально изготовленный и рационально уложенный стерильный перевязочный материал, находящийся в герметизированной прорезиненной оболочке (рис. 7). Помимо прорезиненной (наружной) оболочки,



Рис. 7. Внешний вид пакета перевязочного индивидуального

пакет имеет и внутреннюю бумажную оболочку. Он состоит из бинта $10\text{ см} \times 7\text{ м}$, двух ватно-марлевых подушечек ($32 \times 17\text{ см}$), одна из которых может перемещаться по бинту, и безопасной булавки (рис. 8). Внутренняя сторона прорезиненной оболочки, бинт и подушечка стерильны (обеззаражены). Оболочки предохраняют содержимое пакета от механических повреждений, сырости и загрязнений. Пакет перевязочный индивидуальный должен храниться в левом боковом кармане кителя. При отсутствии такого пакета, а также при обширных ранениях может быть использована повязка меди-

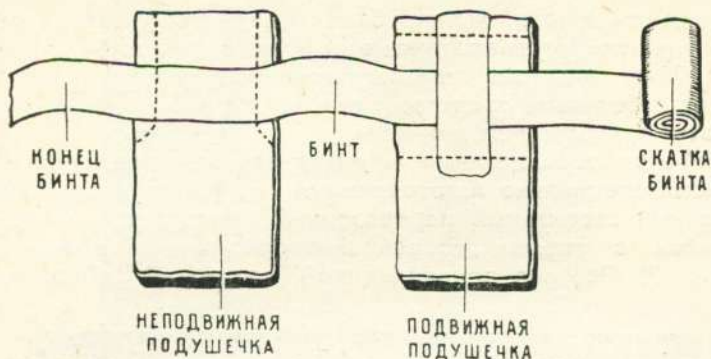


Рис. 8. Внутреннее устройство пакета перевязочного индивидуального

цинская малая или бинт стерильный, находящиеся в аптечке войсковой.

Правила пользования пакетом перевязочным индивидуальным следующие.

Вскрытие пакета следует производить после подготовки области ранения (ожога) для наложения повязки. В тех случаях, когда доступ к ране затруднен одеждой или обувью, их следует разрезать (лучше по шву). При необходимости — произвести и другие разрезы. При вскрытии пакета следует разорвать прорезиненную оболочку по ее надрезу. Из бумажной оболочки извлечь булавку, зафиксировать ее на одежде оказывающего помощь. Левой рукой удерживается конец бинта, правой — пакет разворачивается до скатки бинта. Подушечки накладывают на раны и фиксируют их круговыми ходами бинта в необходимом положении.

Подушечки могут быть в сложенном состоянии (при небольших размерах раны) и в развернутом (при обширных ранах или ожогах). Во всех случаях, чтобы не нарушить стерильности подушечек, касаться руками можно только их наружных поверхностей, которые не будут соприкасаться с раной.

При наложении повязки на рану нижней конечности она должна быть в выпрямленном положении, рука — согнутой или полусогнутой в локте и слегка отведена от туловища. Бинтование нужно производить по часовой

стрелке и начинать с наименее объемистой части бинтуемой области, постепенно переходя на более толстую (на конечностях обычно в направлении от кисти или стопы к туловищу). Повязка должна плотно закрывать рану, но не сдавливать ткань. В целях предотвращения смещения повязки ее фиксируют булавкой к одежде или специальными ходами бинта.

При ранениях головы после наложения подушечек они закрепляются круговыми ходами бинта. При ранении одного из глаз подушечки обязательно накладываются на оба глаза и закрепляются круговыми и восьмиобразными ходами бинта, проходящими через лоб и затылок. Аналогичным образом накладывается повязка при ранениях шеи (рис. 9).



Рис. 9. Наложение повязки при ранении шеи

При проникающих ранениях груди, когда повреждаются легкие и плевра и возникает возможность сообщения полости грудной клетки с наружным воздухом, развивается так называемый открытый пневмоторакс, нарушающий процесс дыхания. В этих случаях отверстие в грудной клетке должно быть закрыто с помощью резиновой оболочки перевязочного пакета индивиду-

ального. После снятия одежды через правое или левое надплечье перекидывается отдельный кусок бинта, концы которого проходят через переднюю и заднюю поверхности грудной клетки. Прорезиненная оболочка, наложенная на раневое отверстие, закрывается подушечками пакета и туго закрепляется круговыми ходами бинта и булавкой. Свободные концы бинта, ранее перекинутые по передней и задней поверхности грудной клетки и расположенные под повязкой, поднимаются и завязываются на другом надплечье. Такой прием предотвращает смещение повязки (рис. 10).

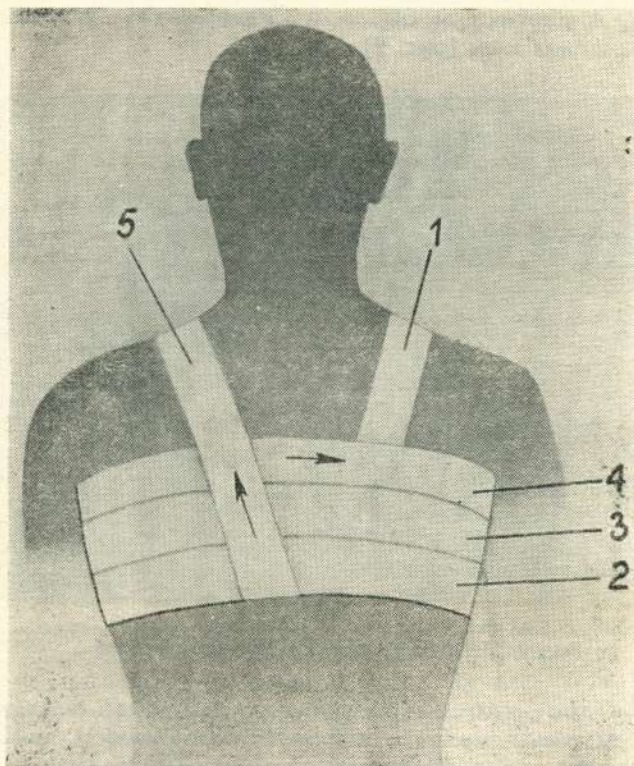


Рис. 10. Схема наложения герметизирующей повязки с помощью ППИ при проникающих ранениях груди:
1, 5 — поддерживающие ходы бинта для повязки; 2—4 — ходы бинта, закрывающие прорезиненную оболочку и подушечки

При ранениях живота, сопровождающихся выпадением внутренних органов, их закрывают развернутыми и сдвинутыми вместе ватно-марлевыми подушечками пакета. Подушечки закрепляются круговыми ходами бинта. Повязка должна быть закреплена. Давать воду или пищу раненым с проникающими ранениями живота и грудной клетки нельзя.

При ранениях таза и тазобедренного сустава могут повреждаться органы малого таза (мочевой пузырь, прямая кишка), в связи с чем раны могут быть загрязнены мочой и каловыми массами. В этих случаях необходимо по возможности очистить рану. После закрытия раны подушечками ходы бинта чередуются вокруг бедра и живота (рис. 11).

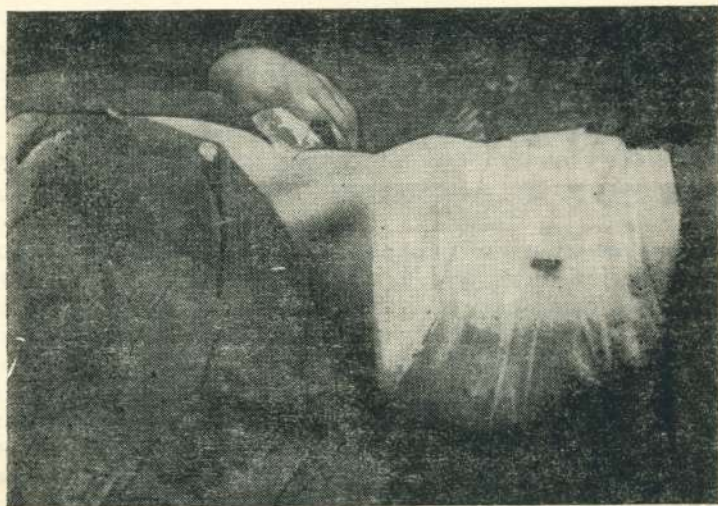


Рис. 11. Повязка, наложенная при ранении таза

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ

Переломом называется повреждение кости с полным или частичным нарушением ее целостности. В боевых условиях в результате пулевых или осколочных ранений возникают огнестрельные переломы. Огнестрельные пере-

ломы сопровождаются нарушением целостности мягких тканей и кожных покровов.

Основными признаками огнестрельных переломов являются: кровотечение, сильная боль в месте перелома, изменение формы и положения конечности, появление подвижности в необычном месте, отечность окружающих тканей, а также нарушение функции поврежденной конечности. При движении отломков кости и их ощупывании появляется хруст (крепитация). Образующиеся при переломе отломки кости могут ранить крупные сосуды и привести к вторичному кровотечению.

Переломы могут сопровождаться повреждением мышц, кровеносных сосудов, нервных стволов, внутренних органов, а при ранениях черепа — повреждением мозговой ткани.

Главным в предупреждении тяжелых осложнений при переломах костей является обеспечение полного покоя в месте перелома, что достигается созданием неподвижности в двух суставах — выше и ниже места перелома. Неподвижность конечности может быть создана с помощью стандартных транспортных шин или шин из подручных средств (доски, фанера, прутья, личное оружие и др.).

Наложение шин на конечность осуществляется поверх одежды, при этом нужно следить за тем, чтобы под шиной не было складок. Перед наложением шину следует обернуть перевязочным материалом. Раненой конечности должно быть придано наиболее удобное физиологическое положение: нижняя конечность выпрямлена, верхняя — согнута в локтевом суставе, слегка отведена от туловища или прижата к нему. Шина должна быть плотно закреплена и фиксировать выше- и нижележащие суставы конечности.

При переломах костей кисти после наложения повязки стандартная шина или шина из подручных средств накладывается на предплечье (от локтя до конца кисти, пальцы полусогнуты и обращены вниз). В кисть вкладывается ватно-марлевый валик и прибинтовывается к ней. Согнутая в локте под прямым углом конечность подвешивается к туловищу на ремне с помощью бинта, тесьмы или косынки.

При переломах костей предплечья фиксируются локтевой и лучезапястный суставы. При отсутствии подруч-



ных средств для шинирования конечность, согнутую в локте, можно прибинтовать к туловищу (рис. 12).

При переломах плечевой кости может наблюдаться изменение формы конечности, однако, недопустимо пытаться устранять деформацию конечности из-за опасности повреждения крупных сосудов и нервов. При шинировании необходимо фиксировать плечевой, локтевой и лучезапястный суставы. После наложения шины конечность прибинтовывается к туловищу несколькими



Рис. 12. Имобилизация верхней конечности при переломах костей предплечья путем прибинтовывания ее к туловищу.

оборотами бинта. Жгут, в случае, если он был наложен, должен оставаться на плече не более одного часа.

При отсутствии шин и подручных средств иммобилизацию плечевой кости при ее переломе можно также осуществить путем прибинтовывания ее к туловищу или с помощью гамачка, образованного полым кителя (рис. 13).

При переломах бедренной кости необходимо создать неподвижность в тазобедренном, коленном и голено-



Рис. 13. Иммобилизация конечности при переломах плеча путем создания для нее гамачка из полы кителя

стопном суставе. Для иммобилизации могут быть использованы такие подручные средства, как доски, палки и др. Эти предметы должны быть подогнаны и прибинтованы так, чтобы создать наибольшую неподвижность конечности. Шины должны располагаться по обе стороны поврежденной конечности. На наружную поверхность шина накладывается от подмышечной впадины, на внутренней — от промежности, концы обеих шин должны выступать за подошвенную поверхность стопы на 5—7 см (рис. 14).

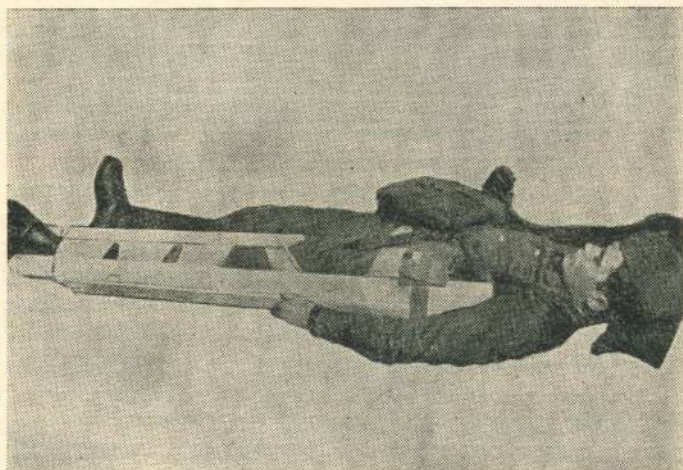


Рис. 14. Иммобилизация нижней конечности при переломах бедра с помощью реек

В тех случаях, когда оказывающий первую медицинскую помощь не имеет подходящих для иммобилизации нижней конечности подручных средств, поврежденная конечность прибинтовывается в нескольких местах к здоровой.

При переломах голени иммобилизации подлежат коленный и голеностопный суставы, а при переломах стопы — только голеностопный. Для иммобилизации также следует прибегать к помощи подручных средств, которые в каждом случае тщательно подгоняются. Если иммобилизация проведена недостаточно надежно, раненая конечность, помимо того, может быть (как

и при переломах бедра) прибинтована к здоровой.

При переломах позвоночника у раненых развиваются очень тяжелые состояния с возникновением параличей конечностей. Иммобилизация позвоночника должна осуществляться как можно раньше.

Для иммобилизации используются доски, фанера. Между телом и используемыми предметами в местах давления на кожу необходимо прокладывать мягкие прокладки (из одежды). Раненый прибинтовывается спиной к доске или фанере. Фиксация раненого к такой шине должна проводиться в области груди, таза, коленных суставов и голени. При повреждениях шейного отдела позвоночника голову раненого следует также прибинтовывать к шине (носилкам).

В тех случаях, когда повреждения позвоночника сопровождаются обширными ранениями мягких тканей спины, раненого следует укладывать на живот.

При переломах костей таза раненый укладывается на импровизированные носилки на спину. Нижние конечности согнуты в коленных и тазобедренных суставах. Под коленные суставы подкладывается валик из одежды. Фиксация раненого к носилкам проводится в области груди, таза и голеностопных суставов (рис. 15).

При переломах нижней челюсти очень часто наблюдаются смещение костных отломков и ее деформация. Эти ранения нередко сопровождаются сильным кровотечением, удушьем, шоком. При сильном кровотечении в области нижней челюсти проводится пальцевое прижатие сонной артерии на той же стороне. Затем сонная артерия может быть пережата давящей повязкой.

После остановки кровотечения и наложения повязки раненый укладывается на носилки вниз лицом. Этот прием позволяет избежать западения языка, вызывающего удушье.

Во всех случаях при тяжелых ранениях раненым необходимо вводить противоболевое средство с помощью шприц-тюбика (место № 3 в аптечке индивидуальной), а при обширных ранениях и ожогах — принимать таблетки противобактериального средства (места № 4 и 5 в аптечке индивидуальной).

Заканчивая краткое изложение основных способов и правил оказания само- и взаимопомощи при ранениях на поле боя, необходимо подчеркнуть, что прочное ус-



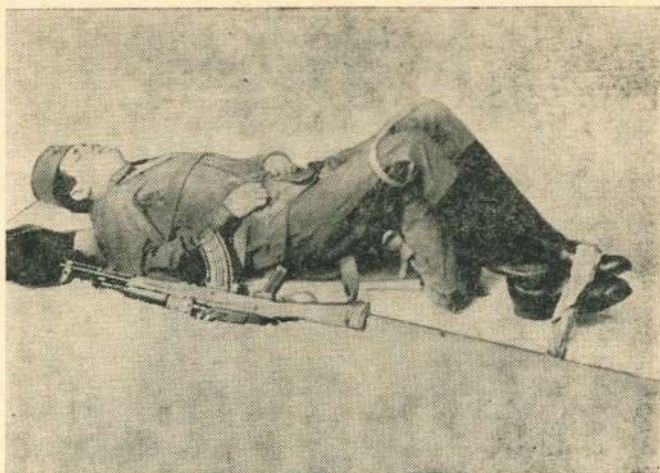


Рис. 15. Иммобилизация при ранениях костей таза с помощью импровизированных носилок

воение и умелое выполнение этих правил является одним из важных факторов сохранения высокой боеспособности частей и соединений. Отсутствие необходимых знаний и навыков в оказании раненым на поле боя первой медицинской помощи может вести в боевой обстановке к выходу из строя и гибели многих военнослужащих.

Долг каждого военнослужащего уметь правильно и быстро оказывать первую медицинскую помощь себе и своему товарищу по оружию.

Канд. мед. наук
Константин Иванович
Сергеев

САМО- И ВЗАИМОПОМОЩЬ
НА ПОЛЕ БОЯ ПРИ РАНЕНИЯХ

Редактор *С. В. Лутин*
Технический редактор *Е. М. Биспен*
Корректор *Н. А. Аблавацкая*
Обложка художника *С. П. Пятакова*

Г-162405. Зак. 4285. Формат 84×108 ¹/₃₂
Уч.-изд. л. 1,23. Подп. к печати 14.08.1984 г. Бесплатно

Военно-медицинский музей Министерства обороны СССР
191180. Ленинград, Д-180, Лазаретный пер., 2

Типография издательства Мурманского обкома КПСС
г. Мурманск, ул. К. Маркса, 18.

