

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК
И ЭКСТРЕМАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

СПЕЦИАЛЬНАЯ ВОЕННАЯ ПОДГОТОВКА

Допущено Министерством образования Республики Беларусь в качестве
учебного пособия для студентов учреждений высшего образования
по специальностям «Медико-профилактическое дело», «Фармация»,
«Педиатрия», «Лечебное дело»

В двух частях

Часть 2

Организация медицинского обеспечения войск



Минск БГМУ 2017

УДК 614.2:355(075.8)

ББК 68я73

С71

А в т о р ы: д-р мед. наук, проф., полк. м/с, нач. воен.-мед. ф-та В. Г. Богдан; канд. мед. наук, доц., полк. м/с, зам. нач. ф-та по учеб. и науч. работе, нач. учеб. отд. О. С. Ишутин; канд. мед. наук, доц., полк. м/с, нач. каф. организации мед. обеспечения войск и экстремальной медицины А. Л. Стринкевич; подполк. м/с, зам. нач. каф. организации мед. обеспечения войск и экстремальной медицины Д. В. Николаев; канд. мед. наук, доц., подполк. м/с, нач. цикла подготовки и переподготовки воен. фельдшеров каф. организации мед. обеспечения войск и экстремальной медицины Ю. А. Соколов; ст. преп. каф. организации мед. обеспечения войск и экстремальной медицины С. Ф. Суворов

Р е ц е н з е н т ы: канд. воен. наук, доц., полк. м/с, доц. военной каф. Гродненского государственного медицинского университета В. М. Ивашин; военная каф. Витебского государственного ордена Дружбы народов медицинского университета

Специальная военная подготовка : учебное пособие. В 2 ч. Ч. 2. Организация
С71 медицинского обеспечения войск / В. Г. Богдан [и др.]. – Минск : БГМУ, 2017. – 308 с.

ISBN 978-985-567-756-8.

Рассматриваются задачи, организационная структура медицинской службы Вооруженных Сил Республики Беларусь, основные вопросы медицинского обеспечения войск. Отдельные главы посвящены истории развития военной медицины, организации лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, медицинского снабжения войск, управления медицинской службой.

Предназначено для студентов 2–4-го курсов и курсантов учреждений высшего образования по специальностям «Медико-профилактическое дело», «Фармация», «Педиатрия», «Лечебное дело».

УДК 614.2:355(075.8)

ББК 68я73

Учебное издание

Богдан Василий Генрихович
Ишутин Олег Сергеевич
Стринкевич Андрей Леонидович и др.

СПЕЦИАЛЬНАЯ ВОЕННАЯ ПОДГОТОВКА

Учебное пособие

В двух частях

Часть 2

Организация медицинского обеспечения войск

Ответственный за выпуск О. С. Ишутин
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 22.05.17. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times». Усл. печ. л. 17,9. Уч.-изд. л. 21,27. Тираж 150 экз. Заказ 457.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-567-756-8 (Ч. 2)
ISBN 978-985-567-755-1

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2017

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АППИ — аптечка первой помощи индивидуальная
АС — автомобиль санитарный
БММ — бронированная медицинская машина
БМП — боевая машина пехоты
БО — биологическое оружие
БОВ — боевые отравляющие вещества
БС — биологические средства
БТР — бронетранспортер
ВМедФ — военно-медицинский факультет
ВМП — временный медицинский пункт
ВМУ МО — Военно-медицинское управление Министерства обороны
ВОВ — Великая Отечественная война
ВПП — военный полевой госпиталь
ВС РБ — Вооруженные Силы Республики Беларусь
ГВКМЦ — Главный военный клинический медицинский центр
ГО — госпитальное отделение
ИВЛ — искусственная вентиляция легких
ИПП — индивидуальный противохимический пакет
КМП — квалифицированная медицинская помощь
КТП — квалифицированная терапевтическая помощь
КХП — квалифицированная хирургическая помощь
ЛЭМ — лечебно-эвакуационные мероприятия
ЛЭО — лечебно-эвакуационное обеспечение
МГП — международное гуманитарное право
медр — медицинская рота
МККК — Международный Комитет Красного Креста
МО — медицинское обеспечение
МО РБ — Министерство обороны Республики Беларусь
МОСН — медицинский отряд специального назначения
МП — медицинский пункт
МПб — медицинский пункт батальона
МПП — медицинский пост роты
МС — медицинская сортировка
МТ-ЛБ — многоцелевой транспортер (тягач) легкий бронированный
МТО — материально-техническое обеспечение
НМС — начальник медицинской службы
НО — нелетальное оружие
обмо — отдельный батальон материального обеспечения
обс — отдельный батальон связи
ОВ — отравляющие вещества
овдбр — отдельная воздушно-десантная бригада
одшбр — отдельная десантно-штурмовая бригада
оисб — отдельный инженерно-саперный батальон

ОК — оперативное командование
омбр — отдельная механизированная бригада
омедо — отдельный медицинский отряд
ОМОВ — организация медицинского обеспечения войск
ОМОВ и ЭМ — организации медицинского обеспечения войск и экстремальной
медицины (кафедра)
ОМП — оружие массового поражения
ООИ — особо опасные инфекции
ООН — Организация Объединенных Наций
орб — отдельный разведывательный батальон
орвб — отдельный ремонтно-восстановительный батальон
ОСиЭ — отделение сбора и эвакуации
ОСО — отделение специальной обработки
ОХП — очаг химического поражения
ОШС — организационно-штатная структура
ПМК — первичная медицинская карточка
ПОЗ — подвижный отряд заграждений
ППИ — пакет перевязочный индивидуальный
ПСО — приемно-сортировочное отделение
ПСТ — пост санитарного транспорта
ПТрез — противотанковый резерв
ПЭМ — противоэпидемические мероприятия
ПЭО — приемно-эвакуационное отделение
РВ — радиоактивные вещества
РККА — Рабоче-крестьянская Красная Армия
СГМ — санитарно-гигиенические мероприятия
СДЯВ — сильнодействующие ядовитые вещества
СИ-Д — санитарный инструктор-дезинфектор
СМВ — сумка медицинская войсковая
СМП — специализированная медицинская помощь
СП — санитарные потери
СПл — сортировочная площадка
СПП — санитарные потери прогнозируемые
СПФ — санитарные потери фактические
СС — сумка санитара
СЭЛ — санитарно-эпидемиологическая лаборатория
СЭС — санитарно-эпидемическое состояние
СЭЦ — санитарно-эпидемиологический отряд
ТПУ — тыловой пункт управления
УЗ МЗ — учреждение здравоохранения Министерства здравоохранения
ФОВ — фосфорорганические отравляющие вещества
ХО — химическое оружие
ЭМЭ — этап медицинской эвакуации
ЯО — ядерное оружие

РАЗДЕЛ 3 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК

3.1. ПОНЯТИЕ О ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК КАК НАУЧНАЯ ДИСЦИПЛИНА

3.1.1. ПОНЯТИЕ И СОДЕРЖАНИЕ ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Военная медицина — это область медицинских знаний о здравоохранении Вооруженных сил (ВС) в условиях мирного и военного времени. Военная медицина включает теорию (военно-медицинскую науку) и практику (медицинское обеспечение войск).

Теория здравоохранения ВС — это совокупность научных знаний о влиянии условий военного труда на военнослужащих и методах укрепления их здоровья, особенностях возникновения и течения боевых поражений и заболеваний личного состава войск (сил), а также их профилактики и лечения, включая принципы и специальные (медицинские) методы защиты от боевых поражений, об организации медицинского обеспечения войск (сил) в различных условиях обстановки мирного времени.

Практика здравоохранения ВС — это медицинское обеспечение войск (сил).

Медицинское обеспечение войск (сил) — это комплекс организационных, санитарно-гигиенических, противоэпидемических (санитарно-противоэпидемических) и лечебно-профилактических (в военное время — лечебно-эвакуационных) мероприятий, имеющих целью сохранение, укрепление и восстановление здоровья личного состава войск (сил).

Медицинское обеспечение (МО) является составной частью системы тылового обеспечения в ВС Республики Беларусь.

Военно-медицинская служба ВС — это военно-медицинская организация, представленная специально предназначенными для этого силами и средствами, объединенными в составе ВС в специализированную систему, действующую на основе установленных принципов и правил.

Таким образом, военная медицина включает три тесно связанные и взаимодействующие составные части: *военно-медицинскую науку, военно-медицинскую практику и военно-медицинскую организацию.*

По мере совершенствования технического оснащения армии и усложнения способов ведения войны все более высокие требования стали предъявляться к изучению условий военной службы, научной разработке особенностей военной патологии, к развитию ряда специфических областей и разделов военной медицины, таких как: история военной медицины, организация медицинского обеспечения войск (ОМОВ), военно-полевая хирургия, военно-полевая терапия, военная гигиена и физиология военного труда, военная эпидемиология, военно-медицинская статистика, автоматизация управления военного здравоохранения, авиационная медицина, военно-морская медицина, военно-медицинская геогра-

фия, военно-медицинское снабжение, экономика военного здравоохранения, военная токсикология и токсикология экстремальных ситуаций, военная радиология и другие (рис. 3.1).



Рис. 3.1. Научные дисциплины и отрасли (разделы) военной медицины

Все отрасли (разделы) военной медицины связаны между собой общностью цели, которая состоит в том, чтобы выработать наилучшие по своей эффективности и вместе с тем пригодные для широкого внедрения в военно-медицинскую практику в ВС силах приемы и способы лечебной и профилактической работы.

Общими для различных отраслей (разделов) военной медицины являются условия, в которых осуществляется МО войск и протекает деятельность военно-медицинской службы: вид и характер боевых действий, величина и структура санитарных потерь (СП) личного состава, общие принципы МО вооруженных сил и другие факторы.

Вместе с тем каждая из отраслей военной медицины имеет свой определенный объект и предмет исследования, методики его изучения и практического приложения в системе МО войск.

Об основах организации медицинского обеспечения войск (сил) в мирное и военное время пойдет речь в данном учебном пособии.

3.1.2. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК КАК НАУЧНАЯ ДИСЦИПЛИНА

История отечественной военной медицины свидетельствует о разнообразии форм и методов организации МО боевых действий войск в военное время. Это разнообразие определяется, прежде всего, уровнем социально-экономического развития государства, составом и оснащённостью ВС, уровнем их боевой готов-

ности, а также масштабами и характером военных действий, применяемыми при этом средствами поражения, особенностями театра военных действий, уровнем развития медицинской науки, наличием и обеспеченностью (оснащенностью) медицинской службы эвакуационно-транспортными средствами и средствами оказания различных видов медицинской помощи и др.

При этом эффективность МО напрямую связана, зависит и определяется человеческим фактором. Ни один даже самый подготовленный в своей области врач не сможет в полной мере быть полезным на войне без знания прежде всего организационных основ военной медицины, а также знания патологии военного времени. Эти положения актуальны для всего медицинского персонала от санитарного инструктора и до медицинского руководителя самого высокого ранга. Поэтому главным условием успешного решения задач МО войск в военное время является наличие высококвалифицированных медицинских специалистов как из числа кадровых офицеров, так и офицеров медицинской службы запаса.

Именно этим целям и служит преподаваемый на кафедре организации медицинского обеспечения войск и экстремальной медицины (ОМОВ и ЭМ) военно-медицинского факультета (ВМедФ) в учреждении образования «Белорусский государственный медицинский университет» курс учебной дисциплины «Организация медицинского обеспечения войск в военное время».

3.1.2.1. История возникновения и становления организации медицинского обеспечения войск как науки и предмета преподавания

Организация медицинского обеспечения войск — это частная военно-медицинская наука об организации МО ВС в мирное время (повседневной деятельности) и военное время (военном конфликте). ОМОВ изучает опыт МО войск (сил) и условия деятельности медицинской службы в мирное и военное время, современные подходы в организации МО ВС в условиях боевой и повседневной деятельности, выявляет закономерности и определяет принципиальные основы строительства медицинской службы и организацию МО ВС, разрабатывает формы и методы этого обеспечения, соответствующие социально-экономическому уровню развития государства, военного дела и здравоохранения, а также конкретным условиям боевой обстановки.

Объектом научных исследований и **предметом** преподавания ОМОВ является организация МО ВС в различных условиях и видах их боевой и повседневной деятельности.

Задачей ОМОВ является поиск и реализация наиболее целесообразных и эффективных на данном этапе развития военного дела, военной медицины и здравоохранения страны форм и методов организации МО ВС в различных видах их боевой и повседневной деятельности с целью достижения наилучших (ожидаемых) результатов данной деятельности медицинской службы.

Возникновение любой отрасли науки и ее развитие определяются вопросами практической деятельности человека. При этом развитие науки происходит в определенной последовательности. Вначале в процессе практики происходит накопление фактов и знаний о явлениях природы или общественной жизни. Затем на определенной стадии развития возникает потребность в обобщении накопленных практических знаний и теоретическом их осмысливании, так как

только на этой основе может происходить дальнейшее совершенствование практической деятельности людей.

Начало такого обобщения и теоретического осмысливания и является исходной точкой развития науки, поскольку с этого момента начинается познание объективных закономерностей, лежащих в основе явлений и фактов, накопленных людьми в процессе их практической деятельности. И, наконец, после того как в результате научного исследования и обобщения были открыты законы науки и установлены закономерности, лежащие в основе определенных явлений объективного мира, эти законы и закономерности могут быть использованы в интересах дальнейшего совершенствования практики.

Аналогичный процесс характеризует возникновение и развитие ОМОВ и, как данную учебную дисциплину называют в Российской военно-медицинской службе, — организацию и тактику медицинской службы (в прошлом — санитарную тактику) в качестве самостоятельной отрасли военной медицины. Основной побуждающей силой, обусловившей необходимость ее возникновения, явились практические запросы МО войск. Исторические факты с полной очевидностью свидетельствуют, что ОМОВ выделилась в качестве самостоятельной отрасли военной медицины на том этапе развития последней, когда практические запросы МО войск настоятельно потребовали выработать определенные формы и методы этого обеспечения применительно к различным условиям боевой обстановки. Эти требования были вызваны усложнившейся организацией армии и самой медицинской службы, а также необходимостью выработать наиболее эффективные способы применения сил и средств медицинской службы, которые позволили бы в сложных условиях боевой обстановки наилучшим образом использовать достижения и открытия медицинской науки.

Однако развитие ОМОВ, как и других отраслей военной медицины, проходило не равномерно. На ее развитие и, в частности, на содержание научных исследований ОМОВ оказывали определяющее влияние, во-первых, социально-экономические факторы, прежде всего уровень развития производительных сил данной страны, во-вторых, уровень развития военного искусства, в частности, организация ВС и их техническая оснащенность, в-третьих, уровень развития медицинской науки и состояние дела здравоохранения данной страны.

Зависимость ОМОВ от указанных факторов будет проявляться с полной очевидностью в ходе дальнейшего изложения основных этапов развития этой военно-медицинской науки. Вначале, когда еще только происходило накопление фактов, касающихся различных сторон ОМОВ в военное время, организационно-тактические вопросы чаще всего освещались попутно в работах по военной гигиене, военно-медицинской полиции или военно-полевой хирургии. Опубликованные в этот период единичные работы, имевшие преимущественно организационно-тактическую направленность, были трудами описательного характера.

Типичным примером подобных работ является труд инспектора Санкт-Петербургской медико-хирургической академии доктора медицины и хирургии, статского советника Ильи Ивановича Энегольма (1760–1838) «Карманная книга военной гигиены или замечания о сохранении здоровья русских солдат», изданная в 1813 г. Одна из частей этой книги целиком посвящена вопросам ОМОВ на

войне, и с полным основанием может считаться одним из первых известных нам трудов по ОМОВ. Такой же описательный характер носит труд штаб-лекаря, доктора медицины и хирургии Акима Алексеевича Чаруковского (1798–1848) «Военно-походная медицина», глава 8-я 1-й части работы называется «Сражение и призрение раненых», часть 2-я работы называется «Военно-временные госпитали». В этих главах излагаются порядок оказания медицинской помощи раненым, существовавший в 1-й половине XIX ст., и организация работы лечебных учреждений. К такому типу произведений следует также отнести и работу генерал-интенданта Южной и Крымской армий во время Восточной войны 1853–1856 гг. Федора Карловича Затлера (1805–1876) «О госпиталях в военное время», изданную в Санкт-Петербурге в 1861 г.

Таким образом, поскольку военно-медицинские работы организационно-тактического характера в первой половине XIX ст. были единичными и по преимуществу описательными, об этом периоде можно говорить только как об *этапе возникновения определенных тенденций к развитию* ОМОВ (организации и тактики медицинской службы), но не о ее оформлении в качестве одной из отраслей военной медицины.

Но запросы военно-медицинской практики продолжали настоятельно выдвигать перед деятелями военной медицины задачу обобщения накопленного опыта, выявления объективных закономерностей, определяющих правильную ОМОВ, так как без этого невозможно было дальнейшее совершенствование всего дела МО войск в военное время. Тем самым назрел следующий этап развития ОМОВ — *этап выделения ее в качестве самостоятельной отрасли военной медицины*.

Начало этого этапа знаменует собой появление трудов, обобщающих опыт ОМОВ в период войн второй половины XIX ст. К ним, прежде всего, относятся труды великого русского хирурга и педагога Н. И. Пирогова (1810–1881): «Начала общей военно-полевой хирургии» (1865), «Отчет о посещении военно-санитарных учреждений в Германии, Лотарингии и Эльзасе в 1870 году» (1871) и «Военно-врачебное дело и частная помощь на театре войны в Болгарии и в тылу действующей армии в 1877–1878 гг.» (1879).

В своих трудах Н. И. Пирогов впервые в истории военной медицины широко и всесторонне подошел к проблемам ОМОВ на войне, неоднократно подчеркивая первостепенное значение организационной (административной) составляющей этого обеспечения.

Высказанные Н. И. Пироговым в своих трудах постулаты заложили научную основу для последующего развития организационно-тактических положений МО войск и являются до настоящего времени ценнейшим руководством для каждого военного врача, работающего в области военной медицины. В связи с этим Н. И. Пирогов в настоящее время вполне обоснованно признан не только «отцом военно-полевой хирургии», но и в некотором смысле основоположником ОМОВ как отдельной отрасли военной медицины.

Конец XIX – начало XX ст. был важным периодом в научном становлении ОМОВ. Основными причинами, обусловившими настоятельную необходимость научной разработки организационных вопросов МО войск именно в этот период,

следует считать, прежде всего, те изменения, которые произошли во второй половине XIX ст. в военном деле.

Численный состав армий, комплектование их на основе всеобщей воинской повинности, усовершенствование вооружения и развитие военной техники повлекли за собой усложнение организации ВС и способов ведения боевых действий. Эти изменения, в свою очередь, обусловили усложнение организации медицинской службы и МО войск. Возникла настоятельная необходимость выработать различные организационные формы этого обеспечения, соответствующие многообразным условиям боевой обстановки, в первую очередь, различным видам боя. А это потребовало изучения опыта МО войск в минувших войнах и более глубокого, чем прежде, исследования условий деятельности медицинской службы на полях сражений.

Важное значение для развития ОМОВ имели огромные успехи медицинской науки, произошедшие во второй половине XIX ст. Если еще сравнительно недавно, в начале столетия, медицинская помощь в лечение раненых и больных ограничивались весьма небольшим перечнем методов и средств, среди которых ампутационный нож хирурга занимал одно из главных мест, то во второй половине XIX ст. это положение коренным образом изменилось. Зарождение и развитие микробиологии, успехи нормальной и патологической физиологии, применение асептики, антисептики и наркоза в хирургии, установление истинных причин возникновения и рациональных методов лечения большого числа заболеваний и т. д. оказали самое непосредственное влияние на содержание работы военно-медицинской службы.

Эти достижения обусловили необходимость перестройки существовавшего ранее порядка и методов оказания медицинской помощи раненым и больным, их лечения и в значительной мере усложнили организацию работы лечебных учреждений. Работать так, как работали в свое время военно-полевые хирурги, выезжавшие на поле боя на повозке и здесь же (возле повозки или в лучшем случае в палатке) производившие ампутации, стало невозможным. Потребовалась организация операционных и перевязочных по всем правилам асептики и антисептики, госпитальных палат для оперированных раненых, изоляторов для подозрительных на инфекционные заболевания.

Возникла также необходимость дифференциации медицинской помощи на различных этапах медицинской эвакуации (ЭМЭ), обусловленная невозможностью осуществления всего объема лечебных мероприятий в непосредственной близости к полю боя. В войсках значительно развилась система рациональных противоэпидемических мероприятий (ПЭМ), появились и совершенствовались средства противоэпидемического обеспечения.

Следовательно, наряду с изменениями в военном деле, развитие и успехи медицинской науки, повлекшие за собой усложнение методов оказания медицинской помощи и лечения на войне и организации работы медицинской службы на театре военных действий, также увеличили значение организационной стороны МО войск, настоятельно потребовали изыскания наиболее совершенных и целесообразных организационных форм этого обеспечения.

Указанные обстоятельства обусловили значительный рост исследований в области ОМОВ и появление многих работ на эту тему в ряде европейских стран в конце XIX и в начале XX ст. В этих исследованиях излагались наиболее существенные вопросы ОМОВ в основных видах боя и методы руководства полевыми медицинскими учреждениями в условиях боевой обстановки, основанные на обобщении опыта работы медицинской службы во время минувших войн этого периода. Особое значение при этом имели труды, опубликованные русскими военными врачами, чему способствовал опыт, приобретенный медицинской службой русской армии в двух наиболее крупных войнах конца XIX – начала XX ст.: Русско-турецкой (1877–1878 гг.) и Русско-японской (1904–1905 гг.).

В числе этих работ следует особо отметить публикации Николая Васильевича Склифосовского — «Наше госпитальное дело на войне», «Перевозка раненых на войне», «В госпиталях и на перевязочных пунктах во время турецкой войны», записки главного хирурга Дунайской армии Николая Михайловича Кадацкого «Жизнь перевязочных пунктов в кампании 1877–1878 гг. в Европейской Турции» и труд Эйнгорда «Эвакуация и эвакуационные системы».

В это же время, наряду с отдельными монографиями и большим числом статей, посвященных различным вопросам МО войск, впервые появляются докторские диссертации. В 1885 г. например, Иваном Даниловичем Сарычевым в Москве была защищена первая докторская диссертация, посвященная организационным вопросам МО войск по теме «Об организации первой помощи раненым». По результатам деятельности медицинской службы во время Русско-японской войны 1904–1905 гг. в Императорской военно-медицинской академии были защищены две диссертации: в 1907 г. Петром Петровичем Потираловским (1872–1927) на тему «Тюренчен-Вафангоу-Лаоян в санитарно-тактическом отношении» и в 1912 г. Николаем Иосифовичем Августовским (р. 1870) «Материалы к вопросу о помощи раненым в современном морском бою» (по данным Русско-японской войны 1904–1905 гг.).

К началу XX ст. окончательно устанавливается название новой отрасли военной медицины, занимающейся изучением организационной стороны МО войск, — «Санитарная тактика». В работах немецких авторов чаще всего встречаются термины «санитарная служба на войне» (*Sanitatsdienst im Kriege*) и «оперативная санитарная служба» (*operativer Sanitatsdienst*). Французские авторы пишут о «полевой санитарной службе» и «деятельности санитарной службы на войне» (*le service de sante en campagne*). В дальнейшем почти повсеместно было принято называть эту отрасль военной медицины «санитарной тактикой» или «тактикой медицинской службы».

Из русских авторов мы встречаем впервые упоминание о «медицинской тактике и стратегии» в диссертации И. Д. Сарычева (1885). Несколькими годами позже термин «тактика санитарных войск» был применен старшим врачом финского стрелкового батальона русской армии Карлом Фердинадом Эмануэлем фон Вальбергом (1847–1920) в опубликованной им в 1889 г. на шведском, а затем в 1890 г. на русском языке брошюре «Опыт краткого руководства по тактике санитарных войск».

Возросшая сложность работы медицинской службы на войне обусловила необходимость не только научной разработки организационных вопросов МО войск, но и надлежащей подготовки военно-медицинских кадров в данном направлении. Подготовка военных врачей в области санитарной тактики начинает развертываться в большем или меньшем объеме почти во всех крупнейших европейских армиях. С этой целью в военно-медицинских учебных заведениях вводится преподавание курса «Санитарная тактика», выпускаются учебники, издаются различные учебные пособия. В это время, в частности, создается и новый тип учебного пособия, в котором организационные аспекты МО боевых действий войск рассматриваются на конкретном тактическом фоне, нередко заимствованном из опыта проведенных тактических занятий с войсками. Такие пособия для изучения ОМОВ были выпущены в России А. Докучаевым, в Германии — Фридрихом Августом Иоганном Лёффлером, в Австрии — Германом Кусманеком фон Бургнойштэдтенем и М. Хёном.

Наконец, издаются учебники по санитарной тактике, в которых более или менее систематически излагались условия работы медицинской службы на войне, ее организация и порядок МО боевых действий войск в основных его видах. В России такими учебниками в дореволюционное время были вышедший в свет в 1911 г. «Краткий курс санитарной тактики (часть пропедевтическая)» П. П. Потираловского, а в 1914 г. — «Основы санитарной тактики» Василия Васильевича Заглухинского (1877–1928)

Таким образом, к началу Первой мировой войны 1914–1918 гг. **ОМОВ (санитарная тактика) выделилась в самостоятельную отрасль военной медицины**, изучающую и разрабатывающую организационные основы МО боевых действий войск в различных военных конфликтах и условиях боевой обстановки.

Однако, несмотря на то, что отдельные представители отечественной военно-медицинской науки много сделали для научного становления и развития этой молодой отрасли военной медицины, она в дореволюционное время еще не заняла в России подобающего ей места среди других военно-медицинских наук и в системе подготовки военно-медицинских кадров. В результате ряда причин общего характера, в частности, несовершенной системы управления медицинской службой, существовавшей в Российской императорской армии, ОМОВ, как наука, не получила своего дальнейшего развития и должного признания среди военных врачей и в научных медицинских кругах и поэтому не была включена в программу обучения слушателей Императорской военно-медицинской академии.

Как известно, военные врачи в дореволюционной русской армии не являлись полноправными членами офицерского корпуса. Они относились к категории военных чиновников и не являлись организаторами и руководителями дела МО войск. Военное командование русской армии видело в военных врачах только технических исполнителей различных медицинских процедур, ответственных лишь за свою чисто врачебную работу. Организацией же МО боевых действий войск ведали начальники, не имевшие специальной медицинской подготовки, а потому не способные правильно учесть требования медицинской науки к организационной стороне этого обеспечения. Такое бесправное положение медицинской (санитарной) службы и такой порядок МО войск не создавали надлежащего

стимула для быстрого развития ОМОВ как науки и не способствовали повышению уровня медико-тактической подготовки военно-медицинских кадров русской армии.

Некоторое оживление в деле военно-медицинской подготовки врачебного состава русской армии и изучения вопросов ОМОВ произошло после окончания Русско-японской войны 1904–1905 гг. Печальный опыт этой войны отчетливо показал, насколько плохо были подготовлены военные врачи даже к той весьма ограниченной сфере их деятельности, которая отводилась для них существовавшими в русской армии законоположениями. Поэтому военное ведомство предприняло ряд мер, направленных к повышению уровня военно-медицинской подготовки врачебного состава в армии.

С 1907 г. в практику обучения военных врачей были впервые введены «санитарно-тактические упражнения», цель которых состояла в том, чтобы ознакомить военных врачей с их деятельностью в военное время. В 1911 г. приказом по военному ведомству было введено в действие «Наставление для санитарно-тактических занятий военных врачей».

Основными целями указанных занятий признавалась необходимость «выработать во враче умение: 1) обеспечить своевременную медицинскую помощь раненым на поле сражения; 2) целесообразно располагать имеющиеся в его распоряжении полевые военно-врачебные заведения, своевременно сосредоточивая их в надлежащем пункте, применительно к местности и задачам боя; 3) организовать безостановочную эвакуацию больных и раненых в тыл; 4) обеспечить военно-врачебные заведения продовольствием и предметами санитарного снабжения».

Военных врачей начинают чаще привлекать к участию в маневрах войск и в полевых поездках. Однако все эти меры не привели к сколько-нибудь существенному изменению положения самой медицинской службы и роли военных врачей в русской армии, а поэтому и не оказали значительного влияния на дальнейшее развитие ОМОВ. В период первой мировой войны вновь повторились те же основные недостатки в ОМОВ и выявилась та же организационно-тактическая неподготовленность военных врачей, которые были констатированы в русской армии еще во время русско-японской войны.

Октябрьский большевицкий переворот и смена власти в государстве, знаменовавшая собой начало нового этапа в истории человечества, коренным образом изменила задачи МО войск и положение военно-медицинской службы в системе ВС молодого Советского государства. Строительство армии нового типа — Рабоче-крестьянской Красной Армии (РККА) — потребовало иных, принципиально отличных от прошлого, основ МО войск. На этой основе в Советском Союзе возникла и развилась новая система военного здравоохранения и новая военно-медицинская организация армии — советская военная медицина, а на военных врачей впервые в истории отечественной военной медицины были возложены наряду с лечебно-профилактическими и административно-организационные функции.

Таким образом, в РККА возросла роль военного врача как организатора сложного и весьма разностороннего процесса МО войск. Это столь коренное изменение содержания и задач МО войск, в равной мере как роли и направления

деятельности военных врачей в этом обеспечении, повысило значение организационных мероприятий медицинской службы и, естественно, предъявило новые требования к подготовке военных врачей. Эта подготовка должна была обеспечить получение военными врачами знаний и навыков, необходимых им для руководства различными сторонами МО войск как в мирное, так и особенно в военное время.

Как указывал начальник Главного Военно-санитарного Управления РККА Зиновий Петрович Соловьев (1876–1928), нужно было подготовить «... врачей-специалистов военно-санитарного дела, обладающих серьезной специальной подготовкой, способных идти вровень с ходом военной мысли и дела, могущих созидать и развивать военно-санитарное дело». Все это явилось мощным стимулом к дальнейшему развитию ОМОВ как военно-медицинской науки и как предмета преподавания в вузе.

С этого момента ОМОВ становится обязательной составной частью программы подготовки военно-медицинского состава. Важное место она заняла, прежде всего, в подготовке военных врачей РККА. В 1922 г. ГВСУ РККА были созданы первые программы подготовки военных врачей по вопросам ОМОВ.

С 1924 г. «Санитарная тактика» (ОМОВ) была включена как предмет преподавания в курс высшей допризывной подготовки студентов медицинских факультетов (институтов), в том числе и нашего вуза (в то время Медицинского факультета в БГУ). С этого времени санитарная тактика является обязательным элементом (предметом преподавания и изучения) подготовки каждого врача к его деятельности в военное время.

В 1923 г. впервые за предшествующую 125-летнюю историю существования Военно-медицинской академии в ее составе учреждается штатный самостоятельный курс военно-санитарной администрации с санитарной тактикой, который в 1930 г. реорганизуется в кафедру военных и военно-санитарных дисциплин.

3.1.3. МЕТОДЫ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ОБЛАСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК

На различных этапах развития ОМОВ существовали различные подходы к изучению организационных вопросов МО войск (сил) и применялись различные методы научных исследований. Так, в конце XIX – начале XX ст. доминировал *исторический метод*, т. е. изучался опыт, приобретенный медицинской службой в минувшие годы. При этом основными материалами для такого изучения были воспоминания и впечатления участников войны, дневники и различного рода записи, сделанные во время пребывания на театре войны.

Анализ МО войск в прошлых войнах сохранил важное значение и в последующем. В настоящее время наиболее часто используются фактические материалы — отчеты и донесения о МО войск, учетные документы медицинской службы. К тому же при анализе исторических материалов стал значительно шире, чем прежде, применяться *статистический метод*, что исключает субъективизм в оценках и способствует повышению научной достоверности исследований.

В последние годы при исследовании многих сложных процессов и явлений в области ОМОВ стал широко применяться *метод математического моделиро-*

вания с использованием электронно-вычислительной техники. Это существенно облегчило и ускорило решение ряда проблем, в числе которых следует назвать автоматизацию управления медицинской службой. Кроме того, при научной разработке проблем организации МО ВС довольно широко применяется *логический метод*, а также некоторые методики *социологического метода* (методика экспертных оценок).

3.1.4. НАПРАВЛЕНИЯ ИЗУЧЕНИЯ И РАЗДЕЛЫ НАУЧНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ «ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК»

На современном этапе развития ОМОВ представляет собой обширную область медицинских знаний, в которой можно выделить 2 основных направления, отражающих ОМОВ в условиях повседневной деятельности мирного времени и в условиях военного конфликта, а также 5 разделов, изучающих особенности организации МО боевых действий войск в соответствии со структурой ВС.

В разделе *«Основы организации медицинского обеспечения ВС»* рассматриваются и изучаются общие основополагающие вопросы МО:

- содержание военной медицины;
- история возникновения и развития организационных форм МО ВС;
- задачи, организация и условия деятельности медицинской службы ВС в мирное и военное время;
- основы современной системы МО войск;
- общие закономерности и современные принципы ОМОВ в мирное и военное время;
- общие принципы управления медицинской службой;
- основы боевой и мобилизационной готовности медицинской службы ВС.

В разделе *«Организация медицинского обеспечения воинских частей и соединений»* рассматриваются и изучаются задачи и организация МО воинских частей и соединений в различных видах боевой обстановки и в условиях их повседневной деятельности.

Особое внимание при изучении данного раздела уделяется изучению организации мероприятий, проводимых штатным медицинским персоналом воинских частей и подразделений, а также организации работы войсковых ЭМЭ.

В разделе *«Организация медицинского обеспечения оперативных объединений видов ВС и родов войск»* рассматриваются и изучаются задачи и организация деятельности военных медицинских частей и военных медицинских подразделений, формируемых медицинской службой оперативных и оперативно-тактических объединений видов ВС и родов войск, а также управление ими на театре военных действий.

В разделе *«Организация медицинского обеспечения видов ВС и родов войск»* рассматриваются и изучаются задачи и организация МО видов ВС и родов войск в различных условиях мирного и военного времени, деятельность медицинской службы по управлению военными медицинскими частями и военными медицинскими подразделениями:

- задачи и организация медицинской службы видов ВС и родов войск;

- организация МО видов ВС и родов войск в единой системе медицинского обеспечения войск;
- организация МО сухопутных войск;
- организация МО ВВС и войск противовоздушной обороны;
- организация МО родов войск.

В разделе *«Организация медицинского обеспечения ВС в стратегических операциях»* рассматриваются и изучаются вопросы МО войск в операциях и общие принципы развертывания медицинской службы ВС:

- основы ОМОВ в стратегических операциях;
- организация МО объединенной группировки войск во взаимодействии с медицинскими службами Министерства внутренних дел, Министерства путей сообщения, Министерства по чрезвычайным ситуациям и другими министерствами и ведомствами;
- организационные вопросы МО войск в коалиционной войне.

3.2. ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

Самым большим позором человеческой цивилизации являются войны. Ученые подсчитали, что за последние 6 тыс. лет люди жили в мире всего 292 года. Человечество «привыкло» к войнам и до сих пор еще не очень глубоко осознало, что в современной мировой войне, если она будет развязана, победителей не будет.

По разным оценкам ученых, войны унесли жизни более 3,6 млрд человек. В этих войнах уничтожены материальные ценности на фантастическую сумму 115,13 квинтиллионов долларов (!). Но никакими суммами невозможно оценить потери культурных ценностей, уничтоженных во время войн. Это в первую очередь касается библиотек с накопленными на протяжении веков знаниями, а также шедевров архитектуры, произведений искусства и т. д.

В Первую мировую войну 1914–1918 гг. было втянуто 38 стран. Боевые действия велись на территории площадью 4,1 млн км². Из мобилизованных 74 млн человек погибло 9,5 млн, еще 20 млн умерло от ран и болезней. Впервые применено химическое оружие (ХО), которым было поражено 1,3 млн человек.

Вторая мировая война 1939–1945 гг. охватила уже 61 государство и свыше 80 % населения Земли. Военные действия велись на территории площадью 22,6 млн км². Из мобилизованных 100 млн человек погибло 55 млн. Материальные убытки составили свыше 316 млрд долларов (в ценах 1938 г.). Впервые применено атомное оружие против мирного населения японских городов Хиросима и Нагасаки, осуществлены первые попытки ведения бактериологической войны японскими милитаристами. Уже во время Второй мировой войны стало ясно: гибнут не только люди, погибает или становится непригодным среда их жизни.

Однако мировые войны ничему не научили людей. После 1945 г. состоялось по крайней мере 150 «локальных» военных конфликтов, которые унесли жизни более 20 млн человек. Несколько раз (в 1948, 1954, 1961, 1962, 1973 гг.) мир стоял у опасной черты, за которой мог вспыхнуть пожар третьей мировой войны. К счастью, этого не произошло.

Растут так называемые «боевые потери» в войнах, то есть гибель мирного населения. Если в Первой мировой войне жертвы среди мирного населения составляли 5 % в общей массе потерь, то во Второй мировой — уже 50 %. А в некоторых сегодняшних локальных конфликтах, по данным ООН, на каждого погибшего солдата приходилось девять погибших мирных жителей.

Основная характерная черта военных конфликтов последних десятилетий — применение высокоточных и других высокотехнологических систем вооружения, способных избирательно воздействовать на наиболее уязвимые объекты противника. Как правило, разрушению подвергаются объекты химического производства, атомной энергетики, транспортной и коммунальной инфраструктуры, расположенные как в зоне конфликта, так и за его пределами, в том числе в глубине территории страны.

Современным локальным войнам свойственна тенденция к увеличению их продолжительности. В силу этого интенсивность боевых действий приобретает, как правило, неравномерный и циклический характер. В связи с развитием средств вооружений огневое противоборство сторон может выходить за пределы действий группировок войск и охватывать всю территорию воюющих стран. Отсюда вытекает другая важнейшая особенность современных операций — их пространственный размах.

Еще одна характерная черта современных войн — ведение сражений, боевых действий и боев по отдельным направлениям, наличие больших промежутков в оперативном построении. Очевидно, что автономность применения группировок войск обуславливает соответствующие требования к организации обеспечения войск, в том числе медицинского.

Приведенные характеристики определяют как закономерности возникновения людских потерь в войсках, так и необходимость поддержания военно-медицинской службы в готовности к продолжительной работе при крайнем напряжении своих ресурсов, а также содержания высокоподвижных, маневренных резервов для применения как в зоне конфликта, так и за его пределами (внутри страны).

3.2.1. ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

Исходя из общих задач, стоящих перед здравоохранением в целом, перед военно-медицинской организацией ВС в военное время, в частности, стоят следующие задачи:

1) организация и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий (ЛЭМ) с целью сохранения жизни и быстрейшего восстановления бое- и трудоспособности раненых и больных и последующей постановкой их в строй;

2) организация и проведение комплекса санитарно-гигиенических и ПЭМ в целях укрепления здоровья военнослужащих, предупреждения возникновения и распространения инфекционных и других заболеваний;

3) обеспечение военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений медицинскими техникой и имуществом, а всех военнослужащих — индивидуальными средствами медицинской защиты и оказания первой медицинской помощи;

4) организация и проведение мероприятий медицинской службы по защите военнослужащих от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, а также неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды;

5) организация и проведение мероприятий по защите, охране и обороне военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений при подготовке и в ходе ведения боевых действий, а также от возможных действий диверсионно-разведывательных групп противника в собственном тылу;

6) постоянное совершенствование вопросов МО боевых действий войск на основе всемерного изучения, обобщения и глубокого анализа характера подготовки и ведения боевых действий, особенностей возникновения и течения боевой патологии у раненых и больных, современных достижений медицинской науки и практического опыта работы военно-медицинской службы в военное время;

7) подготовка военно-медицинских кадров для медицинской службы, организация и проведение мероприятий по повышению квалификации всех категорий медицинского состава;

8) участие в комплектовании ВС здоровым пополнением.

Каждая из указанных задач определяет частные задачи, выполнение которых обеспечивается выполнением определенных мероприятий.

Успешное решение 1-й задачи достигается:

– своевременным созданием группировок сил и средств медицинской службы, способных в соответствии с оперативной и тактической обстановкой осуществить выдвижение в район максимально допустимой близости к очагам СП, развернуться и обеспечить эффективное выполнение ЛЭМ;

– всесторонней организацией и проведением комплекса мероприятий по розыску, выносу (вывозу) раненых и больных с поля боя, проведением медицинской сортировки (МС) и оказанию им медицинской помощи в установленном объеме на развертываемых ЭМЭ исходя из оперативной и медицинской обстановки;

– организацией и проведением мероприятий предэвакуационной подготовки и медицинской эвакуации с использованием всех современных видов эвакуационно-транспортных средств, обладающих высокой проходимостью и обеспечивающих оптимальные условия транспортировки раненых и больных;

– организацией и проведением военно-врачебной и судебно-медицинских экспертиз, а также мероприятий военно-медицинского учета и отчетности.

Успешное решение 2-й задачи достигается:

– постоянным проведением мероприятий медицинской разведки;

– своевременным изучением и оценкой санитарно-эпидемиологической обстановки в войсках, на занимаемой ими территории и в районах предстоящих боевых действий;

– организацией медицинского контроля за условиями военного труда, соблюдением установленных норм и правил размещения, питания, водоснабжения и банно-прачечного обслуживания личного состава;

– выявлением причин и условий возникновения и распространения инфекционных и массовых неинфекционных заболеваний и отравлений (поражений) личного состава;

- организацией режимно-ограничительных (усиленного медицинского наблюдения, обсервации и карантина) и эвакуационных мероприятий при выявлении инфекционных больных с последующей обработкой очагов инфекции;
- соблюдением противоэпидемического режима на ЭМЭ;
- организацией и проведением по показаниям дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий в очагах инфекционных заболеваний;
- проведением профилактических прививок и экстренной профилактики инфекционных заболеваний;
- разработкой предложений командованию по устранению выявленных недостатков и проведению мероприятий, обеспечивающих санитарно-эпидемиологическое благополучие войск.

Успешное решение 3-й задачи достигается:

- всесторонней оценкой и планированием обеспечения медицинскими техникой и имущества военных медицинских организаций, военных медицинских частей, медицинских подразделений воинских частей;
- созданием запасов медицинской техники и имущества на складах военных медицинских организаций, военных медицинских частей и медицинских подразделений воинских частей, а также современным их пополнением;
- организацией бесперебойного восполнения расхода средств и потерь медицинской техники и имущества в период ведения боевых действий путем своевременного их подвоза, а также маневра имеющихся запасов;
- организацией технического обслуживания и ремонта медицинской техники и имущества, а также метрологического обеспечения по службе;
- организацией и ведением установленного учета и отчетности по вопросам медицинского снабжения.

Успешное решение 4-й задачи достигается:

- участием медицинского персонала в организации и проведении радиационной, химической и биологической разведки районов (мест) развертывания (сосредоточения, размещения), а также маршрутов движения военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений, обеспечении постоянного дозиметрического, химического, биологического контроля в указанных районах;
- участием медицинского персонала в оценке и прогнозировании возможных изменений обстановки, обусловленных применением противником различных видов оружия или разрушением радиационно, химически и биологически опасных объектов;
- организацией своевременного оповещения военных медицинских организаций, военных медицинских частей и медицинских подразделений воинских частей о возникновении непосредственной угрозы поражения личного состава поражающими факторами радиоактивной, химической или биологической природы, а также неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды в районах их размещения;
- участием в подготовке личного состава войск к действиям в условиях угрозы или воздействия поражающими факторами радиоактивной, химической

или биологической природы, а также неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды;

- организацией и проведением специальной обработки медицинского имущества, материальных средств и транспорта, санитарной обработки раненых и больных, а также личного состава военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений;

- обеспечением личного состава индивидуальными средствами медицинской защиты и оказания первой медицинской помощи;

- подготовкой и выделением сил и средств медицинской службы для участия в ликвидации последствий применения противником различных видов оружия, а также оказанием медицинской помощи пораженным, в очагах массовых СП и на ЭМЭ;

- организацией и проведением медицинского контроля за состоянием здоровья военнослужащих, подвергшихся воздействию поражающих факторов радиоактивной, химической или биологической природы, а также неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды.

Успешное решение 5-й задачи достигается:

- организацией и проведением комплекса оперативно-тактических и специальных мероприятий защиты, охраной и обороной объектов военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений, выполняемых в ходе инженерного оборудования районов их развертывания и выполнения мероприятий радиационной, химической и биологической защиты;

- организацией своевременного оповещения военных медицинских организаций, военных медицинских частей и медицинских подразделений воинских частей о возможном выходе противника на незначительное расстояние от развернутых объектов медицинской службы;

- использованием защитных и маскирующих свойств местности, индивидуальных и коллективных средств защиты;

- подготовкой личного состава медицинской службы к ведению оборонительных действий с использованием штатного оружия и техники.

Мероприятия по защите, охране и обороне военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений при подготовке и в ходе ведения боевых действий представляют целостный комплекс действий личного состава медицинской службы и проводятся при непосредственном взаимодействии с другими службами соединений (воинских частей).

Успешное решение 6-й задачи достигается:

- постоянным сбором, изучением, обобщением и анализом материалов о характере ведения боевых действий, об особенностях возникновения и течения боевых поражений и заболеваний, о достижениях медицинской науки и практического опыта деятельности медицинской службы в боевых условиях по организации и проведению мероприятий МО войск в современных войнах и вооруженных конфликтах;

- определением перспектив развития теории и практики военной медицины на военное время и внедрением научно-обоснованных форм и методов в систему МО войск;

– обеспечением высокого уровня боевой и специальной подготовки медицинского персонала, а также военно-медицинской подготовки личного состава войск;

– изданием учебников и учебных пособий, разработкой методических указаний, инструкций и руководящих документов, а также нормативно-правовых актов, регламентирующих организацию МО войск.

Успешное решение 7-й задачи достигается:

– созданием и всесторонним обеспечением современной учебно-материальной базы;

– созданием системы непрерывного обучения и обеспечением подготовки, переподготовки и повышения квалификации военных медицинских кадров по различным военным медицинским специальностям;

– организацией и проведением научно-практических конференций, семинаров, учебных сборов, тактико-специальных занятий и учений.

В настоящее время во всех высших медицинских учебных заведениях страны, осуществляющих подготовку врачей, имеются военные кафедры, на которых проводится подготовка офицеров медицинской службы запаса, так называемый мобилизационный резерв медицинской службы Вооруженных Сил Республики Беларусь (ВС РБ) на случай войны. На базе ВМедФ с 1 сентября 1995 г. начата подготовка военных врачей для войскового звена, а также переподготовка кадровых офицеров медицинской службы по специальности «Военно-медицинское дело» для военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений. В 2006 г. на базе кафедры ОМОВ и ЭМ ВМедФ открыт Цикл подготовки и переподготовки военных фельдшеров.

Успешное решение 8-й задачи достигается:

– организацией и проведением медицинской службой совместно с органами гражданского здравоохранения военно-врачебной экспертизы граждан, призываемых на военную службу;

– проведением комплекса оздоровительных мероприятий среди населения призывного возраста;

– высоким уровнем организации лечебно-эвакуационной работы, направленной на быстрое и качественное восстановление трудоспособности и боеспособности раненых и больных, возвращению их в строй, а также по отношению к населению призывного возраста.

Решение стоящих перед медицинской службой задач возможно лишь при всесторонней и целостной оценке всех структурных элементов системы МО ВС РБ, постоянном и своевременном внедрении перспективных подходов при формировании структуры медицинской службы ВС.

Глубокое понимание всем медицинским персоналом и личным составом медицинской службы значимости каждой из решаемых задач, несомненно, позволит обеспечить их качественное выполнение.

3.2.2. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

Организационная структура медицинской службы ВС РБ в военное время помимо общих закономерностей, определяющих ее развитие как составной части ВС, непосредственно зависит от организационной структуры, задач и характера боевых действий отдельных видов ВС и родов войск, особенностей их МО, а также от задач, возлагаемых на конкретные формирования медицинской службы.

Медицинская служба ВС в военное время состоит из следующих подразделений:

1. Органы военного управления медицинской службы — структурные подразделения медицинской службы в составе органов военного управления, объединений, соединений и воинских частей, осуществляющих целенаправленную деятельность по управлению силами и средствами медицинской службы для наиболее целесообразного их применения с целью достижения максимальной эффективности МО войск при выполнении ими поставленных задач.

Они представляют собой: военно-медицинское управление Министерства обороны (ВМУ МО); медицинскую службу командования вида ВС, командования сил специальных операций, Центра территориальной обороны; медицинскую службу оперативных командований (ОК); медицинскую службу соединений, воинских частей, организаций и военных учебных заведений.

Военно-медицинское управление Министерства обороны состоит из 2 отделов. Силами *1-го отдела ВМУ (организационно-плановых и лечебно-профилактических мероприятий)* организуется планирование МО, сбор и обработка поступающей информации, координация деятельности медицинской службы ВС с медицинскими службами других органов государственного управления, медицинскими организациями МЗ РБ, работающих в интересах ВС, а также организация и общее руководство проведением ЛЭМ.

Снабжение медицинской техникой и имуществом военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений планирует и обеспечивает *2-й отдел ВМУ (медицинского снабжения)*. Отдел руководит работой базы хранения медицинской техники и имущества, а по специальным вопросам — подразделениями медицинского снабжения военных медицинских организаций, военных медицинских частей и медицинских подразделений.

Медицинская служба командования вида ВС состоит из НМС, заместителя начальника и старшего офицера.

Медицинская служба командования сил специальных операций ВС состоит из НМС.

Медицинская служба Центра территориальной обороны состоит из НМС.

Медицинская служба оперативных командований состоит из НМС и заместителя начальника.

Медицинская служба соединений, воинских частей, организаций и военных учебных заведений представлена соответствующими начальниками медицинской службы.

2. Военные медицинские организации — самостоятельные (отдельные) военные медицинские формирования, находящиеся в непосредственном подчинении ВМУ и осуществляющие мероприятия МО в соответствии со своим предназначением. Они представляют собой: военные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь (главный военный клинический медицинский центр (ГВКМЦ), центр авиационной медицины Военно-воздушных сил и войск противовоздушной обороны); специализированные военные медицинские организации (центральная военно-врачебная комиссия, санитарно-эпидемиологический центр, база хранения медицинской техники и имущества).

3. Военные медицинские части — самостоятельные (отдельные) военные медицинские формирования, входящие в состав войсковых объединений, соединений или находящиеся в непосредственном подчинении ВМУ и осуществляющие мероприятия по МО воинских формирований, расположенных в зоне их ответственности. Они представляют собой военные полевые госпитали (ВПГ), отдельные медицинские отряды центрального подчинения, отдельные автомобильные санитарные батальоны, отдельную автомобильную санитарную роту, медицинские склады.

4. Военные медицинские подразделения — военные медицинские формирования, которые включены в штаты войсковых частей и подразделений и осуществляющие мероприятия МО своих воинских частей и подразделений в установленном объеме. Они представляют собой отдельные медицинские отряды (омедо) и санитарно-эпидемиологические лаборатории (СЭЛ) механизированных соединений, медицинский отряд специального назначения (МОСН), медицинские роты (медр) мобильных соединений, медицинские пункты (МП) соединений, воинских частей.

5. Штатный медицинский персонал воинских подразделений: врачебный персонал, средний и младший медицинский состав.

Войсковая медицинская служба представлена:

1) *в мотострелковом взводе* — санитаром-стрелком. Помимо выполнения обязанностей стрелка, санитар-стрелок участвует в розыске, оказании первой (медицинской) помощи, сборе и выносе раненых с поля боя;

2) *в роте (батарея)* — санитарным инструктором, который руководит работой санитаров-стрелков; лично оказывает первую (медицинскую) помощь тяжело раненым и тяжело больным; организует розыск, вынос (вывоз) раненых с поля боя и принимает меры к их быстрой эвакуации на медицинский пункт батальона (дивизиона) (МПб); организует и проводит санитарно-гигиенические и ПЭМ в роте; обучает военнослужащих роты приемам оказания первой (медицинской) в объеме само- и взаимопомощи. Каждый санитар-стрелок имеет на оснащении сумку санитаря (СС), а санитарный инструктор — сумку медицинскую войсковую (СМВ);

3) *в отдельном механизированном батальоне (дивизионе)* — МПб, который возглавляет начальник МПб — НМС батальона-врач, а в линейном батальоне (дивизионе) — *фельдшер*. На МПб возлагается: организация розыска и сбора раненых, их вывоз (вынос) с поля боя штатными и приданными силами и средствами; оказание раненым и больным доврачебной и первой врачебной помощи

(при наличии врача); подготовка раненых и больных к их эвакуации на последующие ЭМЭ; организация и проведение в батальоне санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, а также мероприятий медицинской службы по защите военнослужащих батальона от оружия массового поражения (ОМП); обеспечение военнослужащих средствами индивидуальной медицинской защиты, а санитарных инструкторов рот — медицинским имуществом. На оснащении МПб имеется табельное медицинские имущество и техника. Здесь содержится также некоторый запас медицинского имущества;

4) *в отдельной механизированной (воздушно-десантной, десантно-штурмовой) бригаде* — медицинской службой бригады, которую возглавляет НМС омбр (овдбр, одшбр). В подчинении НМС омбр (овдбр, одшбр), кроме вышеперечисленных сил и средств, имеются: в омбр — омедо, в овдбр и одшбр — медр и СЭЛ. На омедо (медр) возлагается: эвакуация раненых и больных из подразделений омбр (овдбр, одшбр), МПб; оказание раненым и больным квалифицированной медицинской помощи (КМП); усиление военных медицинских подразделений омбр (овдбр, одшбр) силами и средствами медицинской службы (из состава омедо, медр), обеспечение их медицинским имуществом; проведение мероприятий медицинской службы по защите военнослужащих от ОМП и ряд других задач.

5) *в оперативном командовании* — медицинская служба командования с соответствующим штатом, которую возглавляет НМС ОК.

Общее руководство медицинской службой ВС РБ осуществляет начальник ВМУ МО. По специальным вопросам МО ему подчинены НМС вида ВС, оперативных объединений, соединений и воинских частей, военных медицинских организаций, военных медицинских частей и медицинских подразделений.

Такой же порядок подчиненности и управления силами и средствами медицинской службы установлен во всех последующих ее звеньях — объединениях (ОК), соединениях (бригадах) и воинских частях.

3.3. ПОРАЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ СОВРЕМЕННОГО ОРУЖИЯ И САНИТАРНЫЕ ПОТЕРИ ВОЙСК

3.3.1. ПОРАЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ (ФАКТОРЫ) СОВРЕМЕННОГО ОРУЖИЯ

Оружие — это устройства и средства, применяемые в вооруженной борьбе для поражения и уничтожения живой силы, техники противника, включает в себя сочетание средств непосредственного поражения, средств доставки их к цели, приборов и устройств управления и наведения.

В современных ВС оружие постоянно модернизируется, совершенствуется, разрабатываются и создаются принципиально новые типы оружия.

Основными путями совершенствования современного оружия являются: повышение мощности боеприпасов; создание боеприпасов с готовыми поражающими элементами и боевое использование их в кассетном виде; увеличение дальности имеющих систем и создание систем, способных нанести поражение противнику на всю глубину; создание боеприпасов на новой основе; создание оружия по новейшим технологиям.

На современном этапе выделяют обычное оружие и ОМП. К обычному оружию относят: огнестрельное, холодное, реактивное, ракетное, высокоточное, объемного взрыва, зажигательные средства и др. К ОМП относят ядерное, химическое и биологическое.

В последние годы все большее значение придается созданию принципиально новых видов оружия, поражающее действие которых на человека, как правило, не приводит к смертельному исходу (т. н. оружие нелетального действия). Такое оружие способно нейтрализовать или лишить противника возможности вести активные боевые действия без значительных безвозвратных потерь живой силы и разрушений материальных ценностей.

К оружию, поражающее действие которого основано на новых физических принципах, можно отнести лучевое, радиочастотное, химическое и биологическое оружие нового поколения и др.

В соответствии с международным гуманитарным правом, соблюдаемым армиями большинства цивилизованных стран при поражении живой силы противника, должны использоваться лишь средства, выводящие военнослужащих из строя, не причиняя им излишних страданий и не преследуя цель непрямого лишения их жизни. Но, несмотря на это, тяжесть боевых огнестрельных повреждений в последние годы существенно возросла, хотя специально такая цель при создании новых образцов огнестрельного оружия не преследовалась. Это связано с научно-техническим прогрессом, изменением условий и форм ведения боевых действий в современной войне. Войны стали значительно более динамичными, распространяющимися на обширные территории. Появилась задача создания облегченного боекомплекта к огнестрельному оружию, допускающего его перемещение на большие расстояния с наименьшими затратами, но вместе с тем не утрачивающее своего поражающего эффекта. Решение этой задачи привело к созданию автоматического стрелкового оружия под малокалиберные пули 5,56 и 5,45 мм, обладающие высокой начальной скоростью, достигающей 990 м/с.

Непосредственное действие пули — разрыв и размозжение тканей, вступающих в непосредственный контакт с пулей. Чем больше энергия ранящей пули, передаваемая тканям, тем обширнее поражение. Мягкие ткани превращаются в сплошную массу, мелкие сосуды разрываются, кости дробятся на осколки. Крупные сосуды и нервы отталкиваются в сторону, их интима и периневрий повреждаются. Гидродинамический удар приводит к разрыву полостей — мочевого пузыря, желудка, черепа и паренхиматозных органов. Входное отверстие малого диаметра, выходное — большого.

Другой объективной причиной увеличения тяжести боевых повреждений, обусловленных современными видами обычного оружия, является совершенствование средств индивидуальной и коллективной бронезащиты. Они не могут не совершенствоваться, поскольку существует боевое оружие. Эта же причина вызывает и обратный процесс — увеличение поражающей мощи боевого оружия в целях сохранения его эффективности при использовании средств защиты.

В связи с необходимостью обеспечить возможность борьбы с живой силой противника, одетой в бронежилеты, находящейся внутри боевых машин и в полевых укрытиях, а также за кирпичными и бетонными стенами зданий при веде-

нии боя в населенных пунктах разработана бронебойная пуля для стандартизированного патрона НАТО (для винтовки M-16A), которая на дальности до 300 м пробивает 15 мм бронированную плиту. Кроме этого, разработана бронебойно-осколочно-зажигательная пуля. Усовершенствовалось и взрывное оружие, то есть неядерные средства массового поражения, которые широко применялись в военных конфликтах последних десятилетий.

3.3.1.1. Обычное оружие

Боеприпасы объемного взрыва — контейнеры, начиненные углеводородами широкого спектра воспламенения — окись этилена, метилацетилен, пропан, бутан. Боеприпасы объемного взрыва относят к одному из новых, причем наиболее эффективных видов обычного оружия, применяемого в военных целях. По своей разрушительной способности боеприпасы объемного взрыва сравнимы с ядерным зарядом небольшой мощности. Главные поражающие факторы боеприпасов объемного взрыва, как и у обычной атомной бомбы — ударная волна и световой импульс.

Механизм взрыва — образование аэрозольной смеси летучих газообразных, жидких или твердых (порошковые взвеси) веществ, которые воспламеняются совершенно случайно (достаточно, например, даже слабой, прямой искры) или с помощью специальных детонаторов. А в определенных условиях в подобном топливно-воздушном облаке может возникнуть скачкообразный детонационный процесс, проще говоря, произойти мощный взрыв, вызывающий значительные разрушения и жертвы. Основным поражающим фактором боеприпасов объемного взрыва является избыточное давление во фронте ударной волны, которое в эпицентре составляет около 30 кг/см². Кроме того, в зоне детонации всего за несколько десятков микросекунд развивается высокая температура (2500–3000 °С).

Медицинский аспект. Подобные свойства боеприпасов объемного взрыва дают основание рассматривать это оружие в качестве эффективного средства поражения неукрытой живой силы, боевой техники, укрепрайонов и отдельных оборонительных сооружений, проделывания проходов в минных заграждениях, расчистки и подготовки площадок для выброски десантов и посадки вертолетов, разрушения узлов связи и опорных пунктов при ведении уличных боев в городе.

Создаваемая при взрыве боеприпасов объемного взрыва ударная волна вызывает у людей такие поражения, как воздушная эмболия кровеносных сосудов, контузия головного мозга, множественные внутренние кровотечения ввиду разрыва соединительных тканей внутренних органов (печени, селезенки), пневмоторакс, выход глазных яблок из орбит и разрыв барабанных перепонок.

3.3.1.2. Высокоточное оружие

Наибольшее распространение при ведении боевых действий в вооруженных конфликтах последних десятилетий получило высокоточное оружие (ВТО). ВТО представляет собой комплекс, состоящий из боеприпаса с головкой самонаведения, средства его доставки, системы разведки и целеуказания, автоматизированной обработки данных и управления огнем.

Оперативно-тактические ракеты, управляемые ракеты, управляемые ракеты «воздух – земля», управляемые авиационные бомбы и кассеты, управляемые бо-

е припасы для ствольной и реактивной артиллерии обладают широкими возможностями: автоматически выбирать оптимальную траекторию полета, отслеживать маневр цели, обходить препятствия, подводить боеприпас к цели под ракурсом наиболее эффективного поражения. Дальность поражения целей в зависимости от вида боеприпаса может составлять от нескольких сот метров до 600 км с точностью поражения цели 3–10 м.

Эти боеприпасы могут быть оснащены боевой частью фугасного, осколочно-фугасного, проникающего и кассетного типов. Вероятность поражения цели возрастает при применении кассетных боеприпасов, в которых фрагментирующий материал распределяется между бомбами и минами малого калибра.

Кассетные бомбы, снаряды, боевые части ракет содержат готовые убойные элементы или фрагментированную оболочку («ананасную»), нанося поражение живой силе противника на большой площади. Оболочка, состоящая из хрупкого сплава алюминия, магния, цинка, кремния и меди, частично поделена на фрагменты и при взрыве разделяется на огромное количество осколков. Внутри и в оболочке боевой части боеприпасов, содержащих готовые убойные элементы, содержится до 300 твердосплавных шариков диаметром до 5–6 мм и массой до 650 мг. При взрыве бомбы шарики разлетаются по прямой траектории во все стороны с начальной скоростью до 1500 м/с, большой кинетической энергией и проникающей способностью. Радиус поражающего действия — 20–25 м.

Ранения, вызванные шариковыми бомбами, чаще всего бывают множественными, до 30 и даже 100 шариков, и распространяются по всему телу. При столкновении с телом шарики делают длинный, с извилистым ходом раневой канал, вызывают обширные повреждения мягких тканей, многочисленные разрывы внутренних органов и многооскольчатые переломы костей. Размеры входного и выходного отверстий ран не превышают 6–7 мм. Шарики бывают из пластмассы, прочной как сталь. Входное отверстие почти неразличимо, ранения в большей части слепые, шарики рентгеном не обнаруживаются.

Кроме шариковых боеприпасов на вооружении стран мира имеются также снаряды со стреловидными убойными элементами. В зависимости от калибра снаряда число стрелок может быть от 5000 до 12 000 штук. Дальность разлета стрелок — до 500 м, эффективность в 6 раз выше, чем у осколочно-фугасного снаряда.

Медицинский аспект. Стреловидные убойные элементы вызывают множественные ранения, обладают большой проникающей способностью, рассеиваются внутри тканей и способны наносить точечные ранения полых органов.

В структуре СП при применении этого вида оружия 50 % — множественные поражения, 60 % — поражения верхней части туловища, свыше 50 % — повреждения внутренних органов. Структура СП по локализации: ранения черепа — 13 %; лицо, челюсти, глаза — 14,3 %; позвоночник, спинной мозг — 6 %, грудная клетка — 20,6 %; живот — 7,8 %; конечности — 39,9 %.

3.3.1.3. Минно-взрывные боеприпасы

Огромное разнообразие видов и типов мин, дешевизна этого вида оружия, простота установки и сложность разминирования сделали его одним из самых опасных видов оружия, особенно в затяжных военных конфликтах.

В зависимости от назначения мины могут быть фугасными, осколочными и кумулятивными. По характеру воздействия, приводящего к взрыву, они подразделяются на контактные (нажимного, натяжного, обрывного, разгрузочного действия) и неконтактные (магнитные, сейсмические, акустические). Имеются мины, которые взрываются по истечении заданного срока (объемные мины замедленного действия) или по командам, подаваемым по линиям управления (управляемые мины).

Новым элементом в использовании взрывных устройств стало применение мин-фугасов, начиненных бензином, керосином, дизтопливом. В этом случае при подрыве разбрызгивается горящее вещество и воспламеняется не только подорвавшийся объект, но и находящиеся рядом люди. Особое место занимают диверсионные и террористические акты путем установки мин-ловушек и мин-«сюрпризов».

Разработаны и широко применяются при ведении боевых действий системы дистанционного минирования. Так, 155 мм кассетный снаряд М-692 армии США содержит 30 противопехотных мин весом до 450 г каждая. На заданной высоте мины выталкиваются из снаряда, и при ударе о землю из них выбрасывается 7 контактных усиков. Когда человек коснется усика, мина взлетает на высоту человеческого роста и взрывается в воздухе. Радиус поражения — 4,5–6 м.

Применяются для поражения живой силы противопехотные мины направленного действия с готовыми убийными элементами. Мины «Клеймер», состоящие на вооружении армий НАТО, имеют плоский призматический выгнутый вперед корпус из пластмассы, в котором несколькими слоями вмонтированы осколочные элементы (до 700 стальных шариков) и заряд взрывчатого вещества. При взрыве пучок осколков разлетается в секторе 60–90° и поражает живую силу на дальности от 25 до 180 м.

Медицинский аспект. Широкое применение усовершенствованных боеприпасов взрывного действия привело к росту числа множественных и сочетанных повреждений. Если в ВОВ они составили 13 %, то в Афганскую и Чеченскую — 32 % (в отдельных боевых операциях — 62 %). Неправильная форма осколков мин, их меньшая в большинстве случаев проникающая способность по сравнению с пулями, а также наличие бронежилетов способствуют более частому застреванию их в тканях. Применение противопехотных мин с небольшим зарядом взрывчатого вещества зачастую приводило к отрыву стопы, множественному повреждению нижних конечностей и живота. Зачастую минно-взрывные ранения сопровождаются воздействием ударной волны, приводящей к разрыву барабанной перепонки, повреждению органов грудной и брюшной полости. Кроме этого, повреждения, полученные в замкнутом пространстве (бронированной технике), могут сопровождаться термическими поражениями лица, органов дыхания, отравлением окисью углерода.

3.3.1.4. Зажигательные вещества

Для поражающего действия зажигательных веществ характерны: возможность поражения больших скоплений живой силы и техники; уничтожение и вывод из строя на длительное время крупных военных объектов; оказание психоло-

гического воздействия на людей; длительность стационарного лечения; низкая стоимость; достаточная сырьевая база.

Основу зажигательного оружия составляют зажигательные смеси на основе нефтепродуктов — напалмы (температура горения — 900–1200 °С), металлизированные зажигательные смеси — пирогели (температура горения — до 1600 °С), термиты и термитные зажигательные смеси (температура горения — до 2200 °С).

К средствам применения зажигательного оружия относятся огнеметы, гранатометы, зажигательные артиллерийские и авиационные боеприпасы. Среди авиационных боеприпасов имеются кассетные, каждый из которых содержит от 57 до 670 зажигательных бомб и вызывает площадь поражения до 0,15 км².

Медицинский аспект. При применении боеприпасов такого типа число обожженных может достигнуть 10–13 % от общего числа СП. Напалмовые ожоги отличаются большой глубиной поражения тканей: ожоги III и IV степени составляют 75,3 % (по некоторым данным — до 94 %), II–III степени — 24,3 %, а ожоги I степени — только 0,4 %. Напалмовые ожоги характеризуются высокой летальностью на месте получения травмы (до 35–50 %) и в лечебных учреждениях.

3.3.1.5. Оружие массового поражения (уничтожения)

Ядерное оружие (ЯО). Действие ЯО основано на использовании энергии, высвобождающейся при расщеплении или синтезе ядер атомов некоторых элементов. Молниеносно протекающий процесс расщепления ядер лежит в основе ядерного взрыва, процесс синтеза — в основе термоядерного взрыва. И ядерный, и особенно термоядерный взрывы сопровождаются высвобождением огромного количества энергии. Мощность ядерного (термоядерного) взрыва оценивается так называемым тротиловым эквивалентом — числом, показывающим, какое количество тротила может дать равный по мощности взрыв. В настоящее время имеются боеприпасы с тротиловым эквивалентом от десятков тонн до десятков миллионов тонн (мегатонн).

На практике различают 3 вида взрывов: воздушный (низкий, высокий и высотный), наземный (надводный) и подземный (подводный).

Основными поражающими факторами ядерного (термоядерного) взрыва являются: ударная волна, световое излучение, проникающая радиация, радиоактивное загрязнение местности и электромагнитный импульс.

Ударная волна — это распространяющаяся во все стороны со сверхзвуковой скоростью область резко сжатого воздуха со скачкообразным увеличением давления, плотности и температуры на переднем фронте. Она возникает в связи с тем, что в центре взрыва создается огромное, в десятки миллиардов атмосфер, давление, при этом на ее образование расходуется примерно 50 % высвобождающейся при ядерном взрыве энергии.

Световое излучение ядерного взрыва возникает в связи с тем, что температура взрыва достигает миллионов градусов. На образование светового излучения расходуется около 35 % энергии взрыва, при этом образуется светящаяся область больших размеров с продолжительностью свечения в несколько секунд, зависящей от калибра боеприпаса.

Проникающая радиация представляет собой поток гамма-излучения и нейтронов из зоны взрыва ядерного (термоядерного) боеприпаса. Биологиче-

ское воздействие проникающей радиации зависит от количества поглощенной тканями живого организма радиационной энергии, а также степени ионизации в них атомов и молекул.

Радиоактивное загрязнение (заражение) местности является поражающим фактором, характерным для ядерных (термоядерных) взрывов. Действие его продолжительнее остальных поражающих факторов и распространяется на значительные пространства. Источниками радиоактивного заражения являются осколки деления ядер, наведенная потоком нейтронов активность и непрореагировавшая часть заряда.

Медицинский аспект. Размеры и структура СП от ЯО чрезвычайно изменчивы и зависят от ряда факторов: количества и калибра боеприпасов, способа их применения, вида взрывов, степени инженерного оборудования местности, обученности войск мерам защиты, вида боевой деятельности войск и т. п.

В зависимости от вида ядерного (термоядерного) взрыва в связи с направленностью воздействия поражающих факторов возникает та или иная преимущественная патология.

На людей и животных **ударная волна** оказывает как непосредственное, или прямое, так и косвенное (летающими и падающими осколками зданий, сооружений) воздействие. Непосредственное воздействие ударной волны проявляется в виде различных травм: разрывы, раздавливания, множественные переломы, обширные кровотечения, повреждения внутренних органов и т. п. Косвенное воздействие — это, главным образом, травмы за счет метательного действия вторичных снарядов.

В результате воздействия на людей **светового излучения** ядерного взрыва возникают ожоги открытых участков тела, временное ослепление и ожоги глаз, а возникающие при этом пожары вызывают ожоги пламенем. Предполагается, что основная масса ожогов от ядерного взрыва на поле боя будет возникать в результате светового излучения и не более 10 % — от воздействия пламени. В городах количество обожженных пламенем может достигать до 70–80 %. Воздействуя на органы зрения, световое излучение вызывает ожог век и переднего отдела глазного яблока, ядерные офтальмии, ожоги глазного дна и адаптационное ослепление.

Воздействие **проникающей радиации** приводит к возникновению комбинированных поражений, являющихся характерным признаком ядерного очага. Воздействие радиации на человека возможно за счет как непосредственного контакта с радиоактивными веществами (РВ), попавшими на кожу, слизистые оболочки или внутрь организма, так и внешнего облучения гамма-лучами. При внешнем облучении могут возникать лучевые заболевания, как и при действии соответствующих доз проникающей радиации. Непосредственное воздействие РВ при недостаточной защите может привести к лучевым ожогам и другим поражениям кожных покровов. При этом попадание их внутрь организма практической роли не играет.

В общей структуре СП от ЯО довольно существенную роль будут играть различного рода **психогении** как результат психологического воздействия взрыва на людей.

3.3.1.6. Химическое оружие

В странах НАТО существуют 2 направления работ над новыми отравляющими веществами (ОВ): разработка более токсичных по сравнению с принятыми на вооружение и создание принципиально новых ОВ. Синтез новых ОВ, совершенствование химических боеприпасов и средств доставки ХО позволяет расширить сферу его возможного применения (использование дефолиантов, гербицидов, диверсионных ядов, таких как различные фторорганические соединения и яды растительного происхождения).

В результате применения ХО могут возникнуть очаги массовых потерь, масштабы которых могут быть сравнимы с потерями от ЯО. ХО предназначено для массового поражения людей, заражения местности, сооружений, техники, воды и продовольствия. Это оружие имеет ряд боевых свойств, совокупность которых отличает его от других видов ОМП. Большинство современных ОВ органолептически не могут быть обнаружены, так как не имеют выраженного запаха, определенного цвета и специфического вкуса. Их обнаружение возможно лишь с помощью специальных технических средств химической разведки.

Особенность воздействия ХО заключается:

- в *раннем токсическом эффекте действия*;
- *объемности действия* (заражая большие объемы воздуха, ОВ способны проникать в укрытия, танки, бронетранспортеры (БТР) и вызывать массовые поражения незащищенных людей на больших площадях);
- *продолжительности поражающего действия* (обусловлено стойкостью ОВ и возможностью создания большой плотности заражения);
- *сложностью защиты* (связано с необходимостью использования дорогостоящих табельных средств.);
- *возможностью психического воздействия на человека* (страх, паника).

К основным средствам применения ОВ относят: химические управляемые и неуправляемые реактивные снаряды (ракеты), химические артиллерийские снаряды и мины, химические авиационные бомбы и выливные приборы, химические фугасы и, наконец, термические и механические генераторы аэрозолей.

Генераторы аэрозолей ОВ предназначены для заражения больших объемов воздуха и поражения живой силы на больших площадях. В армии США на вооружение приняты как механические, так и термические генераторы. Механические генераторы предназначены для распыления сухих рецептур раздражающих веществ. Эти распылители можно переносить на руках (ранцевые распылители) или устанавливать в автомобилях и вертолетах. В термических генераторах аэрозоль ОВ создается путем его возгонки.

В результате применения ОВ возникают *очаги химического поражения* (ОХП). Под ОХП понимают территорию с находящейся на ней живой силой, боевой техникой, транспортом, запасами воды, продовольствия и другими объектами, подвергшуюся воздействию ХО. Размеры этой территории зависят от способа боевого применения ОВ, метеорологических условий, характера местности, физико-химических свойств примененного вещества и некоторых других факторов. Размеры зараженной территории в зависимости от перечисленных условий устанавливаются с помощью таблиц специальных справочников.

Медицинский аспект. Токсическое действие ОВ проявляется формой и тяжестью отравления. При смертельных поражениях отравленные погибают обычно в течение короткого времени (от нескольких десятков секунд до 2–3 суток). При тяжелых формах поражений отравленные нуждаются в длительной госпитализации, а при поражениях средней тяжести — в госпитализации на срок до двух недель. Для лечения поражений легкой степени достаточно 2–7 суток.

При организации медицинской помощи пострадавшим в ОХП очень важно учитывать не только время действия ОВ на личный состав, но и быстроту развития интоксикации. Соответственно делению ОВ на быстро и медленно действующие различают очаги поражения быстро действующими ОВ, когда симптомы интоксикации появляются в пределах часа, и очаги поражения медленно действующими ОВ, когда скрытый период длится более часа. Такое деление условно, но практически необходимо, так как дает возможность судить о степени опасности поражения в очаге и позволяет ориентироваться в резерве времени при организации помощи пораженным.

Учитывая токсические свойства современных ОВ, возможности их боевого применения, следует ожидать, что ОХП будут характеризоваться массовостью СП, возникающими в короткие отрезки времени, комбинированными поражениями у части пострадавших, длительностью воздействия стойких ОВ на людей, находящихся на зараженной территории.

Таким образом, применение ХО затрудняет розыск пострадавших, оказание им своевременной медицинской помощи, вынуждает работать личный состав в средствах защиты и организовывать срочную эвакуацию пораженных из ОХП. Размеры и структура потерь от ХО зависят от внезапности нападения, вида ОВ, масштаба и способа боевого применения, характера боевых действий, плотности войск на 1 км² территории, степени защищенности личного состава, а также от метеорологических условий. Размеры и структура СП в зависимости от перечисленных факторов определяются с помощью таблиц специальных справочников. Структура СП от ХО может быть весьма разнообразной и зависеть от боевых свойств применяемых противником ОВ.

3.3.1.7. Биологическое оружие

Биологическое оружие (БО) — боеприпасы и другие технические устройства, снаряженные бактериальными средствами или другими биологическими агентами и предназначенные для поражения людей, животных или растений. Использование БО в военных целях как средства массового поражения людей называют биологической войной.

Известны сотни возбудителей инфекционных заболеваний, однако в качестве БО могут быть использованы лишь те из них, которые являются патогенными для людей и которые можно производить в больших количествах, устойчивые во внешней среде и пригодные к аэролизации. По материалам иностранных авторов, в качестве бактериальных средств для Европейского театра военных действий отобрано около 30 возбудителей инфекционных заболеваний.

БО обладает весьма существенными боевыми свойствами. К ним относятся: способность вызывать массовые СП; продолжительность воздействия, которая зависит от характера и состава рецептур; способность распространяться само-

стоятельно; наличие скрытого периода, сложность и длительность индикации; способность проникать в негерметизированные помещения (блиндажи, землянки); возможность применения в любое время года; дешевизна; исключительная токсичность; психологическое воздействие на личный состав. Применять БО можно с самолетов (авиабомбы, генераторы аэрозолей, выливные устройства, контейнеры с насекомыми, животными и т. п.), из орудий (артиллерийские снаряды, мины, ракеты и т. п.) и с помощью специальных устройств.

Наиболее современным способом применения биологических средств (БС) является использование аэрозолей — мелкодисперсных систем, на жидких и твердых частицах которых адсорбированы микроорганизмы. При этом поражающее действие аэрозолей связано с поступлением их через органы дыхания и находится в зависимости от физической и биологической устойчивости во внешней среде. Физическая устойчивость, в свою очередь, зависит от характера местности, скорости ветра, турбулентности, атмосферных осадков, размера диспергированных частиц, а биологическая — от вида возбудителя, его переносимости солнечной радиации, влажности и температуры воздуха.

Наиболее вероятными объектами применения БС являются: войска, находящиеся на формировании, отдыхе и в районах сосредоточения, ракетные войска стратегического назначения, аэродромы, авиабазы, корабли и военно-морские базы, порты, железнодорожные узлы, промышленные и административные центры, сельскохозяйственные угодья, базы снабжения, водные источники. Кроме аэрогенного пути заражения БС, возможны и другие: алиментарный, контактный, трансмиссивный. Однако аэрогенный путь (аэрозоли) является самым эффективным.

Медицинский аспект. Размеры и структура СП от БО чрезвычайно изменчивы и зависят от ряда факторов. Среди них особое значение имеют: размер зараженной площади, количество личного состава, попавшего под воздействие БО, длительность его воздействия, состав и характер примененных противником рецептов (вид возбудителя, его устойчивость во внешней среде), степень иммунобиологической защиты личного состава, наличие и использование индивидуальных и коллективных средств защиты, санитарно-гигиенические условия, проведение изоляционно-ограничительных и других защитных мероприятий и др.

Первичные СП от внезапно примененного БО могут составить 30–50 % от числа лиц, попавших под воздействие аэрозольного облака. К этим потерям спустя некоторое время могут добавиться и вторичные в количестве 15–20 % за счет контактных случаев заражения.

Таким образом, СП от БО при применении контагиозных форм возбудителей могут достигнуть 50–65 %. При отсутствии фактора внезапности и правильной организации биологической защиты войск, при средней тренированности личного состава в использовании защитных средств потери могут составить не более 5–10 %.

Вариабельность СП от БО предопределяет важнейшую задачу командования и медицинской службы — организацию биологической защиты войск, которая основана на предупреждении внезапности применения противником БС, повышении защитных возможностей личного состава и правильной организации режимно-ограничительных мероприятий.

В последние годы появились сведения о возможности использования инфразвукового, микроволнового, лазерного, генетического, этнического и другого оружия.

Инфразвуковое оружие — это один из возможных видов оружия, основанный на использовании направленного излучения мощных инфразвуковых колебаний с частотой менее 16 Гц. Инфразвуковые колебания воздействуют на центральную нервную систему, внутренние органы, органы зрения. При частоте 6–7 Гц может наступить смерть от остановки сердца, разрушения сосудов и внутренних органов. Более высокие частоты вызывают панический страх. Инфразвук хорошо проникает в укрытия, бронированные машины.

Микроволновое оружие основано на использовании микроволнового излучения. Исследования показали, что интенсивное ультразвуковое излучение дециметрового диапазона вызывает картину внутреннего ожога с коагуляцией тканей. Генераторами подобных излучений могут быть приборы типа радара или лазера.

Лазерное оружие — один из возможных видов оружия, основанных на использовании лазерного излучения. Мощные световые пучки могут вызывать ожоги сетчатки глаза, кожи.

Генетическое оружие воздействует на генетическую структуру человеческого организма путем применения мутагенов — веществ, способных воздействовать на генетическую структуру человека. Огромные успехи науки и техники создали возможность не только познавать природу, но и изменять ее. Появилась возможность воздействовать на природную среду в военных целях. Появились термины: «экоцид», «терроцид», «экологическая война», «геофизическая война».

Геофизическое оружие — использование сил природы в военных целях путем активного воздействия на физические процессы, которые проходят в твердой (литосфере), жидкой (гидросфере) и газообразной (атмосфере) оболочках земли. Это создание единичных землетрясений, мощных приливов типа «цунами», ливней, смены температурного режима районов земли, горных обвалов и снежных лавин.

Метеорологическое оружие (война) — это использование регулирования погоды в военных целях. Основным методом ведения метеорологической войны является рассеивание в воздухе частиц веществ (частиц йодного серебра или йодистого свинца), которые вызывают выпадения осадков.

3.3.1.8. Нуклонная реакция и реакция аннигиляции

Наиболее опасным видом ОМП может быть оружие, созданное на иных, чем ядерная и термоядерная реакция, принципах — это нуклонная реакция и реакция аннигиляции.

Нуклонная реакция — расщепление нуклонов (протонов, нейтронов) на субэлементарные частицы — кварки. Во время этого процесса происходит выделение энергии в тысячу раз больше, чем при современных ядерных реакциях.

Реакция аннигиляции — соединение материи и антиматерии, вследствие чего возникает квант света с коэффициентом полезного действия близким к 100 %. При этом выделяется максимально возможное количество энергии (на единицу массы в 1000 раз больше, чем при термоядерной реакции).

3.3.1.9. Нелетальное оружие

Во многих странах мира разрабатывается оружие различных типов, которое способно остановить или отвлечь внимание противника, сведя при этом к минимуму вероятность смертельного исхода или материального ущерба для обеих сторон и получившее название нелетального оружия (НО). Приоритетным направлением считается создание НО, воздействующего именно на личный состав противника. К НО относят поражающие средства, основанные на разных принципах поражающего действия:

- стрелковое оружие, применяющее пули и гранаты из резины, дерева или других пористых или легких материалов;
- лазерные ослепители, приводящие к поражению органа зрения лиц, пользующихся оптическими приборами;
- акустическое оружие (генераторы, работающие в инфразвуковом диапазоне частот и приводящие к снижению боеспособности подразделений);
- химические средства — пенообразующие, клейкие, быстротвердеющие составы, ингибиторы и активаторы реакций окисления, психотропные аэрозоли,
- ОВ психогенного действия.

НО уже покинуло стены исследовательских лабораторий и прошло проверку в «горячих точках» планеты: в Гаити, Сомали, Боснии и Герцеговине. СП при применении НО могут не только варьировать по величине и структуре, но и приводить к появлению совершенно новых видов боевой патологии. Указанные современные методы и способы ведения боевых действий могут не только влиять на величину и структуру СП, но и привести к появлению совершенно новых видов СП.

3.3.2. ОБЩИЕ, БЕЗВОЗВРАТНЫЕ И САНИТАРНЫЕ ПОТЕРИ, ИХ КЛАССИФИКАЦИЯ

3.3.2.1. Классификация потерь

Все потери в живой силе, которые несут войска во время войны, получили название *общие потери*, или потери боевые людские. Они неоднородны и подразделяются на безвозвратные и санитарные, некоторые ученые выделяют категорию временно выведенных из строя.

К *безвозвратным потерям* относят убитых, попавших в плен, пропавших без вести, погибших в результате чрезвычайных происшествий.

Под *санитарными потерями* сегодня принято понимать раненых и больных, потерявших по состоянию здоровья боеспособность (трудоспособность) на срок не менее одних суток и поступивших в военные медицинские организации (медицинские подразделения).

Некоторые авторы СП предлагают еще называть *возвратными*. В немецкой литературе, например, для выделения группы получивших огнестрельные ранения применяется термин «blutige Verliste» — «кровавые потери» (в их число включают, кроме раненых, еще и убитых).

Важнейшим предметом учета в военно-медицинских подразделениях, частях и организациях в военное время являются раненые и больные, поступившие на лечение и утратившие боеспособность. В зависимости от причин, вызвавших утрату боеспособности, СП подразделяются на боевые и небоевые.

Боевые санитарные потери включают всех военнослужащих, получивших боевые поражения (ранения, закрытые травмы, ожоги, поражения ОВ, проникающей радиацией и бактериальными средствами), а также лиц с острыми реактивными состояниями, отморожениями, полученными в период боевых действий.

Боевые СП обусловлены, прежде всего, прямым или косвенным воздействием поражающих факторов современных видов оружия, а также некоторых неблагоприятных факторов внешней среды, связанных с военной обстановкой.

По видам примененного оружия различают боевые СП от обычных видов оружия и от ОМП (ядерного, химического и биологического).

По видам поражений различают механические повреждения (ранения, закрытая травма), термические и радиационные поражения, поражения ОВ, микробными рецептурами или токсинами, с острыми реактивными состояниями, а также комбинированные поражения.

В группу **небоевых санитарных потерь** входят в основном больные и (или) лица, получившие небоевую травму (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Классификация потерь в живой силе (общих потерь) во время войны

В практических целях для оказания медицинской помощи и лечения иногда целесообразно группировать больных в зависимости от видов оказываемой им медицинской помощи: терапевтические больные, инфекционные больные, больные психоневрологического профиля, кожно-венерические больные и др.

Помимо этиопатогенетической классификации СП в практической работе медицинской службы применяется так называемая оперативная классификация, которая предусматривает разделение общих СП на две группы: **раненые** и **больные**.

Термины «раненные» и «больные» являются собирательными понятиями. Они относятся ко всем военнослужащим, имеющим раны, закрытые травмы, ожоги, соматические заболевания, отморожения, поражения проникающей радиацией, ОВ и т. д.

В зависимости от воздействия разных видов оружия или различных поражающих факторов одного вида оружия различают комбинированные, множественные и сочетанные поражения.

Комбинированными считаются поражения, связанные с различными видами оружия (например, огнестрельное ранение + поражение ОВ) или различными поражающими факторами одного и того же вида оружия (например, ожог, травма + поражение ионизирующим излучением в результате воздействия ЯО).

Сочетанными ранениями считаются ранения нескольких анатомических областей одним ранящим снарядом, например, торакоабдоминальные.

К **множественным** относят ранения несколькими ранящими снарядами одного вида оружия одной или нескольких анатомических областей.

3.3.2.2. Величина и структура санитарных потерь

Величина (количество) санитарных потерь — СП военнослужащих (населения), выраженные в абсолютных числах.

Структура санитарных потерь — процентное отношение различных категорий раненых, больных и пораженных к общему числу СП от всех или отдельных видов оружия. Из табл. 3.1 и 3.2 видно, что качественная характеристика СП ранеными и больными, с хирургической и терапевтической патологией в различных войнах и вооруженных конфликтах весьма вариабельна.

Таблица 3.1

Соотношение потерь ранеными и больными в русской армии в различных войнах

Войны	Потери, в %	
	ранеными	больными
Крымская (1853–1856 гг.)	18,7	81,3
Русско-турецкая (1877–1878 гг.)	1,9	98,1
Русско-японская (1904–1905 гг.)	34,7	65,3
Первая мировая (1914–1918 гг.)	49,5	50,5
Гражданская (1918–1922 гг.)	8,08	91,92
Великая Отечественная (1941–1945 гг.)	65,3	34,7
Республика Афганистан (1979–1989 гг.)	11,4	89,6
Чеченская Республика (1994–1999 гг.)	51,7	47,3
Чеченская Республика (1999–2002 гг.)	63,3	36,7

Таблица 3.2

Структура СП по виду поражающего фактора в различных войнах, %

Вид поражающего фактора	ВОВ, 1941–1945	Афганистан, 1979–1989	Чеченская республика	
			1994–1996	1999–2002
Ранения	93,4	62,3	58,9	57,2
Травмы (в т. ч. контузии)	3,5	32,6	33,1	33,1
Термические поражения	3,1	–	5,7	6,2
Комбинированные поражения	–	5,1	2,3	3,5
ВСЕГО	100,0	100,0	100,0	100,0

В структуре СП *по тяжести состояния* все раненые, пораженные и больные могут быть распределены на четыре категории.

Легкораненые (легкопораженные, легкобольные) — лица, у которых отсутствует угроза для жизни, способные к самостоятельному передвижению и обслуживанию, не имеющие повреждений полостей, глазного яблока, переломов длинных трубчатых костей, повреждений крупных сосудов и нервов, с поверхностными ожогами не более 1 % и прогнозируемым сроком лечения не более 60 суток. По окончании лечения легкораненые возвращаются в строй без изменения категории годности к военной службе. Понятие «легкораненый» не соответствует понятию «легкое ранение». Легкораненые могут иметь легкие ранения со сроком лечения до 20 суток и ранения средней тяжести со сроком лечения от 20 до 60 суток.

Раненые (пораженные, больные) *средней тяжести* занимают промежуточное значение между тяжело- и легкоранеными (тяжело- и легкопораженными, тяжело- и легкобольными).

Тяжелораненые (тяжелопораженные, тяжелобольные) — группа военнослужащих, у которых ранение, поражение или заболевание вызывает изменение жизненно важных органов, имеется угроза для жизни. Они беспомощны и нуждаются в длительном лечении и постоянном уходе.

Раненые и больные с ранениями и повреждениями *в крайней степени тяжести*, по данным разных авторов, могут составлять от 3 до 7 % (в среднем 5 %).

Структура СП в локальных войнах и вооруженных конфликтах современности существенно изменяется, резко увеличивается число раненых, пораженных и больных с тяжелыми и крайне тяжелыми повреждениями, возрастает число сочетанных и множественных поражений. Если во Второй мировой войне 1939–1945 гг. множественные ранения составили 14,2 %, то в современных локальных войнах они достигают 25–62 %. По опыту ВОВ до 30 % раненых выходили с поля боя самостоятельно, а 70 % доставлялись различными способами: на руках — 20 %, носилках — 30 %, плащ-палатке — 20 %.

В табл. 3.3 представлена структура СП по тяжести ранений в зависимости от применяемого противником оружия.

Таблица 3.3

Распределение раненых от обычного оружия по степени тяжести, %

Вид оружия	Степень тяжести, %			
	легкая	средняя	тяжелая	крайне тяжелая
Огнестрельное	35	30	25	10
Боеприпасы объемного взрыва	45	40	10	5
Высокоточное оружие	20	10	20	50
Зажигательные смеси	15	55	20	10

Весьма вариабельна также и структура СП в разных войнах и военных конфликтах современности в зависимости от локализации ранения (табл. 3.4, 3.5).

Таблица 3.4

Структура раненых по локализации повреждений в различных войнах

Локализация ранений	ВОВ 1941–1945	Вьетнам (США) 1957–1975	Афганистан 1979–1989	Чечня 1994–1996	Чечня 1999–2002
Голова, шея и позвоночник	11,9	15,7	14,4	36,7	28,9
Грудь	10,6	12,2	11,2	7,4	8,2
Живот	2,4	7,1	6,9	4,5	4,9
Таз	6,0	3,9	3,7	3,5	4,8
Верхние конечности	34,5	26,3	24,0	18,6	17,4
Нижние конечности	34,6	34,8	39,8	29,3	35,8
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 3.5

Структура раненых по локализации и характеру повреждений

Локализация повреждений	Изолированные	Множественные	Сочетанные
Голова	35,9	22,9	37,3
Шея	0,9	0,5	2,3
Грудь	5,1	3,5	18,2
Живот	3,4	3,1	9,3
Таз	2,7	3,0	6,7
Позвоночник	1,2	0,4	1,8
Верхние конечности	18,9	25,2	12,8
Нижние конечности	31,9	41,4	11,6
Итого	100,0	100,0	100,0

3.3.2.3. Прогнозирование санитарных потерь

Прогноз величины и структуры СП является одним из важнейших факторов, определяющим подготовку (планирование и организацию) к МО боевых действий войск.

СП войск — важнейший элемент медицинской, тыловой и оперативной обстановки. Сведения о фактической величине и структуре СП — информация, необходимая руководителям медицинской службы для решения следующих задач:

- оперативного управления МО войск (управление сортировкой, диагностикой, лечением и эвакуацией, распределение потоков раненых и больных, решение задач высвобождения лечебных учреждений и др.);
- контроля за эффективностью, своевременностью и преемственностью ЛЭМ, проводимых медицинской службой;
- своевременного информирования командования о состоянии МО войск;
- организации и планирования МО войск;
- изучения и научного обобщения результатов деятельности частей и учреждений медицинской службы.

На величину и структуру СП существенное влияние могут оказать следующие условия или факторы:

- задачи войск, тип, характер и интенсивность боевых действий;
- численность и соотношение сил и средств противоборствующих сторон;
- вид и свойства применяемых видов оружия и масштабы его применения;
- возможности своевременного оборудования и эффективного использования средств и способов защиты личного состава войск от поражающих факторов различных видов оружия;
- характер местности и степень ее инженерного оборудования;
- климатические и географические факторы, а также время суток ведения боевых действий;
- санитарно-эпидемическое состояние (СЭС) войск и занимаемого ими района;
- своевременность и адекватность снабжения материальными средствами;
- морально-психологическое состояние войск, обученность военнослужащих и наличие у них боевого опыта.

Поэтому прогнозирование величины и структуры возможных санитарных необходимо осуществлять с учетом указанных выше условий и факторов.

В контексте вышесказанного словосочетание «санитарные потери» как категория показывает долю пострадавших от общего числа военнослужащих или населения и имеет отношение к деятельности руководителей медицинской службы или здравоохранения.

В данной связи А. Б. Белевитиным с соавторами (2009) выделено два понятия: санитарные потери фактические (СПФ) и санитарные потери прогнозируемые (СПП).

О величине и структуре СПФ мы подробно рассказали в предыдущем разделе данной главы. Скажем только, что СПФ — это число раненых и больных, поступивших на ЭМЭ за сутки или больший период времени, т. е. реальные, фактические данные, передаваемые из медицинских учреждений по подчиненности и получаемые должностными лицами в органах управления медицинской службы в виде донесений. Это обезличенные сведения, имеющие отношение к периоду оперативного управления и планирования МО войск в реальных боевых действиях или на учениях.

СПП, или ожидаемые, возможные, вероятные потери — это число раненых и больных, определяемое (рассчитываемое, прогнозируемое, принимаемое) должностными лицами органов управления заблаговременно на этапе планирования МО войск в предстоящем бою (операции), т. е. прогнозные или расчетные (виртуальные) данные о величине и структуре СП в предстоящих операциях. Об СПП мы поговорим далее в связи с тем, что нам предстоит разобрать методики расчета и прогнозирования СП.

Итак, понятие СПП имеет отношение к учениям, оперативной подготовке офицеров органов управления медицинской службы, периоду планирования МО войск в предстоящих операциях, особенно в первых операциях, когда раненых на ЭМЭ еще нет. В этой связи наиболее подходящим определением может быть «ожидаемые санитарные потери».

Напомним, что в настоящее время прогнозирование величины и структуры СП является ключевой процедурой в научной дисциплине ОМОВ, задачах оперативной подготовки и учебном процессе на профильных кафедрах в медицинских учебных заведениях. С проблемой прогноза или расчета СП связано совершенствование организационно-штатной структуры (ОШС) соединений, частей и учреждений медицинской службы. Понимание сути этого вопроса является исключительно важным при разработке (проведении) командно-штабных учений, в том числе компьютерных, и для совершенствования оперативной подготовки должностных лиц медицинской службы.

Итак, суть мероприятий по расчету (прогнозированию) СП военнослужащих во время военного конфликта и тем самым планирование и подготовка самой медицинской службе к боевой работе заключается в следующем. Расчет СП производится в отношении каждого из применяемых противником средств поражения: обычного (огнестрельного) оружия, ОМП, новых видов оружия, а также и в отношении СП больными.

СП определяются за сутки ведения боевых действий, бой или операцию в целом и на период выполнения ближайшей задачи.

Расчет СП за бой, операцию и по задачам соединения (воинской части) в операции, а также среднесуточные СП отражаются в абсолютных числах и в процентах к общей численности личного состава.

Распределение прогнозируемых СП производится в воинской части по каждому подразделению, в соединении — по каждой воинской части, в объединении — по каждому соединению. Результаты расчета СП сводятся в таблицу, которая является разделом пояснительной записки плана МО.

Для прогнозирования СП с учетом всех изложенных факторов существуют три метода:

- *исторический, или архивный*, позволяющий учитывать опыт предшествующих боевых действий как своей армии, так и армий других государств на различных театрах;

- *экспериментальный* — включает все возможные эксперименты (например, опыты на животных при испытании новых видов оружия) и учения (командно-штабные, с привлечением войск и мобилизационных ресурсов, военно-медицинские и др.);

- *расчетный*.

На основании исторического опыта и экспериментальных данных предложено ряд показателей и расчетных формул, которые позволяют с достаточно большой точностью рассчитывать вероятные СП в реальной обстановке и в соответствии с ними планировать МО.

Например, исторический опыт свидетельствует, что в период ВОВ стрелковый полк за день наступательного боя терял от 2–3 % до 20–25 % личного состава и более. Чаще всего среднесуточные потери полка составляли в наступлении 8–12 %, в обороне — 6–10 % от количества личного состава. При ведении боевых действий в г. Грозном наибольшие СП ранеными отмечались в январе-феврале 1995 г. и составили около 50 % от общего числа СП. По мере стабилизации военной обстановки количество больных (начиная с июля 1995 г.) стало

превышать количество раненых. Минимальное число больных (30,2 %) соответствовало периоду наиболее напряженных боев в г. Грозном, максимальное (43,5 %) — завершающему этапу операции.

Если учесть особенности первых оборонительных боев начала войны, которые будут отличаться особой напряженностью, то есть основание считать, что СП могут быть еще более значительными. Максимальными они будут при бое в полосе обеспечения, за передний край обороны, особенно на направлении главных усилий противника, при обороне важных государственных объектов, а также при разрушении радиационно, химически и биологически опасных объектов. Таким образом, в условиях современной войны величина СП может быть значительно больше (в 1,5–2 раза) чем во время ВОВ, особенно при применении противником различных видов современного оружия (ВТО, боеприпасы объемного взрыва и др.).

Для прогнозирования СП могут быть использованы различные методики расчета. При наличии необходимого количества времени в период планирования МО, а также возможности получения всесторонней информации обо всех элементах предстоящих боевых действий целесообразно использовать научно обоснованные формулы расчетов. Эти формулы включают коэффициенты для каждого указанного элемента боевых действий, а в качестве основного коэффициента принимается коэффициент, отражающий расчетные данные о возможных средних размерах ежедневных потерь войск при ведении различных видов боевых действий.

Для расчета СП по данной методике НМС проводит подробный анализ условий предстоящей операции (боя), способных повлиять на размеры СП. Оценивая характер и степень влияния всех конкретных условий (факторов), элементов и особенностей предстоящих боевых действий, влияющих на возможную величину безвозвратных и СП, НМС вносит соответствующие коррективы в расчетные средние показатели размеров ежедневных безвозвратных и СП. Такая оценка возможных потерь производится в отношении каждого из средств поражения, применяемых противником (огнестрельное, радиационной, химической и биологической природы), а также в отношении СП больными.

В настоящее время медицинская служба для определения количества СП применяет ряд методов (принципов) прогнозирования СП с учетом наиболее важных факторов. К таким методам относятся: прогнозирование минимальных и максимальных СП; прогнозирование величины СП в зависимости от интенсивности ведения вооруженных конфликтов, вида боевых действий, этапов операции; от вида оружия, направления главных усилий (главного удара), количества предполагаемых общих потерь, методики ускоренных расчетов СП.

Прогнозирование минимальных и максимальных СП. Определяются минимальные и максимальные расчетные величины СП. При этом медицинская служба должна стремиться к созданию необходимого резерва сил и средств медицинской службы с учетом максимальных возможных СП.

Прогнозирование в зависимости от интенсивности ведения вооруженных конфликтов. Боевые действия в современных локальных военных конфликтах отличаются различной интенсивностью и аритмичностью. Поэтому

целесообразно распределить их на конфликты с низкой, средней и высокой интенсивностью, при этом рассчитывать не среднесуточные, а среднемесячные СП, которые, охватывая более продолжительный анализируемый период, дают более объективное представление о величине СП.

Показатели среднемесячных СП в зависимости от интенсивности вооруженного конфликта могут колебаться в значительных пределах. При этом СП должны рассчитываться на месяц по формуле:

$$СП = Н \times К / 100,$$

где Н — средняя численность личного состава группировки за отчетный месяц; К — средний среднемесячный показатель потерь (табл. 3.6).

Таблица 3.6

Показатели среднемесячных санитарных потерь войск в вооруженных конфликтах различной интенсивности

Интенсивность конфликта	Показатели СП в % к численности личного состава		
	минимальный	максимальный	средний
Высокая	2,4	4,2	3,3
Средняя	1,74	2,1	1,9
Малая	1,0	1,5	1,2

Однако для локальных войн и вооруженных конфликтов характерно неравномерное распределение общих и СП среди подразделений и воинских частей. Так, наибольшие потери несут те подразделения и воинские части, которые непосредственно участвуют в боевых действиях (боевые группы) (табл. 3.7). Поэтому наряду с определением потерь в группировке в целом необходимо при планировании специальных операций в зоне конфликта прогнозировать возможные СП различных войсковых формирований по среднесуточным показателям.

Таблица 3.7

Среднесуточные СП войск в локальных войнах и вооруженных конфликтах

Формирования	Показатели СП, в % к численности личного состава		
	минимальный	максимальный	средний
Боевая группа полка, бригады	1,0	3,3	2,0
Боевая группа дивизии	0,7	1,5	1,0

При этом потери должны рассчитываться по формуле:

$$СП = Н \times К \times Д,$$

где Н — численность личного состава формирования, для которого прогнозируются потери; К — соответствующий коэффициент среднесуточных СП; Д — планируемая длительность операции.

Прогнозирование величины СП в зависимости от вида боевых действий основано на том, что в различных видах боевых действий идентичные воинские части (соединения) понесут различные потери. Например, предполагается, что СП механизированной бригады в обороне с применением обычного оружия составят 6–10 %, а в контрнаступлении — 10–15 %.

Прогнозирование величины СП в зависимости от этапов операции основано на том, что в различные этапы (периоды) стратегических операций предполагаются различные общие (санитарные) потери.

Прогнозирование величины СП в зависимости от вида оружия основано на том, что величина и структура СП существенно изменяется в зависимости от вида оружия. Особенно величина СП возрастет при применении ОМП. Кроме вида оружия необходимо учитывать и его мощность.

Прогнозирование величины СП в зависимости от направления главных усилий (главного удара) основано на том, что величина СП на направлении главного удара значительно больше, чем на направлении другого удара противника.

Прогнозирование величины СП в зависимости от количества предполагаемых общих потерь. При данном методе штабом соединения (воинской части) вначале определяются предполагаемые общие потери с учетом предстоящего вида боевых действий, соотношения боевой мощи сторон, морально-психологического состояния, инженерного оборудования района боевых действий и других важнейших факторов. Затем с учетом соотношения количества убитых к раненым в предстоящем виде боевых действий определяется количество возможных СП. Данный метод прогнозирования является наиболее перспективным. Это положение основано на следующих фактах:

– в течение войн XIX, XX и начала XXI вв. соотношение количества убитых к количеству раненых в зависимости от вида боевых действий было достаточно устойчивое;

– при расчете предполагаемых санитарных величин медицинская служба использует средние величины СП в зависимости от вида боевых действий, вида оружия, вида соединения (воинской части), периода операции, но при этом все расчеты привязаны к численности личного состава и не учитывают в полной мере влияния других важных факторов;

– у штаба воинской части (соединения, объединения) гораздо больше информации о предстоящих боевых действиях (соотношение боевых потенциалов противоборствующих сторон, тактико-технические данные вооружения и военной техники, инженерное оборудование района боевых действий, более точная оценка морально-психологического состояния личного состава своих войск и противника и т. д.), а также больше возможностей в использовании электронных вычислительных машин, чем у соответствующего НМС, следовательно, будет и более точный прогноз общих потерь.

Методики ускоренных расчетов СП. Так как в военное время планирование МО войск проводится в сжатые сроки, могут применяться методики ускоренных расчетов СП.

Считается, что среднесуточные потери больными в современной войне составят около 0,1 % от численности личного состава войск в условиях благоприятной санитарно-эпидемиологической обстановки, а при неблагоприятной — 0,2 %. При этом около 60–70 % из них будут нуждаться в лечении в стационарных условиях.

При применении противником ОМП могут быть использованы следующие методики:

1. Расчет СП от ЯО с использованием специальных планшетов. Данный метод основан на координатном законе поражения (вероятность поражения человека зависит от его расположения от эпицентра взрыва). Он позволяет быстро определить величину СП в зоне взрыва.

2. Определение СП с помощью расчетных графиков (по Н. Г. Иванову).

3. Расчет среднесуточных СП войск с реактивными состояниями (обратимые психические расстройства, возникающие в результате применения современного оружия) могут составить 0,1–0,3 % от численности личного состава войск (некоторые авторы считают, что величина СП с реактивными состояниями будет существенно больше — до 70 %).

4. Рассчитывать величину среднесуточных СП войск от БО необходимо в пределах 0,2–0,3 % от численности личного состава войск ОК. При этом возможная величина СП от БО в воинских частях и соединениях не рассчитываются в связи с кратковременностью общевойскового боя, а пораженные ботулотоксином учитываются как СП от ХО.

Таким образом, на основе вышеизложенного можно утверждать, что:

1. Наиболее точным прогнозированием возможных СП будет использование НМС информации от штаба воинской части об предполагаемых общих потерях (с учетом соотношения боевой мощи сторон и других важных факторов) и использование соответствующего коэффициента соотношения убитых и раненых в зависимости от вида боевых действий.

2. В случае отсутствия необходимой информации об общих потерях личного состава в предстоящих боевых действиях НМС предлагается брать за основу среднестатистические данные по СП (с учетом вида боевых действий, вида оружия, этапа операции, направления главного удара и т. д.), а также использовать упрощенные методики расчета СП.

При прогнозировании структуры возможных СП необходимо учитывать также некоторые тенденции ведения боевых действий в военных конфликтах последних десятилетий:

1. В структуре СП увеличилась доля раненых со средней и тяжелой степенью тяжести. Объясняется это следующими причинами: увеличением доли раненых с множественными и сочетанными ранениями за счет увеличения количества осколочных ранений, на долю которых приходится более 60 % всех ранений (см. табл. 3.6), а также увеличением применения ВТО, при котором увеличивается доля раненых с тяжелой и крайне тяжелой степенью (см. табл. 3.5).

С каждым новым вооруженным конфликтом увеличивается масштаб применения ВТО. Особенно растет количество использования крылатых ракет. Если в ходе операции «Буря в пустыне» за 43 дня воздушной кампании по противнику выпустили 282 крылатые ракеты типа Томагавк (англ. BGM-109 — Tomahawk), то в операции «Свобода Ирака» за 15 суток — около 700.

2. В структуре СП будет значительный удельный вес военнослужащих с психической травмой («реактивные психозы», «пораженные психогенного профиля», «боевой стресс»). Анализ МО боевых действий войск в военных кон-

фликтах последних 3–4 десятилетий показывает, что значительный удельный вес в структуре пораженных может составлять категория лиц, временно утративших боеспособность психогенного профиля.

Во время арабо-израильской войны в 1973 г. на 100 случаев боевых потерь приходилось 40–50 случаев психической травмы. В период операции «Буря в пустыне» в 1991 г. такую травму получили до 30 % офицеров и солдат иранской армии. Около 20 % военнослужащих армии США, эвакуированных из зоны боевых действий, имели расстройства психики. Отдаленными проявлениями такой патологии являются последствия расстройства психики: «синдром Персидского залива», «Вьетнамский синдром», «Афганский синдром», «Чеченский синдром» и т. п. Среди обследованных военнослужащих, принимавших участие в обеих контртеррористических операциях в Чеченской Республике, около 70 % имели астено-депрессивные и психотические реакции различной степени выраженности, требующие мероприятий психологической и фармакологической коррекции.

В случае проведения «масштабной» войны, особенно с применением ОМП, количество военнослужащих с реактивными психозами будет значительным.

Кроме того, возрастает вероятность применения противником так называемого психотропного оружия, последствия воздействия которого на личный состав войск в настоящее время трудно оценить. Его использование, несомненно, значительно увеличит количество лиц с психической травмой.

3. В современных военных конфликтах, как правило, значительно ухудшается экологическая обстановка в районе ведения боевых действий, что будет способствовать росту заболеваний в первую очередь острыми инфекционными болезнями как военнослужащих, так и гражданского населения.

В большинстве стран увеличилось количество радиационно, химически и биологически опасных объектов, при разрушении которых вероятность воздействия поражающих факторов на военнослужащих очень велика. В ходе вооруженного конфликта может быть преднамеренное или случайное (косвенное) разрушение таких объектов, что может вызвать не только общие людские потери среди военнослужащих и гражданского населения, но и значительно ухудшить экологическую обстановку в регионе.

Так, например, по свидетельству независимой группы ученых, работающих в Ливии (Surveying and Collecting Specimens and Laboratory Measuring Group), в этой стране ими были найдены следы обедненного урана. Как отметил член группы ученых Махди Дариус Наземроа, места, где проводились исследования, подвергались воздушным атакам неоднократно и в разное время. Пробы, взятые с мест бомбардировок, были переданы в лабораторию Института атомной энергии Ливии. Лабораторный анализ с применением индуктивно-связанной плазмы показал, что в некоторых местах уровень содержания урана даже превысил ожидаемый. Повышенный уровень радиации был зафиксирован в воронках от натовских бомб и на осколках снарядов.

4. Изменилась структура СП по виду поражающего фактора.

5. Изменилась структура ранений по локализации повреждений (см. табл. 3.6, 3.7).

6. Обращает на себя внимание относительно высокий удельный вес больных, который практически во всех войнах составляет около половины и более всех СП (за исключением ВОВ, где этот показатель был 34,7 % от общей величины СП) (см. табл. 3.1–3.3).

Таким образом, в войнах конца XX – начала XXI вв. по сравнению с войнами первой половины XX века в структуре СП отмечаются следующие тенденции:

- в распределении ранений по локализации отмечается увеличение доли повреждений головы, шеи и позвоночника; несмотря на снижение доли ранений верхних и нижних конечностей, они по-прежнему будут наиболее распространенными (около 50–60 %);

- в распределении по тяжести ранений увеличится доля тяжелых и крайне тяжелых раненых и уменьшится доля с ранениями средней тяжести;

- в распределении по виду поражения при применении обычного оружия по-прежнему основная доля придется на ранения, травмы и термические поражения, при этом увеличится доля травм и ожогов;

- в распределении по видам ранений увеличится доля множественных и сочетанных ранений;

- в распределении СП по профилю потерь отмечается, что СП хирургического профиля в современных вооруженных конфликтах составляют около 40–50 %;

б) при низкой интенсивности боевых действий возрастает доля СП терапевтического профиля.

Таким образом, на основе прогнозирования и последующего расчета величины и структуры СП в дальнейшем определяется потребность и рассчитываются силы и средства самой медицинской службы для проведения мероприятий сбора и эвакуации раненых с поля боя и оказания им различных видов медицинской помощи.

3.4. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК

Одним из важнейших разделов МО войск является организация и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий (ЛЭМ). От того, насколько своевременно и четко будут организованы оказание медицинской помощи раненым и больным, их эвакуация и дальнейшее лечение будет зависеть жизнь, а также прогноз на выздоровление раненых и больных.

Правильная организация ЛЭМ является актуальной не только в условиях военного времени, но и в условиях мирного времени.

3.4.1. СУЩНОСТЬ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК

Система лечебно-эвакуационного обеспечения войск (ЛЭО) — это вид деятельности медицинской службы, часть системы МО войск, направленные на проведение мероприятий по своевременному оказанию медицинской помощи раненым, пораженным и больным, последовательному и преемственному их лечению в сочетании с эвакуацией в военные медицинские организации, военные

медицинские части и подразделения, а также лечебные организации Министерства здравоохранения, действующие в интересах ВС в военное время.

Система ЛЭО включает следующие ЛЭМ:

– розыск раненых, пораженных и больных, оказание им первой медицинской помощи, сбор, вывоз (вынос) с поля боя и очагов СП в места сосредоточения раненых и больных, на медицинские посты рот (МПР), посты санитарного транспорта (ПСТ), медицинские пункты (МП) воинских частей и подразделений;

– оказание раненым и больным различных видов медицинской помощи на ЭМЭ в установленном объеме;

– подготовку к эвакуации и эвакуацию раненых, пораженных и больных из мест сосредоточения раненых и больных (МПР, ПСТ, МП) подразделений, воинских частей, соединений в омеда механизированных бригад, медр воздушно-десантной и десантно-штурмовой бригад, ВПП, ГВКМЦ и УЗ МЗ, обеспечивающие оказание квалифицированной и СМП раненым и больным;

– лечение раненых, пораженных и больных в военных медицинских организациях, частях и подразделениях, а также лечебных организациях Министерства здравоохранения до исхода ранения (заболевания);

– проведение мероприятий медицинской реабилитации раненых и больных.

3.4.2. ПОНЯТИЕ ОБ ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Медицинская помощь (кроме первой и доврачебной помощи) раненым, пораженным и больным оказывается в военных медицинских организациях, частях и подразделениях, а также учреждениях здравоохранения Министерства здравоохранения (УЗ МЗ), развернутых в определенной последовательности от фронта в тыл, которые принято называть этапами медицинской эвакуации.

Этап медицинской эвакуации — силы и средства медицинской службы, развернутые на путях медицинской эвакуации, обеспечивающие прием, регистрацию, временное размещение, МС раненых, пораженных и больных, оказание им медицинской помощи, лечение в установленном для данного этапа объеме и подготовку их по показаниям к дальнейшей эвакуации.

Основными ЭМЭ в современной системе ЛЭО являются: МП соединений, воинских частей; омеда механизированных бригад; медр воздушно-десантной и десантной штурмовой бригад и бригады специального назначения; ВПП; ГВКМЦ и УЗ МЗ, функционирующие в интересах ВС.

В соответствии с принципиальной схемой развертывания ЭМЭ в его составе развертываются следующие основные функциональные подразделения (отделения) (рис. 3.3):

- управление военной медицинской части или организации (штаб);
- приемно-сортировочное отделение (ПСО);
- эвакуационное отделение;
- отделение (площадка) специальной обработки;
- отделения для оказания медицинской помощи;
- отделения для временной госпитализации и лечения нетранспортабельных раненых, раненых, нуждающихся в симптоматической терапии, легкораненых;

- диагностическое отделение (рентгеновский кабинет, лаборатория);
- изоляторы для временного размещения инфекционных больных и больных с психомоторным возбуждением;
- отделение медицинского снабжения (аптека, медицинские склады);
- подразделения обеспечения (кухня, столовая, вещевой и продовольственные склады, электростанция, отделение связи, автомобильные отделения);
- площадки для размещения (посадки) автотранспорта и авиатранспорта.

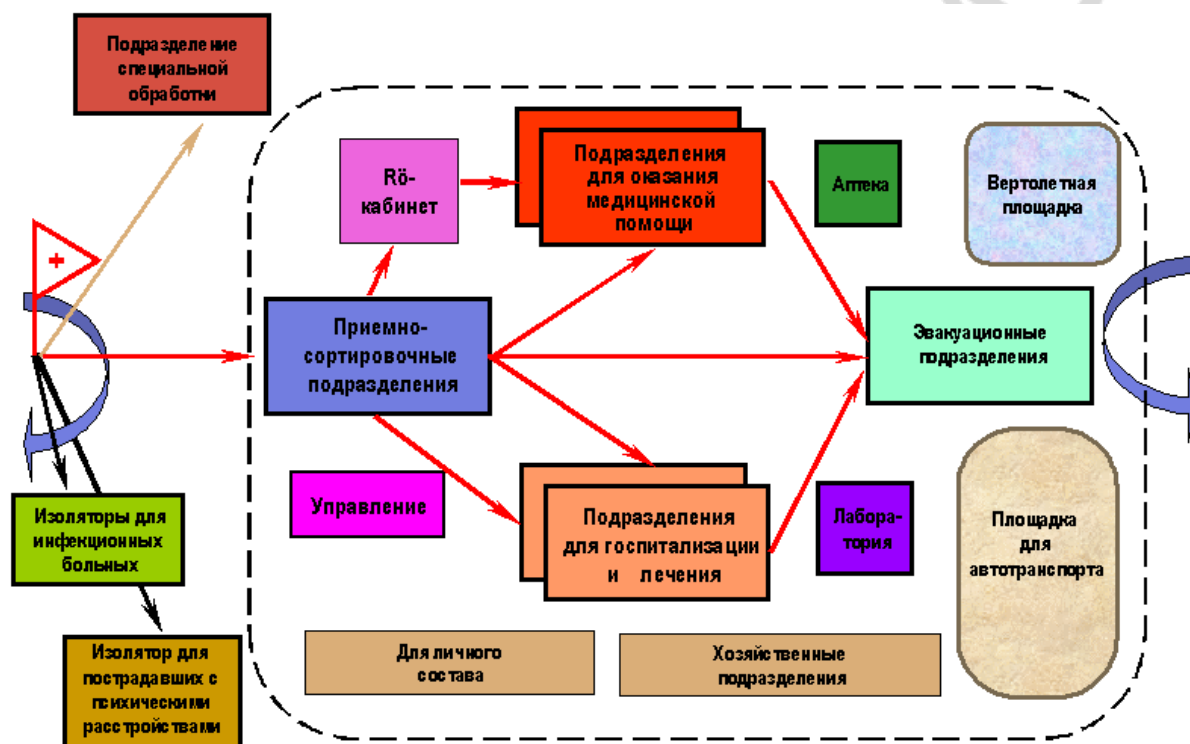


Рис. 3.3. Принципиальная схема разворачивания ЭМЭ

3.4.3. ВИДЫ И ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОКАЗАНИЯ

В военное время и в условиях чрезвычайных ситуаций мирного времени отсутствует возможность проводить необходимые лечебно-профилактические мероприятия в местах возникновения СП, их проведение осуществляется на ЭМЭ, то единый лечебный процесс приходится расчленять на отдельные группы лечебных мероприятий, которые могут быть выполнены на этих этапах при создании определенных условий. Перечень мероприятий каждой группы определяют как вид медицинской помощи.

Вид (уровень) медицинской помощи — определенный перечень (комплекс) лечебно-профилактических мероприятий, проводимых медицинским персоналом и личным составом войск военнослужащим при их ранениях (поражениях) и заболеваниях на поле боя и на ЭМЭ.

В настоящее время выделяют следующие виды медицинской помощи:

- 1) первая (медицинская) помощь;
- 2) доврачебная (фельдшерская) помощь;

- 3) первая врачебная помощь;
- 4) квалифицированная медицинская помощь (КМП);
- 5) специализированная медицинская помощь (СМП);
- 6) медицинская реабилитация.

Каждый конкретный вид медицинской помощи определяется местом ее оказания, подготовкой лиц, ее оказывающих, и наличием необходимых условий и оснащения для ее оказания.

Первая (медицинская) помощь оказывается самими пострадавшими в порядке само- и взаимопомощи, санитарями-стрелками, водителями-санитарами и санитарными инструкторами на месте ранения или в ближайшем укрытии, а также в местах сбора раненых и больных или на МПР.

Доврачебная помощь оказывается фельдшером в МП (воинской части, подразделении).

Первая врачебная помощь оказывается врачом в МП (соединения, воинской части, подразделения, имеющего по штату врача), а также в медр.

Квалифицированная медицинская помощь оказывается штатным медицинским персоналом в омедо, МОСН, ВПГ, лечебных организациях Министерства здравоохранения.

СМП оказывается штатным медицинским персоналом в ГВКМЦ и специализированных лечебных организациях Министерства здравоохранения.

Первая (медицинская) помощь направлена на временное устранение причин, угрожающих жизни раненых, пораженных и больных, уменьшение тяжести последствий ранения (заболевания), предупреждение развития опасных осложнений и подготовку их к эвакуации.

Таким образом, цель проведения мероприятий первой (медицинской) помощи — посредством проведения простейших медицинских пособий спасти жизнь раненому (пораженному, больному), а также предупредить или уменьшить тяжелые последствия ранения (поражения) и возникновение осложнений.

Мероприятия первой (медицинской) помощи оказываются непосредственно на поле боя, на месте ранения (поражения), в очаге СП или в ближайшем укрытии самим пострадавшим или военнослужащими в порядке само- и взаимопомощи, а также санитарными инструкторами, водителями-санитарами и санитарями-стрелками подразделений с использованием как индивидуальных средств профилактики и оказания медицинской помощи, так и табельного оснащения медицинского персонала.

При оказании первой (медицинской) помощи используются предметы индивидуального медицинского оснащения военнослужащих, входящие в состав АППИ самого пострадавшего, в том числе: пакет перевязочный индивидуальный (ППИ), индивидуальный противохимический пакет (ИПП), жгут кровоостанавливающий резиновый, лекарственные средства, используемые для противошоковой (противоболовой) и антидотной терапии и кровоостанавливающей функции, а также индивидуальные средства профилактики и оказания медицинской помощи оказывающего помощь и содержимое СС, СМВ, имеющейся на оснащении санитарных инструкторов и санитаров.

Первая (медицинская) помощь включает в себя:

- извлечение раненых из боевых машин, труднодоступных мест, освобождение из-под завалов, вынос (вывоз) с поля боя, из очагов пожаров, мест, зараженных ОВ, РВ и БС;
- тушение горячей одежды и зажигательной смеси, попавшей на тело;
- устранение асфиксии путем освобождения верхних дыхательных путей от слизи, крови и возможных инородных тел, фиксации языка при его западении, введение воздуховода и проведение простейших мероприятий по искусственной вентиляции легких (ИВЛ) и закрытому массажу сердца;
- временную остановку наружного кровотечения;
- устранение открытого пневмоторакса путем наложения окклюзионной повязки с использованием ППИ;
- введение обезболивающих средств и антидота пораженным ФОВ с помощью шприц-тюбика;
- наложение асептической повязки на рану или ожоговую поверхность;
- транспортную иммобилизацию поврежденной области табельными и подручными средствами;
- применение лекарственных средств из АППИ по показаниям;
- надевание противогаза на раненых и больных на зараженной местности;
- дегазацию зараженных участков кожи и прилегающих участков обмундирования с использованием ИПП.

Доврачебная (фельдшерская) помощь оказывается в целях борьбы с угрожающими жизни последствиями ранений (заболеваний) и предупреждения тяжелых осложнений.

Доврачебная помощь оказывается фельдшером в МП воинских частей (подразделений), не имеющих по штату врача, с использованием штатного медицинского оснащения, а также средств, содержащихся в СМВ и войсковых фельдшерских комплектах

Доврачебная помощь дополняет и расширяет мероприятия первой медицинской помощи, направлена на борьбу с угрожающими жизни состояниями (асфиксией, кровотечением, шоком, комой, судорогами, неукротимой рвотой, выраженным болевым синдромом) и включает в себя:

- устранение асфиксии (введение воздуховода, ИВЛ с помощью портативных аппаратов, ингаляция кислорода);
- проверку и исправление ранее наложенных жгутов, повязок, шин или их наложение, если этого не сделали ранее;
- наложение давящей повязки или проведение тугой тампонады раны при продолжающемся наружном кровотечении, подбинтовывание промокших кровью повязок и исправление неправильно наложенных повязок;
- наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе и асептических повязок;
- повторное введение обезболивающих средств, антидотов по показаниям, дачу антибиотиков;
- беззондовое промывание желудка;
- введение лекарственных средств по показаниям;

– согревание раненых и больных, дачу горячего питья и питья для утоления жажды (за исключением раненых в живот);

– надевание на зараженной местности противогаза на раненых и больных;

– частичную санитарную обработку открытых участков кожи и дегазацию прилегающей к ним одежды, промывание глаз, полости рта и носа при подозрении на попадание радиоактивных или отравляющих веществ.

Первая врачебная помощь оказывается в целях устранения или ослабления последствий ранений (заболеваний), угрожающих жизни раненых и больных, предупреждения развития осложнений или уменьшение их тяжести, а также подготовки нуждающихся к дальнейшей эвакуации.

Первая врачебная помощь оказывается врачами в МП, омедо, (медр) соединений (воинских частей) с использованием комплектно-табельного медицинского имущества, необходимого для оказания мероприятий первой врачебной помощи.

Мероприятия первой врачебной помощи по срочности выполнения делятся на неотложные мероприятия и мероприятия, выполнение которых может быть отсрочено.

Неотложные мероприятия первой врачебной помощи проводятся при состояниях, угрожающих жизни раненого или больного, и включают:

– остановку наружного кровотечения (наложение жжима на кровоточащий сосуд, перевязка сосуда, прошивание сосуда в ране, введение тампона в рану с наложением швов на кожу), контроль за правильностью и целесообразностью наложения кровоостанавливающего жгута, временную рециркуляцию крови в конечности при необходимости повторное наложение жгута;

– устранение острой дыхательной недостаточности (отсасывание слизи, рвотных масс и крови из верхних дыхательных путей, введение воздуховода, прошивание языка с целью его фиксации, отсечение или подшивание свисающих лоскутов мягкого неба и боковых отделов глотки, ИВЛ, ингаляцию кислорода, паров этилового спирта при отеке легких, наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе, пункцию или торакоцентез при напряженном пневмотораксе, трахеотомию, трахеостомию при асфиксии, сопровождающуюся отеком голосовой щели и подскладочного пространства, выполнение вагосимпатической новокаиновой блокады при повреждениях органов груди и сегментарной паравerteбральной новокаиновой блокады при множественных переломах ребер);

– устранение напряженного пневмоторакса путем пункции или дренирования плевральной полости и открытого пневмоторакса путем герметизации плевральной полости с помощью окклюзионной повязки;

– восполнение кровопотери путем внутривенного введения крово- и плазмозамещающих растворов при тяжелом (II-III степени) шоке и значительной кровопотере;

– выполнение новокаиновых блокад и введение обезболивающих средств при тяжелом шоке;

– проведение транспортной иммобилизации конечностей табельными шинами при переломах костей, ранениях суставов, повреждениях магистральных сосудов и нервов, обширных ожогах и повреждениях мягких тканей, сопровождающихся или угрожающих развитием травматического шока;

- отсечение сегментов конечностей при их неполных отрывах и разрушениях с последующей транспортной иммобилизацией;
- проведение капиллярной пункции мочевого пузыря при повреждениях уретры и катетеризации мочевого пузыря при задержке мочи;
- введение антидотов, противосудорожных, бронхорасширяющих, противорвотных, сердечно-сосудистых, десенсибилизирующих средств, анальгетиков и антибиотиков, подкожное введение столбнячного анатоксина и другие мероприятия;
- частичную санитарную обработку открытых участков кожи, дегазацию обмундирования, повязок и раны при заражении ее стойкими ОВ, смену обмундирования, зараженного стойкими ОВ, снятие противогазов с тяжелораненых и тяжелобольных;
- промывание желудка при помощи зонда в случае попадания ОВ в желудок;
- применение антитоксической сыворотки при отравлении бактериальными токсинами и неспецифическую профилактику при поражении бактериологическим оружием.
- купирование первичной реакции на облучение и применение средств ранней патогенетической терапии радиационных поражений;
- промывание глаз, применение глазных мазей и лекарственных пленок при поражении глаз ОВ кожно-нарывного действия.

Мероприятия первой врачебной помощи, которые могут быть отсрочены и выполняются при отсутствии угрозы жизни раненого или больного, включают:

- устранение недостатков первой и доврачебной медицинской помощи, не угрожающих развитию шока (улучшение транспортной иммобилизации, исправление повязок);
- применение антигистаминных, жаропонижающих, болеутоляющих и других симптоматических средств, проведение дезинтоксикационной терапии, введение антибиотиков и серопротектора столбняка при травмах и ожогах, введение симптоматических медикаментозных средств при состояниях, не угрожающих жизни;
- проведение новокаиновых блокад при повреждениях конечностей без выраженных явлений шока;
- смена повязок при их загрязнении или подбинтовывание промокших кровью повязок и другие мероприятия.

Полный объем первой врачебной помощи включает неотложные мероприятия и мероприятия, проведение которых может быть отсрочено. Сокращение объема первой врачебной помощи осуществляется за счет мероприятий второй группы.

Квалифицированная медицинская помощь оказывается в целях устранения тяжелых, угрожающих жизни раненых и больных последствий ранений, поражений и заболеваний, предупреждения развития у них осложнений и подготовки нуждающихся к дальнейшей эвакуации.

Квалифицированная медицинская помощь оказывается врачами-хирургами (квалифицированная хирургическая помощь) и терапевтами (квалифицированная терапевтическая помощь) в омеде, ВПП, ГВКМЦ и УЗ МЗ.

Мероприятия квалифицированной медицинской помощи подразделяются на мероприятия квалифицированной хирургической и терапевтической помощи.

По срочности оказания медицинской помощи *мероприятия квалифицированной хирургической помощи* делятся на три группы: неотложные мероприятия по жизненным показаниям; срочные мероприятия, проведение которых при особых условиях обстановки может быть отложено на некоторое время; мероприятия, которые могут быть отложены до поступления раненых в ВПГ, ГВКМЦ и лечебные организации МЗ.

Мероприятия квалифицированной терапевтической медицинской помощи делятся на 2 группы: неотложные мероприятия; мероприятия, выполнение которых может быть отсрочено.

Специализированная медицинская помощь оказывается соответствующими врачами-специалистами с использованием специального лечебно-диагностического оснащения в специализированных лечебных организациях и носит исчерпывающий характер.

Отличительной особенностью СМП является полный объем проводимых лечебных мероприятий, осуществляемых до окончательного исхода ранения, поражения или заболевания.

Основными видами СМП являются: нейрохирургическая, травматологическая, офтальмологическая, торакоабдоминальная, отоларингологическая, урологическая, токсикологическая, радиологическая, психоневрологическая, а также СМП обожженным и инфекционным больным и другие.

Медицинская реабилитация представляет собой комплекс организационных, лечебных, медико-психологических и военно-профессиональных мероприятий, проводимых в отношении раненых и больных военнослужащих с целью поддержания и восстановления их бое- и трудоспособности, скорейшего возвращения в строй.

Медицинская реабилитация осуществляется не только на заключительных этапах оказания медицинской помощи, но и в военно-медицинских частях и подразделениях.

Объем медицинской помощи — совокупность лечебно-профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, выполняемых раненым и больным на поле боя или очагах СП, а также на ЭМЭ.

Объем медицинской помощи может быть полным и сокращенным (выполнение неотложных мероприятий).

Объем медицинской помощи и сроки лечения раненых и больных зависят от условий боевой (оперативной), тыловой и медицинской обстановки и устанавливаются для военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений соответствующими начальниками медицинской службы.

Объем медицинской помощи может быть сокращен решением НМС соединения (воинской части), а также командиром омеда (медр) с немедленным докладом об этом командиру соединения (воинской части) и старшему НМС в случае поступления большого количества раненых и больных и резком несоответствии возможностей по своевременному оказанию им медицинской помощи в установленном объеме.

В связи с тем, что раненым и больным обеспечивается медицинская помощь на разных ЭМЭ с привлечением различного медицинского персонала, к организации ее оказания предъявляются определенные требования: преемственность, последовательность и своевременность.

Преемственность и последовательность в оказании медицинской помощи достигается: проведением лечебно-профилактических мероприятий на этапах эвакуации в определенной последовательности в соответствии с установленными стандартами оказания медицинской помощи; единым пониманием возникновения и течения патологических процессов у раненых и больных, использованием единых принципов и методов лечения; четким ведением медицинской документации.

Своевременность в оказании медицинской помощи достигается: четкой организацией розыска, вывоза и выноса раненых и больных с поля боя; быстрой эвакуацией раненых и больных на соответствующие ЭМЭ; организацией качественной и эффективной работы ЭМЭ; обеспечением приближения медицинской помощи к пострадавшим путем повышения мобильности военных медицинских частей и подразделений.

Требование современной системы ЛЭО предполагает следующие временные нормативы оказания медицинской помощи: первой врачебной — 0,5–1 час; квалифицированной — 4–5 ч; специализированной — до 12 ч после ранения.

На современном этапе развития военной медицины оказание СМП в течение первых 6 часов после ранения или заболевания является главной задачей, определяющим принципом совершенствования системы ЛЭО. Этот принцип уже применялся при ведении боевых действий в зонах военных конфликтов и при ликвидации последствий техногенных катастроф мирного времени.

3.4.3.1. Медицинская сортировка. Организация и порядок проведения на этапах медицинской эвакуации

Медицинская сортировка — это процесс распределения раненых и больных (пораженных) на группы по признакам их нуждаемости в однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями, необходимым объемом оказываемой медицинской помощи и принятым порядком эвакуации.

МС раненых, пораженных и больных организуется и проводится на всех ЭМЭ и во всех их функциональных подразделениях в соответствии с предъявляемыми к ней требованиями: *непрерывность, конкретность и преемственность*.

Цель МС — обеспечить быстрейшее оказание медицинской помощи максимальному числу нуждающихся в ней раненых и больных.

Содержание МС зависит от задач, возлагаемых на ЭМЭ в целом и на то или иное функциональное подразделение (отделение), а также от складывающихся условий боевой и медицинской обстановки.

На каждом ЭМЭ МС начинают у въезда на площадку его размещения — в приемно-сортировочном (приемно-эвакуационном) отделении (ПСО (ПЭО)).

За счет сил и средств ПСО (ПЭО) развертывают сортировочный пост, сортировочную площадку, одну или несколько сортировочных палаток, одну или несколько эвакуационных палаток, отделение специальной обработки (ОСО) и вертолетную площадку (см. рис. 3.3).

На сортировочном посту ЭМЭ среди раненых и больных санитар или санитарный инструктор-дозиметрист выявляет нуждающихся в санитарной обработке и подлежащих изоляции. Все остальные раненые и больные поступают на сортировочную площадку (в приемно-сортировочную палатку): ходячие (легкораненые/легкобольные) — пешком, носилочные (лежачие тяжелораненые/тяжелобольные) доставляются на том транспорте, на котором они прибыли на данный ЭМЭ.

В приемно-сортировочной в период разгрузки транспорта выявляют раненых и больных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи. Их сразу направляют в перевязочную. Остальных раненых размещают в приемно-сортировочных палатах (помещениях) или на сортировочной площадке и в порядке очередности подвергают сортировке.

МС осуществляется на основе определения диагноза ранения или заболевания и его прогноза, поэтому носит диагностический и прогностический характер.

В зависимости от решаемых задач различают внутripунктовую и эвакуационно-транспортную МС.

Внутripунктовая сортировка проводится с целью распределения раненых и больных на группы для направления в соответствующие функциональные подразделения данного ЭМЭ и установления очередности их направления.

Эвакуационно-транспортная сортировка представляет собой распределение раненых и больных на группы в соответствии с эвакуационным назначением, т. е. куда, в какую очередь, каким транспортом и в каком положении (лежа, сидя) эвакуировать данного раненого (больного).

При организации МС особое внимание уделяется силам и средствам медицинской службы, привлекаемых к ее проведению с целью рационального распределения врачей и среднего медицинского персонала между проведением сортировки и оказанием медицинской помощи в функциональных отделениях ЭМЭ. МС в ПСО (ПЭО) проводится на сортировочной площадке или в сортировочных палатках (помещениях) **сортировочными бригадами**, состоящими: 1) из одного врача, двух медицинских сестер (двух фельдшеров), двух регистраторов, 1–2 звена санитаров-носильщиков — сортировочная бригада для обслуживания тяжелых («лежачих») раненых, больных; 2) одного врача, одной медицинской сестры (одного фельдшера), одного регистратора и санитаря (сопровождающего) — сортировочная бригада для обслуживания легкораненых и легкобольных («ходячих») военнослужащих, создаваемыми как за счет личного состава ПСО (ПЭО), так, при необходимости, и за счет других подразделений ЭМЭ. Санитаров привлекают за счет приемно-сортировочного и других отделений.

По способам организации (проведения) МС ее можно разделить на плановую, транзитную и выборочную.

Планомерная сортировка — это классическая МС по методике «переката» (рис. 3.4).

Врач, переходя от первого пораженного ко второму, третьему и т. д., оценивает их состояние, определяет медицинские назначения и сортировочное предназначение для каждого пораженного.

Первая пара — медицинская сестра (фельдшер) и регистратор — заполняют документы и выполняют врачебные назначения сначала у первого поражен-

ного, затем переходят к третьему, пятому и т. д., то есть к каждому нечетному пораженному.

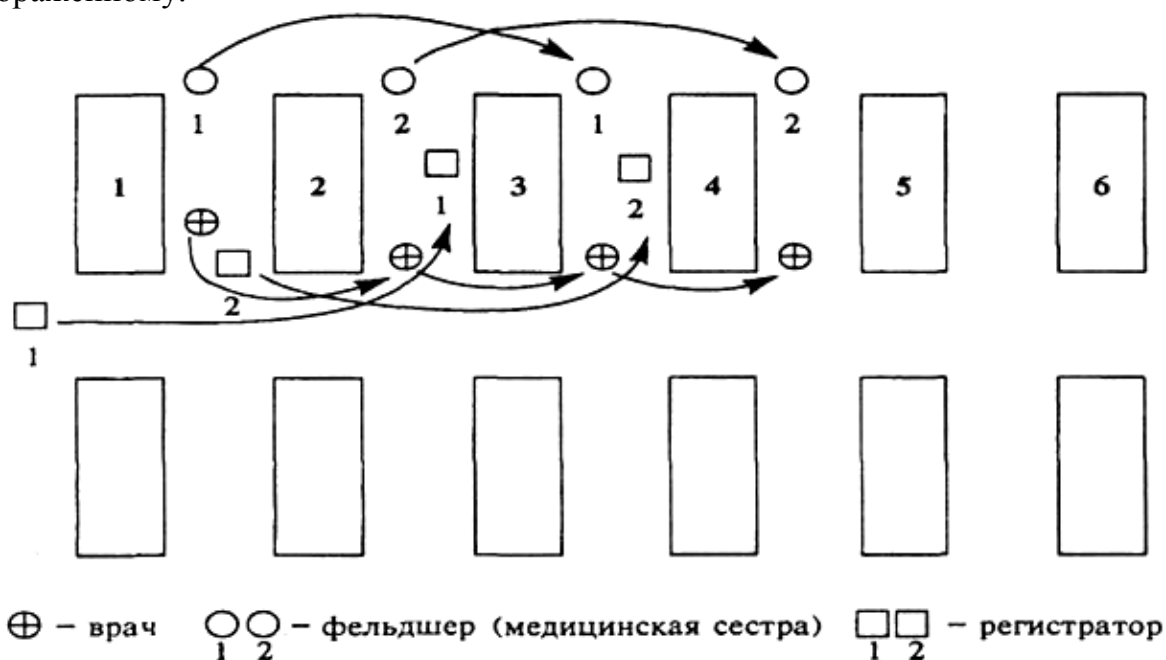


Рис. 3.4. Порядок проведения медицинской сортировки «перекатом»

Вторая пара — медицинская сестра (фельдшер) и регистратор — заполняют документы и выполняют врачебные назначения сначала у второго пораженного, затем переходят к четвертому, шестому и т. д., то есть к каждому четному пораженному.

Транзитная (транспортная) МС применяется при поступлении большого числа пораженных из очагов массовых СП и при какой-либо угрозе ЭМЭ. Она проводится непосредственно на эвакуационном транспорте, врач поднимается на борт автомобиля, отбирает раненых, нуждающихся в неотложной помощи на данном этапе, которых сгружают с автомобиля и оставляют на ЭМЭ. Остальных раненых транзитом отправляют на следующие ЭМЭ.

Выборочная МС — это начальный этап МС по стандартной методике «переката», когда сортировочная бригада в первую очередь выделяет и работает с наиболее тяжелыми ранеными на сортировочной площадке, нуждающимися в неотложных мероприятиях медицинской помощи.

За 1 час работы врачебно-сестринская бригада способна провести сортировку 10–12 раненых.

При проведении МС раненые и больные обычно распределяются на группы:

1. Представляющие опасность для окружающих (инфекционные больные, больные, находящиеся в состоянии психомоторного возбуждения, зараженные бактериологическими средствами, имеющие загрязнение кожных покровов и обмундирования ОВ и РВ с мощностью дозы измерения превышающей предельно допустимые, следовательно, подлежащие санитарной обработке или изоляции). В дальнейшем из изолятора больные идут на эвакуацию отдельным потоком, а из ОСО — в ПСО и отделение оказания медицинской помощи. Не представляющие опасность для окружающих идут с сортировочного поста в ПСО.

2. Нуждающиеся в оказании медицинской помощи на данном этапе. Идут из ПСО в отделение оказания медицинской помощи, затем на эвакуацию или в госпитальное отделение, после которого возможна эвакуация или возвращение в строй (лечебный признак).

3. Подлежащие дальнейшей эвакуации и не нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе. Идут из ПСО на эвакуацию (эвакуационный признак); учитываются: вид транспортных средств, используемых для эвакуации, очередность, способ транспортирования, эвакуационное назначение (начиная с омедо).

4. Получившие повреждения, несовместимые с жизнью, и нуждающиеся только в уходе (агонирующие). Данная группа выделяется условно. Место для них выбирается отдельно, и в дальнейшем они, не смотря на ранения, будут эвакуированы на следующий ЭМЭ. В любом случае к ним должно сохраняться гуманное отношение и приниматься меры к сохранению жизни максимально большому количеству раненых.

5. Подлежащие возвращению в строй (после соответствующей медицинской помощи и кратковременного отдыха) (рис. 3.5, 3.6).

Эффективность МС в значительной степени зависит от умелого обозначения ее результатов. Любое сортировочное заключение, если оно не может быть реализовано сразу (в присутствии лица, его принявшего), должно обязательно обозначаться *цветной сортировочной маркой* (рис. 3.7).

Используются стандартные цветные сортировочные марки, на которых обозначены функциональные подразделения (перевязочная, операционная, противошоковая, изоляция и т. д.) и очередность направления в них.

Марка прикрепляется на видном месте к одежде (повязке) или к ручке носилок и остается до выполнения обозначаемого ею мероприятия, вместе с первичной медицинской карточкой служит основанием для направления в соответствующее функциональное подразделение без дополнительных указаний.

Результаты сортировки регистрируются в медицинских документах, сопровождающих раненого (первичная медицинская карточка, эвакуационный конверт, ведомость на эвакуированных раненых и больных).



Рис. 3.5. Принципиальная схема проведения медицинской сортировки на ЭМЭ

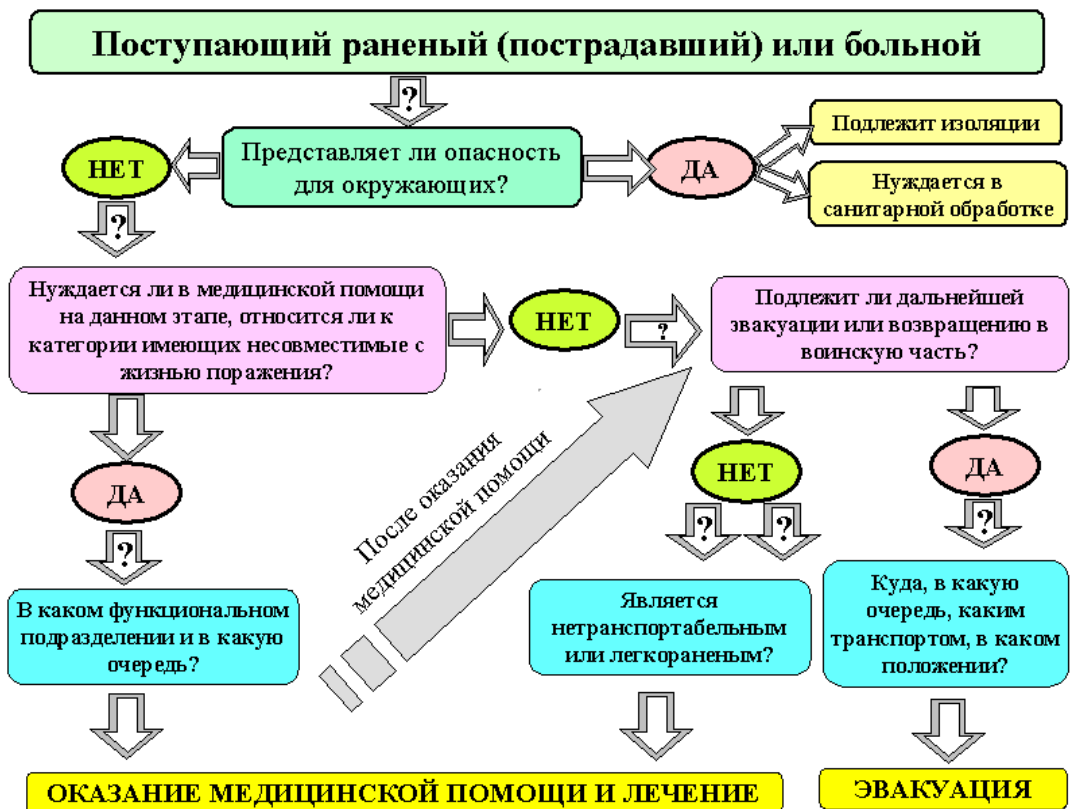


Рис. 3.6. Порядок (алгоритм) проведения медицинской сортировки

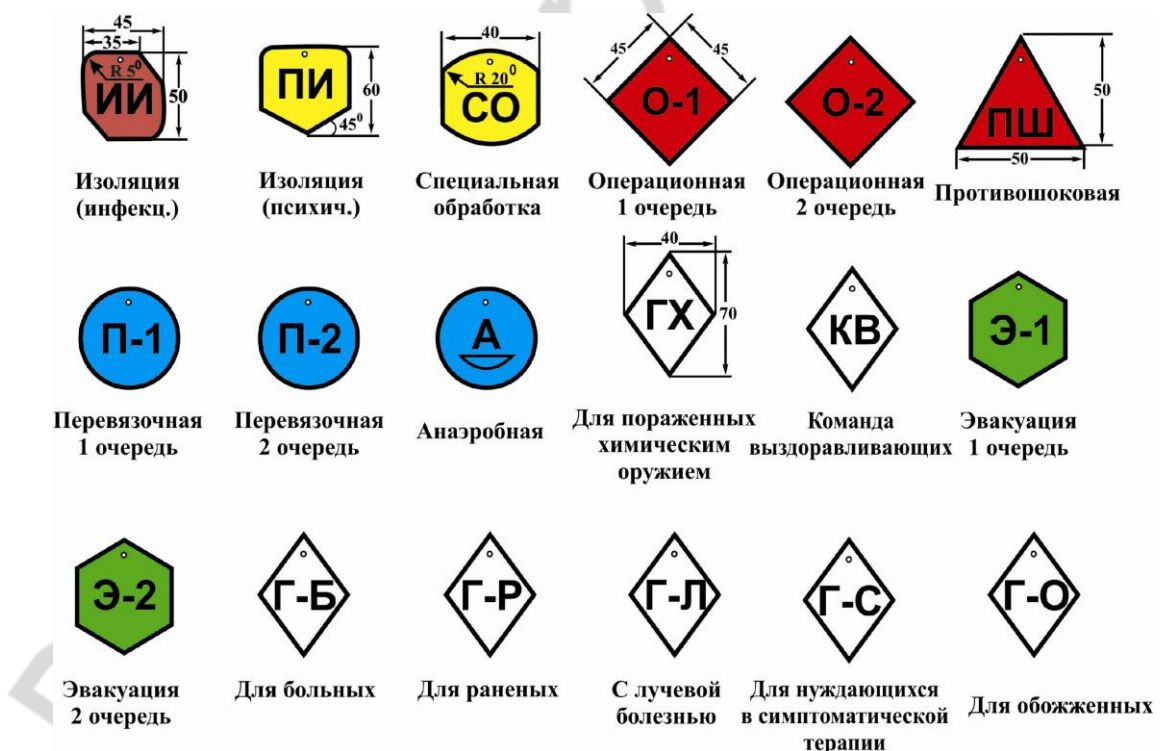


Рис. 3.7. Сортировочные марки

Первичная медицинская карточка (ПМК) форма № 100 — это документ военно-медицинского учета, способствующий обеспечению преемственности и по-

следовательности оказания медицинской помощи пораженным и больным на ЭМЭ (рис. 3.8).

КОРЕШОК ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТОЧКИ	НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ	САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА																																		
<p>ИЗЛОЖЕНИЕ</p> <p>Выдача _____</p> <p>Удостоверение личности, жетон № _____</p> <p>Ранен, заболел "___" час "___" мин 19__ г.</p> <p>Закручен самолетом, сангрузато (подчернуть) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>куда эвакуировали <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>нужное обвести <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Медицинская помощь</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Подчернуть</th> <th>Доза (вписать)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Введено: антибиотик</td><td></td></tr> <tr><td>Сыворотка ПСС, ПГС</td><td></td></tr> <tr><td>анатоксин (какой)</td><td></td></tr> <tr><td>антидот (какой)</td><td></td></tr> <tr><td>обезболивающие средства</td><td></td></tr> <tr><td>Произведено: переливание крови, кровозаменителей</td><td></td></tr> <tr><td>иммобилизация, перевязка</td><td></td></tr> <tr><td>Жгут наложен, санобработка</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>О Я Х Бак Другие пораж. Отм. Б И </p> <p>Локализацию обвести </p> <p>подчернуть мягкие ткани, кости, сосуды, полости раны, ожоги</p> <p>Жгут наложен "___" час "___" мин Санитарная обработка (подчернуть) полная, частичная, не проводилась Закручивать (нужное обвести) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>куда эвакуировали <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Очередность эвакуации: I II III</p> <p>врач _____ санитарная обработка _____</p>	Подчернуть	Доза (вписать)	Введено: антибиотик		Сыворотка ПСС, ПГС		анатоксин (какой)		антидот (какой)		обезболивающие средства		Произведено: переливание крови, кровозаменителей		иммобилизация, перевязка		Жгут наложен, санобработка		<p>Первичная медицинская карточка (форма 100)</p> <p>Медицинская помощь</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Подчеркнуть</th> <th>Доза (вписать)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Введено: антибиотик</td><td></td></tr> <tr><td>Сыворотка ПСС, ПГС</td><td></td></tr> <tr><td>анатоксин (какой)</td><td></td></tr> <tr><td>антидот (какой)</td><td></td></tr> <tr><td>обезболивающие средства</td><td></td></tr> <tr><td>Произведено: переливание крови, кровезаменителей</td><td></td></tr> <tr><td>иммобилизация, перевязка</td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Жгут наложен "___" час "___" мин Санитарная обработка (подчернуть) полная, частичная, не проводилась Закручивать (нужное обвести) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>куда эвакуировали <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Очередность эвакуации: I II III</p> <p>врач _____ санитарная обработка _____</p> <p style="text-align: center; background-color: #e0e0ff;">РАДИАЦИОННОЕ ПОРАЖЕНИЕ</p>	Подчеркнуть	Доза (вписать)	Введено: антибиотик		Сыворотка ПСС, ПГС		анатоксин (какой)		антидот (какой)		обезболивающие средства		Произведено: переливание крови, кровезаменителей		иммобилизация, перевязка		<p>САНИТАРНАЯ ОБРАБОТКА</p>
Подчернуть	Доза (вписать)																																			
Введено: антибиотик																																				
Сыворотка ПСС, ПГС																																				
анатоксин (какой)																																				
антидот (какой)																																				
обезболивающие средства																																				
Произведено: переливание крови, кровозаменителей																																				
иммобилизация, перевязка																																				
Жгут наложен, санобработка																																				
Подчеркнуть	Доза (вписать)																																			
Введено: антибиотик																																				
Сыворотка ПСС, ПГС																																				
анатоксин (какой)																																				
антидот (какой)																																				
обезболивающие средства																																				
Произведено: переливание крови, кровезаменителей																																				
иммобилизация, перевязка																																				
<p>наименование этапа _____</p> <p>Поступил "___" час "___" мин 19__ г.</p> <p>Уточненный диагноз _____</p> <p>Оказана помощь _____</p> <p>Эвакуировать (куда, когда, как) _____</p> <p>Исход (какой) _____</p> <p>Врач _____ 19__ г. подпись разборчиво</p>	<p>Вышел самостоятельно _____ (да нет)</p> <p>Вывесен (кем) _____</p> <p>Через ___ час после ранения</p> <p>Первая помощь оказана (какая, кем) _____</p>																																			

Рис. 3.8. Лицевая и обратная стороны первичной медицинской карточки формы № 100

ПМК является юридическим документом, удостоверяющим факт боевого поражения и заболевания, связанного с пребыванием на театре военных действий. ПМК — это документ, оформляемый по результатам МС на первом ЭМЭ. Карточка заводится только на пострадавших, нуждающихся в дальнейшей эвакуации, на прочих лиц она не заводится. Заполненная медицинская карточка приобретает юридическую значимость, поскольку подтверждает факт поражения пострадавшего и дает ему право быть эвакуированным в тыл. ПМК заполняется регистратором.

Приведенные принципиальные положения МС не охватывают всего многообразия вариантов и методов ее проведения. МС является творческим процессом, в основе которого лежит ясная целевая установка и умение находить наиболее эффективные пути ее достижения.

3.4.3.2. Медицинская эвакуация, цель, задачи и принципы ее организация и проведения

Составной частью ЛЭМ, неразрывно связанной с процессом оказания медицинской помощи раненым и больным и их лечением, является медицинская эвакуация.

Медицинская эвакуация — это совокупность мероприятий по доставке раненых и больных из района возникновения СП на ЭМЭ в целях своевременного и полного оказания им медицинской помощи и лечения.

Медицинская эвакуация является вынужденной мерой по перемещению раненых (больных) на следующий ЭМЭ и применяется в тех случаях, когда лечение раненых и больных на месте по тем или иным причинам невозможно или нецелесообразно (характер боевой обстановки не позволяет создать надлежащие условия для длительного стационарного лечения). Медицинская эвакуация, способствуя освобождению ЭМЭ, обеспечивает возможность их свертывания и следования за войсками.

Эвакуация является вынужденным мероприятием и не может положительно сказаться на состоянии эвакуируемых. Медицинская эвакуация не должна быть самоцелью. Она должна являться лишь средством, способствующим достижению наилучших результатов работы по оказанию медицинской помощи пораженным и их лечению. Для уменьшения отрицательного влияния на раненых и больных необходимо, чтобы эвакуация была быстрой и максимально щадящей. Это достигается, главным образом, использованием для медицинской эвакуации специального санитарного транспорта, в т. ч. высокопроходимой техники с использованием типового санитарного оборудования и приспособлений для перевозки раненных и больных.

Эвакуация в зависимости от вида транспорта может быть наземной, воздушной и морской (речной).

Наземная медицинская эвакуация предусматривает использование наземного транспорта на колесной или гусеничной базе, железнодорожный транспорт. *Воздушная* медицинская эвакуация предусматривает использование различного рода воздушных судов (вертолеты и самолеты). И, наконец, *морская* или *речная* медицинская эвакуация предусматривает использование морских (речных) судов.

Маршруты, по которым осуществляется вынос и транспортировка раненых и больных на ЭМЭ, называются *путями медицинской эвакуации*.

Совокупность путей эвакуации, развернутых на них ЭМЭ и действующих на них санитарных транспортных средств, обеспечивающих определенную крупную группировку войск, получила название *эвакуационного направления*.

Вынос и вывоз раненых с поля боя организуется соответствующими командирами, а осуществляется медицинской службой с использованием штатных и выделенных командованием сил и средств.

Порядок эвакуации раненых и больных организуется вышестоящим НМС и осуществляется подчиненными штатным транспортом медицинской службы, а также транспортом общего назначения, который должен использоваться преимущественно для эвакуации легкораненых и легкобольных и при необходимости дополнительно оборудоваться.

Непосредственным организатором и руководителем всех мероприятий по розыску раненых, их выносу и вывозу с поля боя является начальник МПб. Для выноса раненых с поля боя используются бронированные гусеничные санитарные транспортеры. До омеда раненые и больные транспортируются санитарным транспортом, транспортными средствами, приспособленными для перевозки раненых, а также транспортом общего назначения.

Для повышения эффективности использования сил и средств, участвующих в розыске, выносе и вывозе раненых с поля боя, они должны работать на «коротком плече», т. е. выносить и вывозить раненых на возможно более короткое расстояние, как правило, до ПСТ, т. е. до мест подъезда автомобилей МПб.

Начиная с омеда (медр) эвакуация раненых и больных ведется *по назначению*, т. е. в зависимости от полученного ранения и повреждения, а также заболевания в соответствующий специализированный стационар. Это означает, что они эвакуируются не общим потоком (*эвакуация по направлению*), а с учетом нужды в том или ином виде медицинской помощи и направления в различные военные медицинские организации (медицинские подразделения).

Эвакуация раненых и больных из военных медицинских организаций (медицинских подразделений) организуется вышестоящим НМС и осуществляется подчиненными ему транспортными средствами. Такой порядок эвакуации раненых и больных получил наименование *«эвакуация на себя»*.

Не исключена возможность, что в отдельных случаях НМС будет организовывать и осуществлять эвакуацию раненых и больных из подчиненных ему ЭМЭ в тыл транспортными средствами самого этапа, т. е. *«от себя»*. При выходе подразделений из окружения или же в случае угрозы проникновения противника в район размещения ЭМЭ эвакуация будет осуществляться по принципу *«за собой»*.

Для сопровождения эвакуируемых раненых и больных в санитарном транспорте должны, по возможности, находиться медицинские работники. Сопровождение является обязательным при эвакуации тяжелораненых и больных при большой протяженности участка эвакуации, а также при неблагоприятных условиях эвакуации. Если одновременно следуют несколько автомобилей с ранеными и больными (колонна), назначение сопровождающего в каждой из них

не обязательно. В автомобиле, двигающемся последним в колонне, он должен быть. Сопровождающий медицинский персонал обязан наблюдать за состоянием раненых и больных в пути, использовать короткие остановки для оказания медицинской помощи нуждающимся в ней, осуществлять уход за эвакуируемыми, а после прибытия в пункт назначения передать раненых и больных по сопроводительным документам.

3.5. ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ВОЙСКАХ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ. МЕДИЦИНСКАЯ РАЗВЕДКА

3.5.1. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

Санитарно-гигиенические мероприятия (СГМ) — это комплекс организационных, технических, хозяйственных, медицинских и других мероприятий по реализации в войсках требований санитарно-эпидемиологического законодательства Республики Беларусь и направленных:

- на сохранение здоровья военнослужащих и повышение их бое- и трудоспособности;
- предупреждение массовых заболеваний военнослужащих, возникающих в связи с ухудшением СЭС войск и территории, на которой они расположены, а также условий питания, водоснабжения и быта военнослужащих;
- уменьшение боевых потерь от применения противником различных видов оружия;
- предупреждение профессиональных заболеваний и острых поражений вредными факторами, возникающими в процессе использования средств вооружения и военной техники, а также неблагоприятными факторами окружающей среды.

СГМ — это составная часть МО. Осуществляются на основе изучения характера и условий воинского труда, быта военнослужащих, его физического развития, общей, профессиональной и инфекционной заболеваемости.

Объем и содержание СГМ, проводимых в конкретных условиях, зависят от: задач, поставленных перед военнослужащими; вида применяемого противником оружия; санитарно-эпидемической обстановки; климата, времени года, характера местности, на которой ведутся боевые действия; состава объектов тыла; сил и средств, которыми располагает медицинская служба.

Основными принципами организации СГМ являются: единый подход к их организации на основе последних достижений медицинской науки; соответствие содержания и объема мероприятий оперативно-тактической, тыловой и медицинской обстановке, характеру боевых действий; участие и взаимодействие всех звеньев медицинской службы, инженерной, продовольственной, вещевой, ветеринарной, а также службы радиационной, химической и биологической защиты и других служб в организации и проведении СГМ; постоянное взаимодействие медицинской службы с другими ведомствами при организации СГМ в воинских частях (соединениях), на занимаемой и прилегающей к ним территории.

СГМ подразделяются на санитарные и гигиенические.

Санитарные мероприятия проводятся командованием воинских частей, инженерно-техническими, тыловыми службами и включают в себя организационные, технические и хозяйственные мероприятия.

В свою очередь медицинская служба осуществляет контроль за проведением санитарных мероприятий, разрабатывает предложения и оказывает методическую помощь в их проведении, организует и проводит гигиенические мероприятия.

Гигиенические мероприятия включают в себя:

- медицинский контроль за состоянием здоровья военнослужащих;
- медицинский контроль за выполнением санитарно-гигиенических норм и правил при организации питания, водоснабжения, размещения, банно-прачечного обслуживания, а также за условиями военного труда;
- медицинский контроль за передвижением войск;
- медицинский контроль за выполнением санитарно-гигиенических требований при захоронении погибших (умерших) военнослужащих;
- гигиеническое воспитание военнослужащих и пропаганда здорового образа жизни.

Основными объектами медицинского контроля в воинской части являются: пункты водоснабжения, полевые продовольственные пункты, продовольственный склад, полевая баня, пункты ремонта и технического обслуживания техники.

Медицинский контроль за состоянием здоровья военнослужащих осуществляется путем их опроса, медицинских осмотров, повседневного наблюдения и анализа заболеваемости. Данные медицинского контроля используются при оценке санитарно-гигиенического состояния соединения и разработке необходимых мероприятий по сохранению и укреплению здоровья военнослужащих.

Медицинский контроль за размещением военнослужащих включает:

- участие медицинского персонала в выборе участков (районов) расположения подразделений при проведении санитарно-эпидемиологической разведки и в составе рекогносцировочной группы;
- наблюдение за районом расположения и действий воинской части с целью своевременного выявления условий, отрицательно влияющих на его санитарно-гигиеническое состояние;
- контроль за выполнением санитарно-гигиенических требований при строительстве и содержании инженерных сооружений, пунктов обогрева, полевых жилищ и укрытий;
- контроль за своевременной очисткой территории, обеззараживанием и удалением нечистот и отходов;
- разработку предложений, направленных на предупреждение или ослабление влияния неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье и боеспособность военнослужащих, и контроль за их выполнением.

Медицинский контроль за питанием военнослужащих включает:

- оценку фактического состояния питания военнослужащих;
- участие в составлении раскладки продуктов;
- контроль за соблюдением режима питания в соответствии с условиями деятельности военнослужащих;

- проверку соблюдения санитарных правил перевозки, хранения пищевых продуктов и доставки готовой пищи в подразделения;
- проверку количественной и качественной полноценности и доброкачественности пищевых продуктов, технологии приготовления и качества готовой пищи;
- контроль санитарного состояния продовольственных пунктов и территории их расположения;
- медицинское наблюдение за состоянием здоровья работников продовольственной службы и контроль за выполнением правил личной гигиены;
- организацию мероприятий по профилактике пищевых отравлений;
- разработку рекомендаций по улучшению питания военнослужащих.

Медицинский контроль за водоснабжением предусматривает:

- участие в разведке источников воды и определении их пригодности для водоснабжения;
- контроль санитарного состояния средств подвоза, хранения и доставки воды в подразделения;
- лабораторный контроль качества воды, добываемой на пунктах водоснабжения, водоразборных пунктах и других водоисточниках;
- оценку эффективности обеззараживания воды;
- контроль за соблюдением количественных норм водоснабжения;
- обеспечение военнослужащих средствами для обеззараживания индивидуальных запасов воды и проведение инструктажа по их применению;
- медицинское наблюдение за состоянием здоровья работников водоснабжения.

Медицинский контроль за условиями военного труда осуществляется путем:

- контроля за выполнением санитарно-гигиенических норм и требований при эксплуатации боевой техники и вооружения;
- проверки обеспеченности военнослужащих обмундированием и снаряжением в соответствии с погодными-климатическими условиями, средствами защиты и специальной одеждой, контроль за правильностью их использования;
- контроля за выполнением мероприятий по предупреждению профессиональных заболеваний и острых поражений при работах с агрессивными жидкостями, источниками ионизирующих и неионизирующих излучений и другими вредными факторами;
- разработки предложений по обеспечению высокой работоспособности и эффективности боевой деятельности военнослужащих путем улучшения условий труда и применения медикаментозных средств.

Медицинский контроль за банно-прачечным обслуживанием военнослужащих включает:

- контроль за своевременностью и полнотой помывки военнослужащих в бане;
- проверку санитарного состояния бань (санитарных пропускников), наличия мыла;

- контроль качества стирки, дезинфекции, дезинсекции нательного и постельного белья, обмундирования и химической чистки спецодежды;
- медицинское наблюдение за состоянием здоровья военнослужащих, обслуживающих полевые бани и прачечные.

Медицинский контроль за захоронением тел погибших (умерших) предусматривает:

1) медицинский контроль за очисткой полей сражений, включающий контроль:

- за соблюдением гигиенических требований при захоронении трупов;
- обеспечением безопасности работы команд, осуществляющих захоронение;
- правильностью сбора и обезвреживания отходов и нечистот;
- (совместно с психологами) за состоянием нервно-психического статуса военнослужащих, включенных в состав специальных команд по захоронению погибших и умерших;

2) мероприятия санитарно-противоэпидемической направленности при очистке полей сражений, направленные:

– на медицинский осмотр всех без исключения трупов перед отправкой на пункт погребения;

– наблюдение за обеспечением всех членов команды по уборке трупов специальными комбинезонами или рабочей одеждой, брезентовыми перчатками и фартуками из плотной ткани;

– организацию дезинфекции рабочей одежды;

– организацию мытья людей со сменой белья по окончании уборки и перевозки трупов;

– наблюдение за сжиганием санитарно-опасных материалов на поле боя (перевязочного и подстилочного материала, обрывков одежды и прочего) и свалкой мусора и отходов в ямы (воронки от снарядов) с последующей засыпкой землей;

– выбор места для захоронения трупов животных (лошадей, собак, крупного и мелкого рогатого скота) на поле боя в воронках от взрывов снарядов и противотанковых рвах с учетом уровня стояния грунтовых вод, свойств почвы, условий аэрации и инсоляции;

– осмотр колодцев и открытых водоемов с целью выявления в воде и извлечения из нее трупов, а также других опасных в санитарном отношении материалов.

Санитарное состояние соединения (воинской части) может быть определено как удовлетворительное или неудовлетворительное по одному или нескольким показателям (размещение, питание, водоснабжение, банно-прачечное обслуживание военнослужащих, военный труд и обитаемость). Критерии, по которым санитарное состояние соединения (воинской части) признается удовлетворительным или неудовлетворительным, будут приведены ниже.

О неудовлетворительном санитарном состоянии соединения (воинской части) НМС докладывает командиру соединения (воинской части) и вышестоящему НМС и одновременно представляет предложения о проведении, наряду с плановыми, дополнительных СГМ.

Гигиеническое воспитание проводится с целью формирования у военнослужащих сознательного отношения к выполнению правил личной и общественной гигиены. Оно предусматривает проведение бесед, практических занятий и других форм и методов воспитательной работы в зависимости от конкретных условий.

Санитарно-гигиенические требования к полевому размещению войск. В полевых условиях как в мирное, так и в военное время войска могут размещаться: в населенных пунктах, вне их, то есть на биваках, во временных военных городках, в фортификационных сооружениях и смешанным способом.

С гигиенической точки зрения полевое размещение имеет следующие особенности:

- временный характер размещения;
- снижение уровня коммунально-хозяйственного обслуживания;
- скученность;
- слабая защищенность от неблагоприятного влияния климато-погодных факторов;
- постоянный контакт с почвой;
- возможность контакта с опасными или вредными представителями фауны и флоры;
- затруднения в организации водоснабжения и питания, а также в удалении различных отходов.

К участку для полевого размещения военнослужащих предъявляются определенные требования:

- он должен быть сухим, возвышенным, незатапливаемым, с обладающей хорошими дренирующими свойствами почвой, низким стоянием грунтовых вод, а также достаточно удаленным от болот (для исключения залета комаров и другого гнуса);
- местность должна хорошо инсолироваться и естественно проветриваться, при одновременной защите от сильных, особенно от северных, ветров;
- на территории участка или вблизи него необходимо иметь водоисточник с достаточным запасом питьевой воды;
- участок должен быть удален от различных источников загрязнения окружающей среды (свалок, канализационных очистных сооружений, промышленных предприятий и т. д.);
- участок должен быть достаточным по размерам для нормального размещения всех предусмотренных для полевых условий функциональных подразделений.

Разбивка (планировка) лагеря осуществляется в соответствии с требованиями Устава внутренней службы. На выбранном участке для создания необходимых условий для жизнедеятельности и быта военнослужащих оборудуются различного рода временные сооружения (палатки, сборно-щитовые казармы, полевые вагончики, модули) и устанавливаются емкости для хранения 2–3-суточного запаса воды для питьевых и хозяйственных целей.

Палатки для размещения военнослужащих оборудуются деревянными нарами (при отсутствии кроватей) высотой не менее 0,4–0,5 метра. В каждом

подразделении устанавливаются бачки с питьевой водой. Уборка палаток проводится ежедневно.

На каждое подразделение оборудуются умывальники полевого типа из расчета 1 кран (сосок) на 5–7 человек. Не реже одного раза в 3 дня умывальники очищаются и дезинфицируются.

Сточные воды от умывальников по отводным канавкам направляются в фильтрующие колодцы, заполненные шлаком или щебнем. Перед спуском эти воды пропускаются через мылоуловитель, в качестве которого используются ящики с решетчатым дном, заполненные соломой, стружкой или сухой травой.

Наружные уборочные и помойные ямы располагаются на расстоянии 40–100 м от жилых и служебных помещений (палаток) и объектов питания. В уборных предусматривается одно очко на 10–12 человек. Пол и стены полевых туалетов на уровне одного метра от пола ежедневно очищаются и дезинфицируются.

Вся территория полигона (лагеря) должна убираться ежедневно. Для сбора и временного хранения твердых отходов (мусора) оборудуются герметически закрывающиеся мусоросборники. Мусор вывозится ежедневно. После опорожнения мусоросборники и прилегающая к ним территория подвергаются дезинфекции.

Выгреба уборных очищаются при их заполнении не более чем на 2/3, но не реже одного раза в месяц, помойные ямы — каждые 10–15 дней. Твердые отходы (мусор) вывозятся зимой не реже одного раза в 3 дня, летом — ежедневно. Жидкие и твердые отходы вывозятся штатными или подручными средствами в места, согласованные с органами и организациями, осуществляющими государственный санитарный надзор, и удаленные от полигона (лагеря) не менее чем на 3 километра. Неорганизованная свалка мусора на территории полигона (лагеря) запрещается.

В целях борьбы с мухами весной при температуре наружного воздуха 11–14 °С проводится обработка наружных уборных, мусоросборников и почвы вокруг них, а также других возможных мест выплода мух инсектицидами (хлорофос, карбофос, меркаптофос, трихлорметафосом-3 и др.). В летнее время и осенью истребление личинок и куколок мух в местах выплода, а летающих мух (вне и внутри помещений) производится систематически всеми доступными средствами (сетки на окна и двери, хлопушки, липкая бумага, химические средства). В целях защиты от гнуса (кровососущие комары, мошки, мокрецы, слепни) и клещей в весенне-летний период применяются репелленты.

На территории и в помещениях регулярно проводится уничтожение грызунов с помощью механических средств (ловушек) и отравленных приманок.

При размещении воинской части (подразделения) в населенном пункте военнослужащие располагается в отдельных домах или помещениях общественного назначения, предварительно очищенных и продезинфицированных. Размещение воинских частей (подразделений) в неблагополучных в санитарно-эпидемиологическом отношении населенных пунктах запрещается.

Санитарно-гигиенические требования к водоснабжению. При организации водоснабжения необходимо использовать действующие системы централи-

зованного водоснабжения и артезианские скважины близлежащих населенных пунктов, проведя предварительные лабораторные исследования проб воды на соответствие санитарным нормам и правилам. При их отсутствии разрешается использовать имеющиеся колодцы, каптажи и другие водоисточники после предварительного лабораторного исследования качества воды. Вода из стационарных источников хозяйственно-питьевого водоснабжения подвергается лабораторному исследованию не реже 1 раза в 10 дней.

Вода, используемая для хозяйственно-питьевых целей, должна быть безопасна в эпидемиологическом и радиационном отношении, безвредна по химическому составу, иметь благоприятные органолептические свойства. Вода, используемая для хозяйственно-питьевых целей, по своему составу и свойствам должна быть прозрачной, бесцветной, без вкуса и запаха. Вода, доставляемая средствами подвоза для хозяйственно-питьевых целей, в обязательном порядке подвергается обеззараживанию.

Вокруг пунктов водоснабжения в радиусе 30 метров оборудуется зона санитарной охраны. В этой зоне запрещается устройство туалетов, мусорных ям, поглощающих колодцев, проведение всех видов строительства, а также проживание военнослужащих.

На полигонах (в лагерях) военнослужащие обеспечиваются флягами для питьевой (кипяченой) воды или чая.

Резервуары для хранения и перевозки воды, используемой для хозяйственно-питьевых целей, дезинфицируются не реже 1 раза в неделю.

Индивидуальных фляги для воды дезинфицируют кипячением в течение 30 минут или дезсредствами, разрешенными к применению в Республике Беларусь в соответствии с инструкцией по их применению.

Емкости для хранения и раздачи питьевой (кипяченой) воды (чая) должны быть всегда закрытыми. Выдача питьевой (кипяченой) воды (чая) производится только в течение суток. Хранить питьевую (кипяченую) воду (чай) больше одних суток, а также доливать и смешивать свежekiпяченую и сырую воду с оставшейся в емкости водой запрещается.

Резервуары (емкости) для воды должны находиться под постоянным медицинским контролем и специальной охраной. Разбор воды из них производится только с помощью кранов или насосов. Все водопроводящие части, всасывающие или переливные рукава, водоприемники содержатся в чехлах из плотного материала. Перед погружением в чистую воду они дезинфицируются. Запасы воды в хранилищах освежаются через 1–2 суток.

На транспорт для подвоза питьевой воды оформляются санитарные паспорта, а на лиц, обеспечивающих подвоз и раздачу питьевой воды, — санитарные книжки.

Санитарно-гигиенические требования к организации питания военнослужащих. Для обеспечения военнослужащих горячей пищей развертываются полевые столовые (пункты питания) в 40–100 м от жилых помещений (палаток).

В основу работы полевой столовой (пункта питания) закладывается принцип поточности при обработке продуктов, приготовлении пищи и выдаче ее военнослужащим. Полевые кухни, полевые плиты и технологическое оборудова-

ние размещаются в приспособленных для этой цели временных сооружениях или палатках с учетом последовательности технологического процесса так, чтобы исключить встречные и перекрещивающиеся потоки сырья, полуфабрикатов, готовой продукции, использованной и чистой посуды.

Обработка и подготовка сырья, приготовление пищи, нарезка хлеба, мойка кухонной посуды и инвентаря проводится в специально выделенных помещениях (палатках), которые оснащаются всем необходимым технологическим оборудованием.

Полевые столовые (пункты питания) должны быть обеспечены необходимым запасом моющих и дезинфицирующих средств.

Для соблюдения условий личной гигиены работниками питания полевые столовые (пункты питания) оборудуются рукомойниками с мылом и емкостями с дезинфицирующим раствором соответствующей концентрации.

Для получения горячей воды и кипячения посуды используются полевые кухни, для хранения запасов питьевой воды — цистерны.

На удалении 20–25 метров от пищеблока оборудуется специальное место для чистки и мытья котелков. В этих местах устанавливаются столы и емкости для горячей воды с кранами, вдоль столов отрываются канавки с водосборником. Для дезинфекции используются дезинфицирующие средства, разрешенные к применению Министерством здравоохранения.

Особенности организации питания кулинарной обработки продуктов и технологии приготовления пищи на полигонах (в лагерях) определяются правовыми актами Министерства обороны.

Кухонная посуда и разделочный инвентарь используются в строгом соответствии с их маркировкой.

Запрещается использование простокваши-самокваса в качестве напитка и приготовление из него творога. Выдача мясных (рыбных) порций без повторной тепловой обработки и хранение вскрытых банок с консервами запрещается. В период с 15 мая по 15 октября запрещается приготовление изделий из мясного и рыбного фарша, макарон по-флотски.

На довольствие военнослужащим пищевые продукты должны поступать только при наличии документов, удостоверяющих их качество и безопасность, а также иметь четкие данные о сроках их годности.

Молочные продукты получают только при наличии документов, удостоверяющих качество и сроки их реализации. Сметана, молоко и другие молочные продукты выдаются на довольствие военнослужащим только после предварительной обработки.

Запрещается использование пищевых продуктов с истекшими сроками годности. Получение и реализация скоропортящихся продуктов при отсутствии исправного холодильного оборудования запрещается.

На все транспортные средства, предназначенные для подвоза продовольствия и воды, оформляются санитарные паспорта. Данные транспортные средства также укомплектовываются специальной одеждой в соответствии с нормами вещевого обеспечения, утвержденными соответствующими правовыми актами Министерства обороны.

Перед выходом воинской части (подразделения) на полигон (в лагерь) проводится внеочередное медицинское обследование работников питания, а также водителей автомобильного транспорта для подвоза продовольствия и воды. Результаты медицинского обследования и допуск к работе заносятся в их санитарные книжки.

Санитарно-гигиенические требования к банно-прачечному обслуживанию военнослужащих. Банно-прачечное обслуживание военнослужащих осуществляется в соответствии с правовыми актами Министерства обороны.

Для помывки военнослужащих используются стационарные или полевые бани. Помывка военнослужащих в бане производится еженедельно с обязательной одновременной сменой полного комплекта нательного и постельного белья, а также портянок (носок).

Полы (окрашенные напольные решетки) в помещениях для раздевания и одевания военнослужащих подметаются и вытираются влажными тряпками, а скамьи (окрашенные) — тряпками, смоченными дезраствором. В моечном отделении скамьи и полы обливаются горячей водой. Уборка помещений бани производится после каждой смены моющихся.

В целях профилактики педикулеза медицинский персонал во время телесных осмотров в бане тщательно проверяет волосистые части тела (голова, подмышечные впадины, лобок), а также возможные места обитания вшей на нижнем белье и обмундировании (воротнички, складки, швы белья и т. д.).

При выявлении случаев педикулеза, все военнослужащие подразделения подвергаются внеочередной помывке в бане со сменой нательного и постельного белья, дезинсекции обмундирования и постельных принадлежностей. Постельные принадлежности, обмундирование и другие вещи подвергаются обработке в дезинфекционных камерах, а при отсутствии такой возможности обрабатываются дезинсекционными средствами. Нательное и постельное белье замачивается в дезрастворе, после чего оно отжимается, прополаскивается в теплой воде и стирается обычным способом.

Помещение и предметы обстановки подвергаются орошению дезсредствами. После дезинсекции помещения проветривают в течение 2–3 часов, затем в них проводят влажную уборку.

Гигиенические особенности передвижения войск. В период подготовки к передвижению необходимо:

- произвести санитарно-эпидемиологическую разведку маршрута, в том числе района передвижения, мест привалов, ночлега, дневок, водоисточников и т. п.;
- выявить больных или ослабленных, неспособных следовать с подразделением;
- провести мероприятия по предупреждению заболеваний и травм, в том числе потертостей, тепловых ударов, отморожений и т. д.;
- подготовить медицинский персонал к выполнению своих обязанностей в период передвижения и размещения воинской части (подразделения) вне пункта постоянной дислокации;
- провести занятия со всеми категориями военнослужащих по тематике санитарно-гигиенического воспитания.

Накануне предстоящего перемещения организуется проведение медицинского осмотра, а при необходимости и обследование военнослужащих с целью выявления лиц, у которых имеются заболевания, препятствующие их передвижению в составе своих подразделений. В ходе проводимого медицинского осмотра и обследования также принимается решение на передвижение военнослужащих, проходящих лечение в МП воинской части. Непосредственно в период проведения медицинского осмотра и обследования с учетом индивидуальной оценки состояния здоровья военнослужащим даются соответствующие рекомендации, направленные на сохранение их здоровья.

При передвижении войск медицинский контроль включает:

- предупреждение поражений военнослужащих радиоактивными и отравляющими веществами, БС через воздух, продукты питания и воду;
- профилактику переутомления, перегреваний и переохлаждений военнослужащих;
- предупреждение отравлений выхлопными газами;
- профилактику эпидемических заболеваний, не связанных с применением бактериальных средств.

Предупреждение поражений военнослужащих сильнодействующими ядовитыми, радиоактивными веществами и бактериальными средствами во время передвижения войск достигается:

- проведением предварительной разведки маршрутов движения, мест привалов, дневного и ночного отдыха, непрерывной радиационной, химической и бактериологической разведкой во время передвижения;
- обеспечением средствами индивидуальной защиты, специфической и неспецифической профилактики, а также подготовкой военнослужащих к использованию указанных средств;
- проведением своевременной санитарной обработки военнослужащих;
- организацией систематического контроля за полученными дозами облучения;
- систематическим радиометрическим и санитарно-токсикологическим контролем за используемыми продуктами питания, готовой пищей и питьевой водой.

Предупреждение переутомления военнослужащих при передвижении достигается:

- соблюдением уставных положений по организации режима передвижения и отдыха;
- обеспечением трехразовым питанием и доброкачественной питьевой водой;
- правильной подгонкой обмундирования и снаряжения;
- устройством удобных сидений в кузовах автомобилей;
- корректирующими физическими упражнениями, снимающими утомление, связанное с длительной статической нагрузкой.

Предупреждение перегревания военнослужащих в жаркую погоду при передвижении достигается:

- правильной организацией питьевого режима с употреблением воды порциями по 100–120 мл по мере возникновения жажды;
- организацией своевременного отдыха в тени, но с наветренной стороны;

- рассредоточением строя (при передвижении в пешем строю);
- проветриванием подкостюмного пространства за счет расстегивания воротников, обшлагов, снятия поясов и т. д.;
- использованием головных уборов, защищающих от прямых солнечных лучей;
- уменьшением весовой нагрузки за счет передачи части вещей и снаряжения на транспорт;
- передвижением в ранние утренние и вечерние часы, а также ночью;
- смачиванием одежды и автомобильных тентов водой.

Предупреждение переохлаждений и отморожений в холодную погоду достигается:

- использованием рациональной одежды и обуви, обладающими достаточными тепло- и ветрозащитными свойствами;
- утеплением кузовов автомобилей, БТР и других боевых машин, организацией обогрева военнослужащих на привалах;
- применением химических грелок;
- своевременным обеспечением подразделений горячей пищей и водой.

Предупреждение отравления военнослужащих выхлопными газами достигается:

- соблюдением уставных дистанций между машинами;
- проветриванием кузовов автомобилей и устройством вентиляции в БТР и танках;
- глушением моторов на остановках, особенно на плохо проветриваемых участках дороги (лес, овраги и т. п.).

Предупреждение эпидемических заболеваний, не связанных с применением БО, достигается:

- запрещением использования трофейных продуктов питания и получаемых от местного населения, воды из необследованных водоисточников (без разрешения представителей медицинской службы);
- соблюдением правил личной гигиены;
- рационально организованной системой сбора, удаления, обезвреживания нечистот и отбросов.

Перевозка войск железнодорожным транспортом организуется и проводится в соответствии с Наставлением по перевозкам войск железнодорожным и другими видами транспорта. Военские части, подразделения и команды большой численности перевозятся специальными поездами, называемыми воинскими эшелонами.

Перед погрузкой подразделения сосредотачиваются в районе ожидания, после выгрузки — в районе сбора. Военнослужащие перевозятся в пассажирских или товарных крытых вагонах. В четырехосном вагоне перевозится 64–72 человека, при продолжительности перевозок менее одних суток — 100 человек.

При продолжительности перевозки войск более трех суток и при наличии в воинском поезде не менее 10 людских вагонов в его состав включается вагон-изолятор. В одном из вагонов врач (фельдшер) развертывает МП. В условиях применения противником БО вагон-изолятор выделяется независимо от продолжительности перевозки и количества перевозимых военнослужащих.

Горячая пища готовится по единой раскладке и должна выдаваться не менее двух раз в сутки, а на военно-продовольственных пунктах — не менее одного раза в сутки (готовится за 30–40 мин до прибытия воинского эшелона). Остальное положенное по норме довольствие (в количестве 50 % суточной нормы) выдается военнослужащим сухим пайком. Снабжение воинского эшелона водой производится в местах, где предусмотрена стоянка поезда не менее 15 мин и имеются водоразборные устройства. Запрещается набирать воду для питья из тендеров паровозов и открытых водоемов. В вагонах, занимаемых военнослужащими, организуется запас воды для питья в закрывающихся бачках, флягах.

Начальник медицинской службы эшелона назначается из числа врачей или фельдшеров воинской части, перевозимой в данном эшелоне. При численности эшелона до 300 человек и продолжительности пребывания войск в пути до 3 суток начальником медицинской службы эшелона может быть назначен фельдшер или врач, во всех остальных случаях — только врач. НМС эшелона подчиняется начальнику эшелона. Он обязан также выполнять требования органов санитарного контроля. НМС эшелона отвечает за организацию в пути медицинской помощи раненым и больным, осуществление медицинского контроля за санитарным состоянием вагонов, питанием, водоснабжением военнослужащих и соблюдением ими правил личной и общественной гигиены. Он обязан проводить осмотры военнослужащих эшелона с целью своевременного выявления больных и, при необходимости, их изоляции. НМС эшелона обязан проводить санитарно-просветительную работу среди военнослужащих эшелона, организовать специальную подготовку медицинского персонала и военно-медицинскую подготовку военнослужащих подразделений. Кроме этого, он должен также осуществлять контроль за точностью записей в маршрутном листе (о санитарном состоянии эшелона, санитарной обработке военнослужащих, заболеваемости в эшелоне и др.).

При возникновении в эшелоне инфекционных заболеваний (2 % от численности заболевших однородными или 5 % заболевших разнородными инфекционными болезнями), а также при обнаружении хотя бы одного случая особо опасных инфекций (ООИ) воинский эшелон по решению командующего войсками оперативного направления выгружается и направляется в наблюдательный пункт, который развертывается силами гражданского здравоохранения. В случае смерти кого-либо из состава воинского эшелона тело умершего передают в ближайшую военную медицинскую организацию (медицинское подразделение).

3.5.2. ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ВОЙСКАХ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

В военное время ПЭМ проводятся с целью предупреждения возникновения инфекционных заболеваний среди военнослужащих, а в случае их появления — локализации и ликвидации эпидемических очагов.

ПЭМ включают:

1. Мероприятия по предупреждению заноса инфекционных заболеваний с пополнением:

– опрос, медицинский осмотр пополнения, выявление, изоляция инфекционных больных, их обследование и лечение;

- выявление, учет лиц, переболевших инфекционными заболеваниями, которые могут быть источниками инфекции;
- проведение профилактических прививок ранее не иммунизированным военнослужащим.

В период массовой мобилизации призывные и сборные пункты военкоматов не всегда могут обеспечить необходимый комплекс ПЭМ. В этих условиях важнейшим противоэпидемическим барьером по предупреждению заноса инфекции в действующие войска должны являться запасные воинские части тыла. В них проводится весь комплекс ПЭМ до полной ликвидации эпидемического очага среди военнослужащих, отправляемых в район боевых действий.

2. Мероприятия по предупреждению заражения военнослужащих от местного населения:

- изучение СЭС в районах действий воинской части;
- осуществлением мероприятий по ограничению контакта с населением, исключению заражения через приобретаемое у него продовольствие и потребление воды из местных непроверенных источников;
- привлечением местного населения к проведению ПЭМ.

3. Мероприятия по профилактике заражения военнослужащих в природных очагах инфекционных заболеваний:

- оценка степени эпидемической опасности очага и риска заражения военнослужащих;
- представление командованию предложений по защите военнослужащих от заражения;
- обеспечение военнослужащих средствами защиты от кровососущих переносчиков инфекции и обучение правилам пользования ими;
- проведение дератизации и дезинсекции на наиболее опасных участках местности;
- обучение военнослужащих правилам поведения на территории природного очага, мерам личной профилактики;
- проведение профилактических прививок (по эпидемическим показаниям).

4. Мероприятия по активному, раннему выявлению инфекционных больных и лиц, подозрительных на инфекционные заболевания, их изоляцию и эвакуацию в инфекционные отделения военных медицинских организаций (в изоляторы медицинских подразделений) (изоляторы) с соблюдением мер, исключающих рассеивание инфекции.

Выявление инфекционных больных осуществляется при приеме раненых и больных, поступающих на ЭМЭ, при медицинских осмотрах и опросах, а бактерионосителей — путем лабораторного обследования. Для изоляции инфекционных больных, оказания им медицинской помощи в составе омеда разворачиваются изоляторы на 2 инфекции.

Важное значение имеет организация ПЭМ среди военнопленных. На пунктах приема, а также в лагерях для военнопленных представители медицинской службы (включая фельдшеров) проводят активное выявление инфекционных больных и подозрительных на заболевания. Выявленные больные помещаются в изолятор при МП лагеря военнопленных. Перед отправкой военнопленных

проводятся повторные медицинские осмотры, чтобы не пропустить лиц с признаками инфекционных заболеваний, санитарная обработка и другие требуемые эпидемической обстановкой мероприятия.

Оценка санитарно-эпидемического состояния соединения (воинской части) и района действий (расположения) соединения (воинской части). Организация и объем ПЭМ определяется конкретными условиями в боевой обстановке, а также СЭС войск и района их действий. Каждый НМС обязан постоянно иметь точное представление о СЭС войск и занимаемого района.

СЭС соединения (воинской части) и района действий (расположения) соединения (воинской части) может быть благополучным, неустойчивым, неблагополучным и чрезвычайным.

СЭС соединения (воинской части) считается **благополучным**, если отсутствуют острозаразные заболевания; имеются единичные инфекционные заболевания среди военнослужащих (кроме ранее не наблюдавшихся в данной местности) при удовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии соединения (воинской части).

СЭС района действий (расположения) соединения (воинской части) считается **благополучным**, если: СЭС района действий (расположения) войск благополучное; противник не применял БО; отсутствуют острозаразные заболевания среди населения; имеются единичные инфекционные заболевания среди населения и отсутствуют условия для их дальнейшего распространения; санитарно-гигиеническое состояние района действий (расположения) удовлетворительное; эпизоотическая обстановка не представляет опасности для войск.

Благополучное состояние войск и занимаемых ими районов не может служить основанием для ослабления мер противоэпидемического обеспечения.

СЭС соединения (воинской части) считается **неустойчивым**, если появились единичные не наблюдавшиеся ранее инфекционные заболевания; имеется рост числа инфекционных заболеваний; имеются групповые инфекционные заболевания без тенденций к дальнейшему распространению при удовлетворительном санитарно-гигиеническом состоянии соединения (воинской части).

СЭС района действий (расположения) соединения (воинской части) считается **неустойчивым**, если: СЭС района действий соединения (воинской части) неустойчивое или неблагополучное; санитарно-гигиеническое состояние соединения (воинской части) неудовлетворительное; возникли не наблюдавшиеся среди населения групповые инфекционные заболевания; имеются эпизоотические очаги зоонозных инфекций, представляющих угрозу заноса их в войска; санитарно-гигиеническое состояние района действий войск неудовлетворительное; войска располагаются вблизи крупных эпидемических очагов или очага бактериального заражения.

О неустойчивом СЭС соединения (воинской части) или действий (расположения) соединения (воинской части) НМС докладывает командованию и вышестоящему НМС и информирует соседей.

СЭС соединения (воинской части) считается **неблагополучным**, если появились групповые инфекционные заболевания с тенденцией к дальнейшему распространению; появились единичные случаи заболевания ООИ; противник применил БО, не включающее возбудителей ООИ.

СЭС района действий (расположения) соединения (воинской части) считается **неблагополучным**, если нарастает количество инфекционных заболеваний (эпидемическая вспышка) среди местного населения с тенденцией к распространению; обнаружены единичные заболевания ООИ.

Неблагополучное СЭС соединения (воинской части) или района действий (расположения) соединения (воинской части) объявляется приказом командующего операционного направления. Для проведения ПЭМ привлекаются противоэпидемические силы и средства.

СЭС соединения (воинской части) считается **чрезвычайным**, если число инфекционных больных нарастает в короткий срок, что приводит к потере боеспособности соединения (воинской части); регистрируются повторные случаи заболеваний ООИ; установлен факт применения по соединению (воинской части) БО в виде возбудителей ООИ.

СЭС района действий (расположения) соединения (воинской части) считается **чрезвычайным**, если среди местного населения имеются групповые заболевания ООИ или широко распространены другие инфекционные заболевания; по району действий соединения (воинской части) в качестве БО применены возбудители ООИ; активизировались природные очаги чумы и появились заболевания этой инфекцией среди населения.

Чрезвычайное СЭС соединения (воинской части) объявляется приказом Министра обороны. В соединении (воинской части) устанавливается карантин. Для проведения ПЭМ начальник ВМУ МО направляет необходимые силы и средства.

Противоэпидемические мероприятия в воинской части во время обеспечения основных видов боевой деятельности.

Противоэпидемические мероприятия в воинской части в обороне. Возможности оценки СЭС района размещения войск зависят от условий, в которых войска переходят к обороне. Когда необходимость или целесообразность перехода к обороне возникает в ходе наступления в условиях напряженных боев с противником, войска имеют, как правило, ограниченное время для организации обороны. В этом случае производится обследование в первую очередь наиболее важных участков местности для предполагаемой группировки подразделений.

Более благоприятные условия для работы медицинской службы создаются при заблаговременном переходе к обороне при отсутствии непосредственного соприкосновения с противником. Тогда санитарно-эпидемиологическая разведка проводится по принципу районирования всей территории. Выявленные очаги подлежат не только локализации, но и максимальному обезвреживанию вплоть до ликвидации. Санитарно-эпидемиологическая разведка повторяется и, в конечном счете, переходит в санитарно-эпидемиологическое наблюдение. По результатам санитарно-эпидемиологической разведки и санитарно-эпидемиологического наблюдения определяют объем и содержание профилактических мероприятий.

Продолжительность нахождения войск на одном месте в обороне может обусловить загрязнение территории. В результате этого создается больше условий для распространения ряда инфекционных заболеваний, особенно кишечной группы в летнее время, по сравнению с тем, что наблюдается при наступлении. Совместное размещение военнослужащих войск в укрытиях облегчает механизм

передачи капельных инфекций. В соответствии с этим наиболее важными профилактическими мероприятиями являются эпидемиологический надзор за санитарным состоянием территории размещения, питанием и водоснабжением, а также предупреждение капельных инфекций. При необходимости проводится иммуно- и экстренная профилактика.

Противоэпидемические мероприятия в воинской части в наступлении.

В период подготовки к наступлению НМС воинской части на основе оценки данных обстановки сосредоточивает внимание на проведении мероприятий, обеспечивающих эпидемическое благополучие войск к моменту наступления. Проводятся мероприятия, направленные на предупреждение заражения военнослужащих или заболеваний в случае возможного заражения. С этой целью при наличии показаний и времени в подготовительный период могут проводиться прививки военнослужащим и другие профилактические мероприятия.

Для определения объема мероприятий, направленных на предотвращение заражений (и заболеваний) в ходе наступательного боя, осуществляется сбор сведений, характеризующих СЭС района предстоящих боевых действий и войск противника. Для этого используются медико-географические справки, проводится опрос местных жителей и военнослужащих, через командиров ставятся задачи разведывательным подразделениям. Сведения санитарно-эпидемического порядка собираются при проведении медицинской разведки. В наступлении с ходу в первую очередь обращается внимание на СЭС маршрутов выдвижения воинской части, рубежей ее развертывания.

В ходе подготовки к наступлению определяется также порядок эвакуации инфекционных больных, проведение санитарно-эпидемиологической разведки и донесение о ее результатах, осуществляется пополнение израсходованных средств противоэпидемической защиты и создание запасов дезинфектантов, инсектицидов, средств экстренной профилактики и прочее, уточняется дислокация санитарно-эпидемиологических организаций (подразделений), возможные варианты связи с ними и взаимодействие с их специалистами. Осуществляется также комплекс мероприятий по защите войск от БО. Предусматриваются мероприятия по забору и доставке проб из очагов применения БО и другие мероприятия по ликвидации последствий его применения.

В ходе наступательного боя санитары и санитарные инструкторы рот, фельдшера батальонов, наряду с оказанием первой доврачебной помощи раненым, проводят санитарно-эпидемиологическую разведку с обозначением выявленных эпидемических очагов в целях предупреждения или ограничения контакта с ними личного состава войск. НМС воинской части в соответствии с информацией фельдшеров батальонов и другими данными проводит дополнительные мероприятия по санитарно-эпидемиологической разведке и более детальному обследованию выявленных очагов, расширяя и углубляя объем информации. Дополнительные мероприятия по санитарно-эпидемиологической разведке на направлении главного удара проводят специалисты санитарно-эпидемиологической организации. В соответствии со степенью опасности очагов для войск и конкретной обстановкой проводятся некоторые первичные мероприятия по локализации этих очагов, например, изоляция больных и организация их охраны. Санитарно-

эпидемиологические организации обеспечивают проведение лабораторных исследований, в том числе с целью специфической индикации бактериальных средств. По докладу НМС распоряжением командира воинской части запрещаются остановки в населенных пунктах, неблагополучных в эпидемическом отношении, а также в природных очагах заболеваний, определяется порядок пользования водой и проводятся другие мероприятия, вытекающие из обстановки.

Противоэпидемические мероприятия в воинской части на марше. Задачи медицинской службы по противоэпидемической защите марша определяются тем, что сведения о СЭС территории, по которой осуществляется марш, могут быть недостаточны или вовсе отсутствовать.

При подготовке и проведении марша основное внимание обращается на проведение санитарно-эпидемиологической и бактериологической разведки на маршрутах движения, в местах больших привалов, а также дневного и ночного отдыха. Разведке подлежит также район назначения. При организации разведки следует предусмотреть заблаговременное получение сведений и проведение необходимых мероприятий до подхода главных сил. НМС воинской части выделяет для этой цели медицинского работника или специальную группу, которая следует с передовым отрядом, авангардом или разведывательными подразделениями.

Профилактические мероприятия в войсках в период подготовки к маршу, как и при других видах боевой деятельности войск, определяются особенностями СЭС воинской части. Учитывается также имеющаяся информация о СЭС маршрута движения, мест стоянок, привалов и районов сосредоточения.

3.5.3. ПОНЯТИЕ О БИОЛОГИЧЕСКОМ ОРУЖИИ И ЕГО ПОРАЖАЮЩИХ ФАКТОРАХ

Основу БО составляют боевые БС и их токсины, способные вызывать заболевания и смерть людей и животных, гибель растений. В качестве биологических агентов в настоящее время могут быть использованы следующие возбудители бактериальной, вирусной, риккетсиозной природы, а также биологические токсины: чума, туляремия, сибирская язва, мелиоидоз, сап, бруцеллез, натуральная оспа, геморрагические лихорадки Ласса, Эбола, Марбурга, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, венесуэльский энцефаломиелит лошадей, японский энцефалит, Ку-лихорадка, эпидемический сыпной тиф, пятнистая лихорадка скалистых гор, ботулотоксин, клостридиальные токсины, стафилококковые и другие. Боевые биологические средства могут применяться в виде жидких и сухих рецептур, в одном миллиграмме которых содержится до 10–12 живых микробных клеток.

Способы применения биологических средств:

- аэрозольный, связанный с созданием биологического аэрозоля для заражения приземного слоя атмосферы, местности с находящимися в ней людьми и военной техникой с помощью специальных бомб и генераторов;
- трансмиссивный, связанный с преднамеренным рассеиванием искусственно зараженных бактериальными средствами насекомых (клещей);
- диверсионный, связанный с преднамеренным и скрытым заражением БС воздуха, воды, продовольствия с помощью специальных средств диверсионного снаряжения.

Особенности БО, отличающие его от других средств массового поражения:

- избирательность поражения только живой материи, материальные ценности остаются неповрежденными;
- высокая поражающая способность оружия на значительных пространствах площадью десятка тысяч и более квадратных километров;
- наличие скрытого (инкубационного) периода, измеряемого временем от момента заражения до появления первых клинических симптомов заболевания;
- высокая проникающая способность БО, невозможность обнаружения органами чувств;
- длительность и сложность обнаружения БО, трудность диагностики поражений и лечения пораженных;
- сильное психологическое воздействие на людей;
- зависимость от метеоусловий (скорости ветра, относительной влажности, осадков).

Биологическая защита войск. В биологической защите войск условно выделяют мероприятия, проводимые в предвидении применения БО, в момент применения БО, в период ликвидации последствий применения БО.

В предвидении применения БО проводят занятия с военнослужащими по защите от БО; заготавливают вакцины, сыворотки, антибиотики, химиопрепараты, а также лабораторное имущество. В данный период проводится также биологическая, санитарно-эпидемиологическая разведка и наблюдение с целью своевременного выявления возможностей противника к применению БО и оповещения войск об угрозе его применения. Создаются силы и средства медицинской службы для ликвидации последствий применения этого вида оружия, проводится иммунопрофилактика военнослужащих по схеме военного времени (трианатоксин).

В момент применения БО защита военнослужащих от его поражающего действия сводится к оповещению воинских частей о биологическом заражении и использованию военнослужащими индивидуальных (противогазы, респираторы) и коллективных (герметизированные убежища различной конструкции, оборудованные фильтровентиляционными установками и работающие на режиме полной изоляции) средств защиты.

В период ликвидации последствий применения БО проводятся режимно-ограничительные (усиленное медицинское наблюдение, обсервация и карантин) мероприятия.

Важное место отводится **экстренной профилактике поражений в очаге**. В отличие от иммунопрофилактики она проводится после применения БО. В ее задачу входит предупреждение или ослабление поражений, вызванных любым биологическим агентом в период инкубации заболевания. Основу экстренной профилактики составляют антибиотики широкого спектра действия, химиопрепараты, сыворотки, анатоксины, интерферон, иммуномодуляторы. В аптечку первой помощи индивидуальную (АППИ), находящуюся у каждого военнослужащего, входит табельный препарат — антибиотик (доксциклин в количестве 2 капсул), который применяется в очаге биологического заражения по команде командиров подразделений до установления вида возбудителя. После установления вида возбудителя и его чувствительности к антибиотикам общая экстрен-

ная профилактика переходит в специальную экстренную профилактику, которая предусматривает преемственность в сроках и дозах назначения препаратов.

В круг обязанностей медицинской службы входит также осуществление всех **дезинфекционных мероприятий** на ЭМЭ и контроль за качеством обеззараживания, проводимого другими службами. Для этого используются эффективные моюще-дезинфицирующие препараты (хлордезин, хлордин, ниртан, сульфаклорантин).

Важное место в системе противобактериологической защиты войск отводится **лечебно-эвакуационному обеспечению инфекционных больных**, оказавшихся в очаге биологического заражения. Цель его — оказание квалифицированной и СМП пораженным БО и предупреждение выноса инфекции из войск операционного направления в тыл, а также внутригоспитальных заражений на ЭМЭ. Первичная изоляция инфекционных больных, как правило, проводится в изоляторе на этапе первой врачебной помощи, где на них заполняется первичная медицинская карточка с черной полосой «изоляция». Затем эвакуация инфекционных больных осуществляется в изолятор на этап КМП либо в специализированную больничную организацию системы Министерства здравоохранения.

3.5.4. МЕДИЦИНСКАЯ РАЗВЕДКА

Виды и задачи медицинской разведки. Медицинской разведкой называется сбор данных о природных и социально-экономических условиях территории, о противнике и его медицинской службе, проводимый в интересах ОМОВ. Данные медицинской разведки способствуют принятию обоснованного решения по ОМОВ. Медицинская разведка организуется и ведется постоянно при подготовке и в ходе боя.

Получение данных об условиях, в которых предстоит работать медицинской службе, о СЭС района расположения или действия своих войск или их тылов входит в задачу медицинской разведки. Эти данные позволяют своевременно организовать и провести мероприятия по предупреждению заболеваемости военнослужащих, надлежащим образом организовать ПЭМ в воинских частях и подразделениях и наилучшим образом применить силы и средства медицинской службы в целом.

В зависимости от задач, которые ставятся перед медицинской разведкой, по своему содержанию она может быть медико-тактической и санитарно-эпидемиологической.

В ходе **медико-тактической разведки** местных условий собираются сведения, необходимые для организации практической работы той или иной военной медицинской организации (медицинского подразделения) или ЭМЭ. Например, определяются характер местности, назначенной для расположения ЭМЭ, пригодность дорог для движения санитарного транспорта, наличие водоисточников, наличие местных средств для улучшения размещения раненых в приспособленных помещениях населенных пунктов (кровати, подстилочный материал, перевязочные средства и т. д.). Задачей медико-тактической разведки является также выявление гражданских больничных организаций, медицинского персонала и медицинского имущества и установление возможности их использования.

Санитарно-эпидемиологическая разведка имеет целью сбор сведений об условиях, влияющих на санитарное состояние войск и способствующих заносу в них инфекционных заболеваний. К этим сведениям должны быть отнесены данные о заболеваемости среди местного населения, состоянии водоисточников, об условиях расквартирования войск, о наличии или отсутствии переносчиков инфекции и т. д.

Медицинская разведка может вестись: одиночными медицинскими работниками различной квалификации (санитарными инструкторами, фельдшерами, врачами, врачами-специалистами, например эпидемиологами); разведывательными группами в составе нескольких медицинских работников; специальными военными медицинскими подразделениями, например, группами, снаряжаемыми санитарно-эпидемиологическим центром (СЭЦ), СЭЛ.

Цель медицинской разведки. Медицинская разведка ведется медицинским персоналом с целью изучения:

- СЭС района предстоящих боевых действий (условия жизни и быта населения, состояние коммунально-бытового хозяйства, наличие и характер инфекционных заболеваний и эпизоотий, другие факторы, которые могут влиять на СЭС войск);

- санитарного состояния маршрутов перемещения войск и эвакуации раненых и больных, а также зданий и помещений, намечаемых для размещения военнослужащих;

- наличия и состояния объектов и участков местности, которые могут быть использованы для развертывания ЭМЭ (в батальоне — МПб, МПР и ПСТ);

- наличия и состояния гражданских лечебных и профилактических организаций, а также медицинского персонала и медицинского имущества в них;

- СЭС войск противника и состояния его медицинской службы.

Медицинская разведка в боевых условиях всегда связана с установленным сроком, по истечении которого добываемые ею сведения теряют свою ценность. Поэтому организация медицинской разведки должна предусматривать выявление не только тех сведений, которые нельзя узнать другим путем, но главным образом тех, которые при данной конкретной обстановке имеют наиболее важное значение.

При наступательных боевых действиях, как показывает опыт ВОВ, требуется особая четкость организации медицинской разведки. Ввиду возможности быстрого изменения эпидемической обстановки в районах военных действий (передвижение населения, возвращение беженцев и т. п.) возникает необходимость повторных исследований. Поэтому опыт медицинской службы выявил целесообразность эшелонирования медицинской разведки с тем, чтобы каждый последующий эшелон дополнял работу предыдущего.

Первый эшелон медицинской разведки организуется за счет средств медицинской службы соединений и воинских частей. Его задача состоит в том, чтобы выявить очаги заразных заболеваний и предупредить войска от соприкосновения с этими очагами. Второй и третий эшелоны медицинской разведки являются значительно более мощными, чем первый эшелон, и состоят из резерва начальника ВМУ МО. Задачи этих эшелонов — дальнейшее выявление новых очагов, в том числе и выявленных первым эшелоном медицинской разведки.

Во всех случаях основное внимание должно быть обращено на районы и направления, где сосредоточивается основная масса войск и где находятся объекты, имеющие особое значение для медицинской службы, например, возможные источники эпидемий, медицинские организации, здания (помещения) для развертывания ЭМЭ.

При совершении батальоном (подразделением) марша проведение мероприятий медицинской разведки также крайне важно. Усиленная потребность в воде на марше вызывает необходимость заранее знать места расположения водоисточников с доброкачественной водой для питья и приготовления пищи. Назначение привалов, дневного (ночного) отдыха должно производиться в наиболее удобных местах, где есть все необходимое (вода, топливо, помещения и т. д.). Вместе с тем нельзя допускать, чтобы на марше военнослужащие подвергались опасности заболевания инфекционными болезнями вследствие расположения в населенных пунктах (расквартирования в помещениях), где есть или недавно находились инфекционные больные. Поэтому маршрут движения до начала марша тщательно изучается.

При длительном размещении войск на одной территории сбор сведений о санитарно-эпидемической обстановке и изучение осуществляется путем санитарно-эпидемиологического наблюдения. Для проведения санитарно-эпидемиологического наблюдения вся территория, на которой размещаются войска и их тылы, делится на районы (районирование территории). Эти районы закрепляются за военными медицинскими организациями (медицинскими подразделениями), которые и ведут санитарно-эпидемиологическое наблюдение. Такое наблюдение позволяет своевременно выявить применение противником бактериальных средств, появление инфекционных заболеваний и другие изменения в СЭС района.

Основными способами медицинской разведки являются:

- непосредственное обследование территории и отдельных объектов;
- взятие, при необходимости, материалов для исследования у людей, животных и отбор проб из объектов внешней среды для их исследования на месте либо для отправления в лабораторию;
- сбор данных от местных медицинских работников и населения;
- участие в допросе пленных, в частности медицинских работников, и изучение документов, захваченных у противника.

Мероприятия медицинской разведки выполняются медицинским персоналом самостоятельно или включаются в состав войсковой (тыловой, инженерной) разведки.

Пути получения сведений о медицинской обстановке: изучение военно-географических, экономических и медицинских описаний районов; получение сведений от штабов; сбор и проверка данных, имеющихся у местных медицинских работников и населения; участие в опросе военнопленных и, в частности, пленных медицинских работников; непосредственное обследование районов и отдельных объектов органами медицинской службы.

Требования, предъявляемые к медицинской разведке: достоверность, своевременность, непрерывность, преемственность, целеустремленность и активность.

Достоверность медицинской разведки предполагает добывание безусловно правильных сведений, полностью соответствующих фактической обстановке.

Всякая неточность в сведениях или искажение может повести к неправильным выводам и погрешностям в ОМОВ.

Своевременность и *быстрота* медицинской разведки являются также непременным ее условием. Запоздалое получение сведений не позволит заблаговременно осуществить профилактические мероприятия и подготовить медицинскую службу к работе в новой обстановке.

Непрерывность и *систематичность* сбора сведений всеми медицинскими начальниками позволяет быстро реагировать на изменения обстановки. Это особенно актуально в связи с тем, что условия, влияющие на работу военных медицинских организаций (медицинских подразделений), как и вообще медицинская обстановка, носят не постоянный характер, а отличаются большой изменчивостью.

Преемственность медицинской разведки предполагает использование полученных сведений не только медицинским начальником, организовавшим разведку, но и предоставление добытых данных другим должностным лицам медицинской службы, для которых эти сведения могут также играть важную роль (старшему медицинскому начальнику, соседи). При смене воинских частей или подразделений НМС обязан сообщать своему преемнику имеющиеся в его распоряжении данные медицинской разведки.

Целеустремленность медицинской разведки заключается в строгом подчинении целей разведки задачам МО, сосредоточение ее усилий на важнейших направлениях (районах, объектах).

Активность медицинской разведки заключается в настойчивом добывании всеми возможными способами необходимых сведений.

Организация и проведение медицинской разведки. При организации медицинской разведки не следует распылять ее силы и средства, а сосредоточить и направить их для выявления или уточнения лишь тех вопросов, которые остаются неясными после использования уже имеющихся данных.

Предварительная работа медицинского начальника по организации медицинской разведки состоит в уяснении вопросов медицинской обстановки, которые нуждаются в уточнении, и к какому сроку эти данные необходимо иметь. В первую очередь проводится:

- уяснение предстоящей боевой задачи воинской части (подразделения) и предстоящего района боевых действий;
- изучение этого района по карте;
- ознакомление с имеющимися данными о медицинской обстановке и их изучение;
- уяснение перечня вопросов, которые необходимо выяснить посредством медицинской разведки;
- определение времени, которым может располагать медицинская служба для проведения разведки и получения ее результатов, исходя из срока выполнения воинской частью (подразделением) боевой задачи.

В тех случаях, когда время на медицинскую разведку ограничено и один разведчик не может выполнить намеченных задач, последние необходимо расчленить и распределить между несколькими разведчиками. Ускорение получения данных разведки достигается также выделением в распоряжение разведчиков быстроходных транспортных средств, например, БТР, автомобиля или мотоцикла.

Квалификация лиц, которым поручено проведение медицинской разведки, должна полностью соответствовать объему и характеру получаемой им задачи. В одном случае разведку может выполнить санитарный инструктор, в других случаях она должна быть поручена фельдшеру или врачу.

Получив задачу о порядке и сроках проведения разведки, разведчик должен, прежде всего, уяснить поставленную задачу и порядок ее выполнения. Все неясные для него вопросы он обязан уточнить у начальника, организующего разведку. После этого разведчик должен изучить по карте назначенный для медицинской разведки район, заранее изготовить необходимые схемы, вычертить маршрут и составить рабочий план проведения разведки. Рабочий план должен представлять последовательное перечисление объектов и задач разведки с указанием времени, необходимого на дорогу до района разведки и от одного объекта к другому, для обследования каждого объекта, выполнения необходимых исследований, оформления результатов разведки и для отправки донесения. Только обеспечив себя всем необходимым для выполнения разведки и составив рабочий план, медицинский разведчик может приступить к выполнению возложенного на него задания.

Задачи на организацию и проведение медицинской разведки доводятся до исполнителей устными распоряжениями НМС воинской части. В этих распоряжениях обычно указываются: объекты разведки и задачи, решаемые на каждом этапе; состав групп и от кого выделяются военнослужащие, старшие групп, средства связи и передвижения; время начала и окончания разведки; время и место докладов результатов разведки.

Санитарный инструктор роты ведет медицинскую разведку в районе размещения и боевых действий военнослужащих роты. Главными его задачами в этом плане являются обнаружение (путем опроса населения) больных с подозрением на заразные заболевания и других возможных источников заражения военнослужащих; удобных путей вывоза (выноса) раненых из расположения роты; местных ресурсов, необходимых ему для работы.

НМС — начальник МПб — организует и проводит медицинскую разведку по оси движения МПб в наступлении и батальонном районе обороны, в местах размещения военнослужащих в исходном районе (районе сосредоточения) на марше, на привалах и в районах дневного (ночного) отдыха. Главными ее задачами являются:

- выявление инфекционных больных путем опроса населения и осмотра подозрительных на инфекционное заболевание и других возможных источников заражения военнослужащих;
- установление санитарного состояния жилых помещений и населенных пунктов, укрытий (убежищ), оставленных противником, и водоисточников;
- определение путей вывоза раненых с поля боя и их эвакуации из района боевых действий батальона;
- выявление мест, удобных для развертывания МПб, и местных ресурсов, необходимых для его работы.

Начальник медицинской службы соединения организует медицинскую разведку в полосе действия соединения, сосредотачивая основные усилия на главном направлении, на участке обороны соединения, в исходном районе (районе

сосредоточения), в районах привалов и дневного (ночного) отдыха на марше. Он ведет разведку лично и привлекает к ее проведению силы и средства санитарно-эпидемиологической лаборатории. Главными задачами медицинской разведки, организуемой НМС соединения, являются: выявление инфекционных больных путем опроса населения (в первую очередь медицинских работников) и осмотра подозрительных на инфекционное заболевание; отбор проб для специфической индикации бактериальных средств и доставка их в лабораторию; установление санитарного состояния населенных пунктов и водоисточников; выявление путей эвакуации и местных транспортных средств, мест удобных для развертывания омеда, необходимых медицинской службе соединения местных ресурсов.

Источниками получения сведений для медицинского разведчика могут служить: личное обследование объектов разведки и выполнение простейших исследований посредством приборов и реактивов, находящихся в комплектах (наборах); местные лечебные организации или местные органы власти; местное население. Наиболее достоверные данные можно получить лишь при личном обследовании. Сведения, полученные у местного населения или у местных органов власти и в лечебных организациях, могут считаться достоверными, если они подтверждают друг друга.

Оформление результатов медицинской разведки. В донесение о результатах медицинской разведки включаются только достоверные сведения. Однако важные данные, для установления полной достоверности которых у разведчика не было необходимых средств и знаний, также включаются в донесение, причем указывается, когда и через кого они получены, а также какие силы и средства, куда и к какому сроку должны быть направлены для полного выяснения и подтверждения этих данных.

Медицинские разведчики могут сообщить полученные ими данные разведки путем личного доклада посланному на разведку медицинскому начальнику, отправкой письменного донесения, составлением отчетной карточки.

Вне зависимости от формы донесения разведчик обязан дать полный ответ на все вопросы, поставленные ему в задании. Донесение должно быть коротким, сжатым и ясным, с указанием источников, из которых получены сведения.

Лучшим оформлением результатов медицинской разведки является отчетная карточка, которая представляет схему обследованного района, на которой условными графическими обозначениями отмечаются все данные, представляющие интерес для медицинской службы. То, что не может быть изображено на схеме графически, излагается дополнительно в виде краткой пояснительной записки к схеме, составленной по пунктам и написанной на полях отчетной карточки на свободном от чертежа месте. Как всякая схема, отчетная карточка должна быть озаглавлена в соответствии со своим содержанием, иметь обозначение сторон света, объяснение условных знаков, масштаб, подпись, время и дату составления.

Оформление данных медицинской разведки в виде отчетных карточек позволяет значительно сократить само донесение по разведке, ограничивая его выводами и практическими предложениями.

3.6. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОЕДИНЕНИЙ (ВОИНСКИХ ЧАСТЕЙ) МЕДИЦИНСКИМИ ТЕХНИКОЙ И ИМУЩЕСТВОМ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

3.6.1. ЗАДАЧИ И ПРИНЦИПЫ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

Военно-медицинское снабжение — это комплекс мероприятий по определению потребности, истребованию, заготовке, подвозу, учету, хранению, отпуску, правильной эксплуатации, ремонту и списанию медицинского имущества.

Военно-медицинское снабжение является одной из важнейших составных частей МО ВС.

Целью военно-медицинского снабжения является удовлетворение потребности войск в медицинском имуществе, подача его в должной номенклатуре, в соответствующем количестве, надлежащего качества и к определенному сроку.

Формы и методы организации обеспечения войск медицинским имуществом находятся в прямой зависимости от общих принципов тылового, медицинского обеспечения, а также от экономических возможностей страны, уровня развития отечественной медицинской науки и техники.

Организация обеспечения войск медицинскими техникой и имуществом базируется на принципах, сформировавшихся в результате опыта МО войн и военных конфликтов XX века.

Принцип централизованной организации военно-медицинского снабжения состоит в сосредоточении запасов медицинского имущества в ведении вышестоящего начальника, распределении и подачи имущества по его распоряжениям. Принцип централизованного обеспечения медицинским имуществом остается действенным и в настоящее время, а в случае возникновения массовых СП, когда потребность в нем имуществе значительно возрастает, будет иметь решающее значение.

Плановость в организации обеспечения войск медицинскими техникой и имуществом проявляется в установленной периодичности представления различных донесений и заявок на медицинское имущество и отпуске его по планам довольствующего органа.

Основой четко **нормированного натурального довольствия** является отпуск материальных средств, в том числе и медицинского имущества, натурой в пределах установленной нормы снабжения. Кроме отпуска имущества натурой, исходя из практической необходимости и фактической возможности децентрализованных заготовок, довольствующим органам могут выделяться денежные средства для закупки медицинского имущества непосредственно воинскими частями и военно-медицинскими организациями.

Система натурального довольствия по нормам снабжения наиболее рационально разрешает вопросы обеспечения войск имуществом в различных условиях, в частности при развертывании, в ходе боевых действий, при дислокации воинских частей в удаленных районах.

Принцип экономичности и бережливости в современной войне будет проявляться в бережном и экономном расходовании медицинского имущества, в максимально эффективном использовании всех имеющихся сил и средств военно-медицинского снабжения.

Принцип живучести системы военно-медицинского снабжения в условиях войны связан со способностью ее быстрого восстановления за счет имеющихся и приданных сил и средств.

Принцип высокой готовности заключается в быстром развертывании сил и средств военно-медицинского снабжения, четком мобилизационном планировании, содержании запасов медицинского имущества в готовности к немедленному отпуску и использованию по прямому назначению.

Принцип обеспечения преимущественно комплектами медицинского имущества удовлетворяет одному из важнейших современных требований, предъявляемых к медицинской службе, — быстрой отмотобилизации и оперативности снабжения в ходе боевых действий.

Военно-медицинское снабжение ВС РБ обеспечивается соответствующей организацией, которая строится в зависимости от структуры медицинской службы, организации тыла, выполняемых задач.

Успех проведения мероприятий военно-медицинского снабжения войск находится в прямой зависимости от подготовки кадров, современного материального оснащения, наличия резервов медицинского имущества, а также четкой организации снабжения.

В интересах полного и бесперебойного обеспечения войск медицинским имуществом решается обширный комплекс различных задач. Основными из них являются:

- определение потребности в медицинском имуществе и его заготовка, требование, руководство и контроль за деятельностью баз и складов снабжения;
- организация приема, хранения, освежения, отпуска, ремонта, учета медицинского имущества;
- контрольно-ревизионная работа;
- контроль за правильностью расходования и эксплуатации медицинского имущества и организация мероприятий по экономному и рациональному его использованию;
- участие в разработке и принятии новых и постоянное совершенствование существующих на снабжении образцов медицинского оснащения;
- совершенствование форм и методов организации обеспечения войск медицинскими техникой и имуществом;
- подготовка военных врачей и провизоров, постоянное повышение их специальных знаний.

Командир (начальник) любого уровня обязан организовывать учет и хранение, своевременно истребовать материальные средства и организовывать их получение, хранение, учет, подвоз и выдачу подчиненным, предотвращать утраты, недостачи, порчу и хищения военного имущества, привлекать виновных лиц к ответственности, предусмотренной законодательством Республики Беларусь.

Обязанности должностных лиц изложены в Уставе внутренней службы ВС РБ, Инструкции о порядке МО ВС РБ, Инструкции о порядке организации хозяйственной деятельности в соединениях, воинских частях, военных учебных заведениях и организациях МО РБ, а также в специальных положениях и руководствах, регламентирующих вопросы военно-медицинского снабжения.

В основе организации медицинского снабжения в военное время лежит принцип систематического планового подвоза медицинского имущества на медицинские склады соединений для пополнения запасов и удовлетворения текущих нужд воинских частей.

Потребность в медицинском имуществе определяется путем проведения расчетов в межбоевой период. При подготовке к бою НМС соединения (воинской части) в зависимости от характера предстоящего боя, количества предполагаемых СП и объема оказываемой медицинской помощи рассчитывает возможный расход медицинского имущества специального назначения. Если этот расход превышает наличие имущества в соединении (воинской части), вышестоящему НМС направляется заявка на все недостающее имущество, после чего НМС соединения (воинской части) обеспечивает своевременный подвоз медицинского имущества из довольствующего органа своим транспортом.

Определение потребности в медицинском имуществе в военное время в соединениях (воинских частях) рассчитывается по типовым нормам снабжения на военное время, приведенным в табелях к их штатам. В отличие от норм мирного времени, каждая типовая норма на военное время полностью включает все инвентарные расходные предметы, положенные данной воинской части.

Количество санитарных носилок, медицинских сумок, лямок специальных и санитарных рассчитывается на основе данных о штатной численности соответствующего медицинского состава. Количество индивидуальных средств медицинской защиты определяется штатной численностью военнослужащих воинской части.

Заблаговременное создание и эшелонирование установленных запасов, своевременность их восстановления имеют важное значение для бесперебойного и полного обеспечения медицинским имуществом.

Запасы создаются в омедо для оказания КМП на 1500 раненых и для пополнения запасов в омедо на 1500 раненых.

Запасы медицинского имущества накапливаются и содержатся как в мирное, так и в военное время. В мирное время по способу содержания и предназначения запасы медицинского имущества подразделяются на запасы текущего обеспечения (снабжения) и неприкосновенные.

К *запасам текущего обеспечения* относится имущество соединений (воинских частей), состоящее на их оснащении в соответствии со штатами, табелями, нормами снабжения на мирное время, и также имущество, содержащееся на медицинских складах для обеспечения текущих потребностей. Эти запасы называются переходящими.

Переходящие запасы медицинского имущества накапливаются на военных медицинских складах в размере 25 % годовой потребности и используются для обеспечения бесперебойного снабжения войск, оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях и доукомплектования формирований военного времени.

Неприкосновенные запасы медицинского имущества накапливаются и сохраняются в мирное время для обеспечения мобилизационного развертывания войск и осуществления их МО в начальный период войны. Различают неприкосновенные запасы в зависимости от целевого предназначения.

Войсковые запасы медицинского имущества предназначены для формирования, развертывания медицинских подразделений соединений (воинских частей) или перевода их на штаты военного времени, приведения их в боевую готовность.

Оперативные запасы предназначены для пополнения расхода и боевых потерь медицинского имущества в соединениях (воинских частях) при их оперативном развертывании и в первых боевых операциях и хранятся на медицинских складах.

Запасы Центра (стратегические запасы) предназначены для обеспечения новых формирований, пополнения безвозвратных боевых потерь медицинского имущества. Запасы Центра являются резервом Центра и накапливаются по планам ВС.

3.6.2. МЕДИЦИНСКОЕ ИМУЩЕСТВО И ЕГО КЛАССИФИКАЦИЯ

Медицинским имуществом принято называть совокупность специальных материальных средств, предназначенных для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных, профилактики, диагностики поражений и заболеваний, ухода за ними, проведения санитарного надзора и медицинского контроля, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, лабораторных, аптечных и других работ, а также для учебных целей.

Медицинской промышленностью выпускается значительное количество наименований лекарственных средств и изделий медицинского назначения. В настоящее время разрешено к применению только лекарственных средств и их сочетаний более 7000 наименований. В то же время, условия военного времени, как показывает опыт прошлых войн, всегда выдвигают требования максимального сокращения номенклатуры медицинского имущества с целью сосредоточения усилий на обеспечении особо важным и жизненно необходимым медицинским имуществом. На снабжение войск принимаются основные оправдавшие себя на практике, наиболее эффективные лекарственные средства и изделия медицинского назначения, пригодные к эксплуатации в сложных условиях боевых действий.

Перечень медицинского имущества имеет тенденцию к постоянному увеличению, что связано с внедрением в практику новейших достижений медицинской науки, бурным развитием медицинской и других отраслей промышленности — химической, микробиологической, электронной. В связи с этим медицинское имущество систематизировано и классифицировано.

Систематизированный перечень медицинского имущества, сгруппированный по целевому назначению или виду продукции, принято называть **номенклатурой**.

3.6.2.1. Классификация медицинского имущества

Для удобства планирования, определения потребности и обеспеченности, хранения и ведения учета состоящее на снабжении ВС медицинское имущество классифицируется (подразделяется) по порядку использования, условиям хранения, фармакологическим, товароведческим, учетным и другим признакам.

В системе организации обеспечения войск медицинскими техникой и имуществом наибольшее значение имеют классификации медицинского имущества: по классам и группам; по учетному признаку; по использованию и назначению; условиям хранения; по отношению к табелям.

Классификация по классам и группам (фармакологическим и товароведческим) используется при определении потребности в медицинском имуществе, его истребовании. Данная классификация упрощает ориентацию врача в огромном количестве медицинского имущества, используемого медицинской службой ВС.

Медицинское имущество делится на следующие классы:

I. Лекарственные средства, бакпрепараты, дезрастворы, химреактивы, тесты и т. п.

II. Изделия медицинской техники (медицинская техника).

III. Изделия медицинского назначения.

IV. Комплекты медицинского имущества.

Лекарственное средство — вещество или сочетание нескольких веществ природного, синтетического или биотехнологического происхождения, обладающее специфической фармакологической активностью и в определенной лекарственной форме применяемое для профилактики, диагностики и лечения заболеваний людей, предотвращения беременности, реабилитации больных или для изменения состояния и функций организма путем внутреннего или внешнего применения.

Изделия медицинской техники (медицинская техника) — медицинские приборы, аппараты, оборудование, инструменты и комплексы, предназначенные для диагностики, лечения, профилактики и (или) обеспечения этих процессов.

Изделия медицинского назначения — расходные и (или) вспомогательные изделия, предназначенные для обеспечения диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний. В эту группу можно отнести оборудование для развертывания ЭМЭ.

Комплект медицинского имущества — регламентированная по номенклатуре и количеству совокупность предметов медицинского имущества, размещенных в общей укладке, предназначенных для оказания определенному количеству раненых и больных установленного объема медицинской помощи, их лечения или для выполнения других мероприятий, проводимых медицинской службой (лабораторные исследования, изготовление лекарств, проведение санитарной обработки и т. д.).

Классы медицинского имущества могут делиться на группы и подгруппы.

Классификация по учетному признаку. Деление медицинского имущества по учетному признаку предопределяет порядок ведения учета и списания его в расход.

По учетному признаку медицинское имущество делится на расходное (некатегорийное) и инвентарное (категорийное). Принадлежность медицинского имущества к расходному или инвентарному указывается в сборниках норм снабжения медицинским имуществом, отчет-заявках и в описях комплектов, наборов, сумок и аптек.

К расходному имуществу относят: предметы разового пользования (лекарственные средства, бактериальные препараты, шовные материалы, перевязочные средства и другое аналогичное имущество); предметы, приходящие в негодность при кратковременном применении предметы (иглы хирургические, боры зубо-врачебные, пробирки, перчатки хирургические и анатомические, пробки резиновые и другие аналогичные предметы).

К инвентарному (категорийному) имуществу относят предметы длительного использования, изнашивающиеся постепенно, имеющие установленные сроки эксплуатации и наработки до ремонта (аппараты, приборы, хирургические инструменты, врачебно-медицинские предметы и др.).

В военное время техническое (качественное) состояние инвентарного медицинского имущества определяется по степени годности к эксплуатации:

– годное — имущество новое, бывшее или находящееся в пользовании, а также требующее ремонта, производство которого возможно в воинских частях и соединениях;

– требующее ремонта — имущество, подлежащее среднему и капитальному ремонту в специальных мастерских;

– негодное — имущество, подлежащее списанию.

В зависимости от качественного состояния инвентарное медицинское имущество *в мирное время* подразделяется на пять категорий:

– I категория — имущество новое, не бывшее в эксплуатации, со сроком хранения до 5 лет, технически исправное;

– II категория — имущество технически исправное, используемое по прямому назначению или находящееся на хранении менее 5 лет после среднего или капитального ремонта;

– III категория — имущество, требующее проведения среднего ремонта или используемое по прямому назначению (находящееся на хранении) более 10 лет, а также находящееся на хранении более 5 лет после среднего ремонта;

– IV категория — технически неисправное, требующее проведения капитального ремонта или используемое по прямому назначению (находящееся на хранении) более 15 лет, а также находящееся на хранении более 5 лет после капитального ремонта имущество, имеющее в своем составе сложные узлы и агрегаты;

– V категория — технически неисправное имущество, непригодное к применению по прямому назначению, восстановление которого технически невозможно или экономически нецелесообразно.

В мирное время по назначению медицинское имущество подразделяется на медицинское имущество текущего снабжения (обеспечения) и медицинское имущество длительного хранения (неприкосновенного запаса), а в военное время, кроме того, на медицинское имущество специального назначения и медицинское имущество общего назначения.

Медицинское имущество *текущего снабжения (обеспечения)* предназначено для удовлетворения повседневных потребностей медицинской службы, а медицинское имущество *длительного хранения* — для обеспечения формирования и развертывания военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений по штатам и табелям военного времени. Оно включает в себя медицинское имущество как специального, так и общего назначения.

Медицинское имущество *специального назначения* включает в себя сокращенную номенклатуру особо важных и жизненно необходимых средств для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных на ЭМЭ, расходуемых в период боевых действий в больших количествах. К медицинскому имуществу специального назначения относятся основные антибиотики, кровезаменители, перевязочные материалы, шины, индивидуальные средства медицинской защиты, средства для обработки ран, средства для наркоза, релаксанты, шприцы, иглы, перчатки хирургические, первичные медицинские карточки и др.

Номенклатура этого имущества может меняться в зависимости от характера боевых поражений, методов лечения и профилактики. В ходе боевых действий этот перечень может быть сокращен или расширен, однако во всех случаях он должен включать лишь самые необходимые средства.

К медицинскому имуществу *общего назначения* относятся все расходные и инвентарные средства для обеспечения текущих потребностей медицинской службы, не вошедшие по номенклатуре в перечень медицинского имущества специального назначения.

3.6.3. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ МЕДИЦИНСКИМИ ИМУЩЕСТВОМ И ТЕХНИКОЙ

Выполнение задач по обеспечению медицинским имуществом достигается планомерным распределением (эшелонированием) его запасов по этапам оказания медицинской помощи в зависимости от ее вида и от вероятного количества раненых и больных. При этом эшелонирование медицинского имущества осуществляется так, чтобы немедленно, уже на поле боя, приступить к оказанию первой помощи (медицинской).

Довольствующими органами медицинского имущества являются ВМУ МО, медицинская служба ОК и омедо соединения.

Свою работу довольствующие органы осуществляют: через базу хранения медицинских техники и имущества; медицинские склады бригады материального обеспечения ОК; медицинские склады соединений; ремонтные подразделения; аптеки воинских частей, военных медицинских организаций (медицинских подразделений).

На организации и подразделения медицинского снабжения возлагаются прием, хранение, учет, ремонт, приготовление, комплектование, расфасовка и отпуск медицинского имущества по нарядам довольствующего органа.

Непосредственными организаторами и исполнителями по медицинскому снабжению в соединении является начальник отделения медицинского снабжения омедо. Он определяет потребность в медицинском имуществе, истребует

недостающее имущество, ведет учет и отчетность, контролирует расходование медицинского имущества в воинских частях, организует ремонт медицинской техники и восстановление медицинского имущества.

Основным принципом медицинского снабжения является подача и подвоз медицинского имущества «сверху – вниз». НМС ОК обеспечивает своевременную подачу медицинского имущества механизированным бригадам и воинским частям ОК, НМС омбр — ее отдельным батальонам, НМС — начальник МПБ (врач, фельдшер) — ротам. Для подвоза медицинского имущества используется порожняк всех видов санитарного транспорта, транспорт подвоза.

Плановое пополнение расходного имущества общего назначения в межбоевой период осуществляется один раз в месяц по заявкам-нарядам из медицинских складов бригад материального обеспечения ОК или их отделений.

Для покрытия срочных нужд в связи с изменением боевой обстановки, меняющимся объемом и характером работы медицинской службы, а также при боевой убыли применяется иной порядок пополнения медицинским имуществом — порядок боевого обеспечения.

В *порядке боевого обеспечения* отпускается медицинское имущество специального назначения, которое необходимо для оказания медицинской помощи раненым и пораженным и проведения срочных профилактических мероприятий из расчета на 2–3 дня фактической потребности соединения (воинской части). Это имущество отпускается по разовым заявкам любой формы и в любое время (заявки — письменно, по радио, устно и т. п.).

Наряду с плановым пополнением и боевым обеспечением может осуществляться экстренная подача расходного и инвентарного медицинского имущества для покрытия срочных нужд по распоряжению вышестоящего НМС без предварительных заявок от соединений (воинских частей) (автоматическая выдача).

Военнослужащие обеспечиваются индивидуальными средствами оказания первой помощи (медицинской). Все боевые и специальные машины укомплектовываются положенными медицинскими аптечками.

В особых случаях (на период распутицы, при действиях воинских частей в тылу противника и т. д.) распоряжением вышестоящего НМС могут создаваться повышенные запасы медицинского имущества специального назначения.

В интересах оперативного и своевременного снабжения соединений (воинских частей) медицинским имуществом при решении возникших перед медицинской службой задач соответствующий НМС создает резерв (15–20 % от потребности). Находящееся в резерве медицинское имущество специального назначения должно быть подготовлено к быстрой доставке в соединения (воинские части), в которых возникла острая в нем необходимость (очаг массового поражения, боевая потеря имущества). Это имущество, как правило, заблаговременно размещается на транспортных средствах и продвигается за войсками.

Потребность соединения (воинской части) в медицинском имуществе в военное время исчисляется на предстоящий бой (в ОК — на определенный календарный период).

Исходными данными для определения потребности являются: задачи, стоящие перед соединениями (воинскими частями); численность военнослужащих;

величина и структура ожидаемых СП; коечная емкость и установленный объем медицинской помощи.

Истребование необходимого медицинского имущества производится по заявкам-нарядам, которые по своей форме являются одновременно отчетом о расходовании имущества за прошедший период, донесением о наличии на день составления и заявкой на планируемый период (бой, операцию). НМС-МПб (врач, фельдшер) — составляет заявку на имущество специального назначения и текущего снабжения по произвольной форме и представляет ее НМС соединения (получение имущества на МПб производится через склад медицинского имущества омедо).

НМС-начальник МПб (врач, фельдшер) — обеспечивает медицинским имуществом санитарных инструкторов рот. Имущество, поступающее в аптеки и на медицинские склады, регистрируется в книгах учета материальных средств, где отражается не только количество, но и его качество (категорийность).

Хранение медицинского имущества в полевых условиях должно осуществляться в надежной таре, упаковке и укупорке, которые предохраняют его от вредного воздействия внешней среды и от поражающих факторов современного оружия, в том числе ОМП.

Особое внимание обращается на правильное хранение наркотических, психотропных лекарственных средств и лекарственных средств списка «А», огнеопасных предметов, бактериальных препаратов, крови и т. д. Наркотические, психотропные лекарственные средства и лекарственные средства списка «А» хранятся отдельно от других лекарственных средств в запирающихся и опечатываемых ящиках, наличие их систематически проверяется. Сильно действующие медицинские препараты (список Б) хранятся в аптеке или складе под замком. Кровь в полевых условиях доставляется и хранится в термоизоляционных контейнерах, а в летнее время — в землянках (погребках).

Сбор и повторное использование (после соответствующей обработки) жгутов, шин, косынок и т. д., а также трофейного медицинского имущества способствует улучшению обеспеченности военных медицинских организаций (медицинских подразделений) этими средствами. Заготовка крови и ее препаратов осуществляется в отделениях переливания (заготовки) крови военных медицинских организаций (медицинских подразделений).

Медицинское имущество, подвергнутое воздействию ОМП, используется для работы только после тщательной проверки на отсутствие заражения и изменения химических свойств. После дезактивации имущество подвергается тщательному дозиметрическому контролю на отсутствие заражения выше допустимых уровней.

Контроль за состоянием медицинского снабжения осуществляется путем проведения проверок по плану командира соединения (воинской части) и производится НМС, внутрипроверочными комиссиями и имеет целью проверить: обеспеченность соединения (воинской части) положенным по табелю медицинским имуществом; фактическое наличие и правильность расходования медицинского имущества; условия хранения и состояние учета имущества; правильность эксплуатации медико-санитарной техники; организацию приготовления лекарственных форм и др.

3.7. МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНИКА И ИМУЩЕСТВО ЭТАПОВ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Полевое медицинское имущество. Медицинское имущество (оснащение), приспособленное для использования в частях действующей армии, принято называть полевым. Это оснащение должно удовлетворять ряду специальных требований, обеспечивающих его пригодность к эксплуатации, хранению, транспортировке в полевых условиях.

На эксплуатацию, хранение и транспортировку медицинского имущества в полевых условиях влияют частые развертывания и свертывания ЭМЭ, функциональных подразделений медицинских организаций Министерства обороны, климатические факторы (холод, жара, высокая относительная влажность), поражающие факторы современных видов оружия, работа с возможной перегрузкой при массовом поступлении раненых и больных.

Номенклатура полевого медицинского оснащения приведена в сборниках норм снабжения на военное время. Она включает следующие основные группы: аптечки и пакеты индивидуальные (перевязочные и противохимические), комплекты медицинского имущества, подвижную медицинскую технику, типовое оборудование, санитарно-хозяйственное имущество.

Основу полевого оснащения составляют комплекты медицинского имущества. Они обеспечивают высокую мобилизационную готовность медицинских подразделений и военных медицинских частей и организаций, оперативность в снабжении, защиту медицинского имущества от факторов внешней среды и частично от поражающих факторов современных видов оружия и др.

Организация оказания неотложной медицинской помощи во многом зависит от оснащенности медицинского персонала современным табельным полевым медицинским имуществом, в том числе носимыми укладками медицинского имущества. Создание и совершенствование носимого медицинского оснащения имеет большое значение для максимального приближения медицинской помощи к раненым и больным. Особую актуальность данная проблема приобрела в связи с изменением тактики ведения боевых действий и МО пострадавших в современных условиях. От качества и оперативности действий медицинских специалистов зависят жизнь и конечные результаты лечения пострадавших.

Медицинское оснащение, положенное воинской части, можно разделить: на средства индивидуального медицинского оснащения военнослужащих; средства группового медицинского оснащения военнослужащих; комплектно-табельные средства медицинского оснащения штатного медицинского персонала (санитара, санитарного инструктора, фельдшера, врача); комплектно-табельные средства медицинского оснащения военно-медицинских подразделений и военно-медицинских частей (МПб, медр, омедо).

3.7.1. СРЕДСТВА ИНДИВИДУАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСНАЩЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Индивидуальное медицинское оснащение военнослужащих позволяет самому пострадавшему или его товарищу оказать первую (медицинскую) помощь непосредственно на месте ранения (поражения).

Каждый военнослужащий ВС оснащается АППИ¹. Кроме того на вооружении у военнослужащих разных воинских специальностей могут состоять: аптечка десантная (АД) — предмет индивидуального медицинского оснащения личного состава сил специальных операций ВС (ССО); аптечка медицинская индивидуальная (АМИ) — предмет индивидуального медицинского оснащения личного состава воинских частей и подразделений специального назначения; аптечка водолазная индивидуальная (АВИ) — для оснащения боевых пловцов специального назначения.

Аптечка первой помощи индивидуальная (АППИ) предназначена для оснащения каждого военнослужащего с целью снижения воздействия поражающих факторов современных видов оружия и оказания первой помощи (медицинской) в порядке само- и взаимопомощи.

Обеспечивает применение антидотов для профилактики и при поражениях фосфорорганическими отравляющими веществами (ФОВ), обезболивание при ранениях и ожогах с целью предупреждения травматического или ожогового шока, успокоение тошноты и рвоты, профилактику раневой инфекции, радиационных поражений и поражений БС. Содержит:

1. **Пакет перевязочный медицинский индивидуальный** (ППИ) стерильный, 1 шт. Рассчитан на оказание первой помощи (медицинской) в порядке само- и взаимопомощи. Обеспечивает наложение первичной повязки на рану и ожоговую поверхность с целью остановки кровотечения и предохранения ран и ожогов от вторичного инфицирования, а также наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе с помощью полимерной (прорезиненной) оболочки. Содержит: стерильную повязку в бумажной оболочке, состоящую из бинта шириной 10 см, длиной 7 м и двух одинаковых по величине ватно-марлевых подушечек размером 17×32 см; одна из подушечек пришита к бинту, а другая связана с ним подвижно и может свободно перемещаться по его длине. В складке внутренней оболочки имеется безопасная булавка. Упаковка — оболочка из полимерного (прорезиненного) материала. Масса — 100 г.

2. **Пакет противохимический индивидуальный** (ИПП-11) — средство нейтрализации токсичных и раздражающих веществ (смягчает раздражения) на коже человека и на средствах индивидуальной защиты, в том числе и для экстренной нейтрализации на пораженной коже. При заблаговременном нанесении на кожу предохраняет от воздействия ОВ от 6 до 24 часов. Рассчитан на оказание первой помощи (медицинской) в порядке само- и взаимопомощи при поражении капельно-жидкими ОВ. Обеспечивает проведение частичной санитарной обработки открытых участков кожных покровов и непосредственно прилегающих к ним участков обмундирования, зараженных капельно-жидкими ОВ.

ИПП-11 представляет собой герметичный пакет из металлизированной пленки с насечками, содержащий тампон, пропитанный нейтрализующим противохимическим составом (ланглик). На пакете напечатана инструкция.

Для разовой обработки шеи, рук, лица и прилегающих кромок одежды достаточно одного пакета. ИПП-11 может храниться при температуре от –50 °С до +50 °С. Гарантийный срок хранения — 5 лет, но может быть продлен при хоро-

¹ Принята на снабжение ВС РБ приказом МО РБ от 6 июня 2016 г. № 709.

шем состоянии оболочки. Также может применяться для лечения термических и химических ожогов кожи, язв, мелких порезов, гнойных ран. Жидкость пакета обладает также дезинфицирующим действием. Рекомендуется иметь не менее 4 штук на человека.

3. **Средство для обеззараживания воды таблетированное** (индивидуальное), 10 таблеток в упаковке. Предназначено для очистки природных вод, обеззараживания рук и очистки ран. Известными таблетками для обеззараживания воды являются «Неоаквасепт», аквасепт, клорсепт, аква tabs, аквабриз.

4. **Жгут кровоостанавливающий резиновый**, 1 шт. Предназначен для временной остановки наружного кровотечения.

5. **Антисептическое средство** во флаконе, предназначенное для обработки.

6. **Пенал из полимерных материалов**, упаковка — специальный пластмассовый футляр с перегородками, на внутренней стороне которого приведены перечень и краткое предназначение препаратов, входящих в аптечку. Масса — 100 г. В пенале размещаются:

– *инъекционный анальгетик в ампуле*: раствор промедола 2 % для инъекций (1 мл, в шприце-тюбике, 1–2 шт.) — наркотическое обезболивающее средство, применяемое самостоятельно для купирования болевого синдрома;

– *антибиотик широкого спектра действия*: таблетки Доксициклина гидрохлорида 0,2 в пенале, 2 пенала; применяется по команде старшего при угрозе заражения биологическими агентами или самостоятельно при ранениях и ожогах;

– *противорвотное средство*: таблетки Метоклопрамида 0,1 по 10 шт. в упаковке, 1 уп. Для профилактики рвоты принимают по 1 табл. (10 мг) 3 раза в день;

– *радиозащитное средство*: таблетки калия йодида 0,2 по 10 шт. в пенале, 1 пенал. Применяется по команде по 125 мг (0,5 таб.) в день в течение 10 суток как профилактическое средство при возможном поражении йодом-131;

– *средство при отравлении фосфорорганическими средствами*:

раствор Атропина сульфат 0,1 % 1 мл для инъекций в шприце-тюбике, 1 шт. Лечебные противоядия (антидоты), применяемые самостоятельно при поражении фосфорорганическими веществами при появлении первых признаков: ухудшение зрения (утрата способности видеть вдаль), слюнотечение, затруднение дыхания;

раствор Будаксима для инъекций 1 мл в шприце-тюбике, 1 шт. — средство для оказания первой помощи при поражениях ФОВ;

7. **Средство при отравлении аварийно, химически опасными веществами** (антидот СО в шприц-тюбике).

8. **Шприц инъекционный однократного применения** вместимостью 2 мл (5 мл), применяется для введения в мягкие ткани и полости лекарства посредством иголки.

9. **Средство перевязочное гемостатическое** «Гемосток» стерильное в упаковке, 1 уп. — кровоостанавливающее средство.

10. **Чехол аптечки АППИ**. 1 шт. Предназначен для хранения и защиты содержимого аптечки от повреждающих факторов внешней среды.

11. **Инструкция-памятка АППИ**. 1 шт. Для руководства в ходе использования предметов АППИ.

Самостоятельно при наличии показаний применяются следующие препараты: средство при отравлении ФОВ — при первых признаках поражения ФОВ; противоболевое средство — при ранениях, травмах и ожогах, сопровождающихся сильными болями; противобактериальное средство — при ранениях, ожогах; противорвотное средство — при появлении тошноты, вызванной воздействием различных факторов (ионизирующим излучением, контузией).

По указанию командира (старшего) применяются: радиозащитное средство — в предвидении боевых действий на радиоактивно загрязненной территории; противобактериальное средство — при опасности инфекционного заражения; противорвотное средство — в предвидении воздействия радиации.

Средства при отравлении ФОВ № 1 и № 2. Первый шприц-тюбик применяется при первых признаках поражения ФОВ (затруднение дыхания, появление слюнотечения и нарушение зрения), второй — через 5–10 минут после введения содержимого первого шприц-тюбика при нарастании симптомов поражения.

Противоболевое средство применяется при сильных болях, вызванных переломами, ожогами, обширными ранами. В зависимости от показаний вводится содержимое одного или сразу двух шприц-тюбиков.

Аптечка десантная является предметом индивидуального оснащения личного состава воздушно-десантных подразделений сил специальных операций ВС. Она предназначена для оказания первой помощи раненым и больным и обеспечивает обезболивание при ранениях, ожогах и травмах, временную остановку артериального кровотечения, наложение первичной повязки на рану и ожоговую поверхность, обеззараживание индивидуального запаса воды.

Аптечка десантная содержит: наркотический анальгетик, жгут кровоостанавливающий, ППИ, бинт марлевый стерильный, лейкопластыри бактерицидные, средство для обеззараживания воды. Размещается в защитном чехле, масса — 400 г.

Лекарственные средства, содержащиеся в аптечках, могут применяться военнослужащими в зависимости от показаний как по указанию командира (старшего), так и самостоятельно.

3.7.2. СРЕДСТВА ГРУППОВОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСНАЩЕНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

Экипажи и расчеты танков и других подвижных объектов вооружения и военной техники обеспечиваются аптечкой войсковой — групповое средство медицинского оснащения боевых машин и военной техники на колесном и гусеничном ходу. Кроме того, на вооружении у экипажей летательных аппаратов (вертолетов и самолетов) имеются: аптечка бортовая летательных аппаратов на одного члена экипажа (АБ-1); аптечка бортовая летательных аппаратов на трех членов экипажа (АБ-3); аптечка аварийная (АА) для оснащения летного состава.

Для оснащения личного состава водолазной группы специального назначения и пополнения аптечек АВИ на задании используется аптечка водолазная групповая (АВГ); для оснащения водолазных команд без штатного медицинского состава может использоваться также аптечка водолазная (АВК).

Аптечка войсковая предназначена для оказания первой помощи (медицинской) в порядке само- и взаимопомощи экипажам (расчетам) боевых машин

и военной техники на колесном и гусеничном ходу. Рассчитана на оказание помощи 3–4 раненым, больным и обожженным.

Обеспечивает обработку окружности раны, наложение первичной повязки на рану и ожоговую поверхность, временную остановку кровотечения, выведение из обморочного состояния, обеззараживания индивидуальных запасов воды. Содержит: антисептик (10 ампул с оплеткой по 1 мл 5 % спиртового раствора йода), раздражающее средство (10 ампул с оплеткой по 1 мл 10 % водного раствора аммиака), средство для обеззараживания воды (2 упаковки нео-аквасепта по 0,05, по 10 таблеток в упаковке), перевязочные средства (бинт марлевый стерильный длиной 5 м, шириной 10 см; повязка медицинская малая стерильная, 3 шт.; косынка медицинская перевязочная; лейкопластырь размером 5 м × 5 см), жгут кровоостанавливающий резиновый, булавки безопасные, 5 шт. Упаковка — коробка картонная. Масса — 800 г.

Аптечка бортовая (АБ) предназначена для оказания первой помощи в порядке само- и взаимопомощи членами летного экипажа и пассажирами воздушного судна. Различают следующие виды аптечек бортовых: АБ-1 — аптечка бортовая летательных аппаратов на одного человека; АБ-3 — аптечка бортовая летательных аппаратов на трех человек; АБ-50 — аптечка бортовая летательных средств на 50 пассажиров в салоне; АБ-100 — аптечка бортовая летательных средств на 100 пассажиров в салоне.

АБ-1 содержит: раствор аммиака 10 %, 1 мл в амп. с оплеткой — 1 амп.; раствор йода спиртовой 5 %, 1 мл в амп. с оплеткой — 3 амп.; Фенамин 0,01, 10 табл. в упаковке (наркотический препарат) — 1 уп.; бинт марлевый шириной 7 см, длиной 5 м, стерильный — 2 шт.; булавка безопасная — 2 шт.; ППИ — 1 шт.

3.7.3. КОМПЛЕКТНО-ТАБЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОСНАЩЕНИЕ (СРЕДСТВА) ШТАТНОГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ, ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ЧАСТЕЙ

К штатному медицинскому персоналу военно-медицинских подразделений и военно-медицинских частей относят: санитаря, санитаря-носильщика, стрелка-санитаря и водителя-санитаря (санитарного инструктора), фельдшера и врача (начальника МП).

Кроме перечисленных предметов индивидуального медицинского оснащения, медицинский персонал обеспечиваются СС, СМВ, лямкой медицинской носилочной (санитарной), лямкой медицинской (специальной) Ш-4, нарукавным знаком Красного Креста, а звено санитаров-носильщиков — носилками санитарными и ремнем привязным к носилкам. Для обозначения «гнезд» раненых санитару и санитарному инструктору могут выдаваться устройства, передающие радиосигналы.

Медицинское оснащение санитаря и санитарного инструктора обеспечивает наложение первичной повязки на рану, временную остановку кровотечения, кратковременную транспортную иммобилизацию переломов, ран и ожогов, профилактику поражений ионизирующими излучениями, введение антидотов при поражении ОВ, а также выполнение других мероприятий первой помощи (медицинской).

Выполнение функциональных обязанностей фельдшером батальона по оказанию медицинской помощи раненым и больным обеспечивается наличием комплекта полевого фельдшерского (ПФ) и других предметов оснащения, положенных по норме снабжения.

Сумка санитары предназначена для оказания первой помощи (медицинской) раненым и больным. Является оснащением санитары, санитары-носильщика, стрелка-санитары и водителя-санитары. Рассчитана на оказание помощи 30 раненым и больным. Обеспечивает временную остановку кровотечения, обработку окружности ран, наложение первичных повязок на рану и ожоговые поверхности, наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе, профилактику раневой инфекции и радиационных поражений, выведение из обморочного состояния, предупреждение рвоты, промывание слизистых оболочек глаз и верхних дыхательных путей.

Содержит: антисептик (йод), раздражающее вещество (аммиак), антибактериальное средство (тетрациклин), противорвотное средство (метоклопрамид), радиозащитное средство (калия йодид). Имеются также перевязочные средства (бинты марлевые стерильные, вата медицинская гигроскопическая, косынки медицинские, лейкопластырь, ППИ, повязки медицинские малые) и другие предметы (жгуты кровоостанавливающие, ножницы, булавки безопасные, нож складной, блокнот, карандаш).

Упаковка — чехол СС. Чехол изготавливается из специальной водонепроницаемой ткани. Дно, крышка и боковые стенки чехла мягкие, передняя и задняя стенки полужесткие, усиленные прокладками из водонепроницаемого картона. Крышка, имеющая боковые клапаны, представляет собой продолжение задней стенки и перекрывает переднюю стенку более чем на две трети. Чехол сумки снабжен плечевым ремнем с пряжкой-пятистенкой и шлевкой, а также двумя запорами. Внутри чехол разделен матерчатой перегородкой на два отделения. Продолжением боковых стенок являются два откидных кармана на клапанах. Масса — 4,2 кг.

Сумка медицинская войсковая предназначена для оказания первой помощи (медицинской) раненым и больным. Является оснащением санитарного инструктора и фельдшера. Рассчитана на оказание помощи 30 раненым и больным. Обеспечивает временную остановку кровотечения, обработку окружности ран, наложение первичных повязок на раны и ожоговые поверхности, наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе, профилактику раневой инфекции и поражений ионизирующими излучениями и ОВ, снятие резких болей при травмах и ожогах, повышение психической и физической работоспособности, купирование и снятие психических и психомоторных возбуждений и напряжений, выведение из обморочного состояния, предупреждение рвоты, промывание слизистых оболочек глаз и верхних дыхательных путей, а также проведение искусственного дыхания и измерение температуры тела.

Содержит лекарственные и перевязочные средства и другие предметы (жгуты кровоостанавливающие, ножницы, пинцет анатомический, термометр медицинский, трубка дыхательная, булавки безопасные, нож складной, блокнот, карандаш). Упаковка — чехол СМВ. Масса — 3,9 кг.

Комплект полевой фельдшерский (ПФ) предназначен для оказания доврачебной помощи раненым и больным. Является оснащением фельдшера. Рассчитан комплект на оказание доврачебной медицинской помощи 100 раненым и больным, а также 50 пораженным ионизирующими излучениями и ОВ. В межбоевой период рассчитан на амбулаторное лечение 50 больных.

Обеспечивает временную остановку кровотечения, обработку окружности ран, профилактику раневой инфекции, поражений ионизирующими излучениями и ОВ, снятие болей при травмах и ожогах, повышение психической и физической работоспособности, купирование и снятие психических и психомоторных возбуждений и напряжений, выведение из обморочного состояния, проведение искусственного дыхания, измерение температуры тела, промывание слизистых оболочек глаз и верхних дыхательных путей и выполнение других мероприятий.

Содержит лекарственные средства различных фармакотерапевтических групп, врачебные предметы (жгут кровоостанавливающий, зажим кровоостанавливающий, ножницы, пинцеты, скальпель, термометры медицинские, шприцы и иглы инъекционные, футляры для их стерильного хранения), а также трубку дыхательную, стерилизатор эмалированный, нож складной и др. Упаковка — ящик укладочный для комплекта. Масса — 6,6 кг.

Лямка медицинская носилочная предназначена для оснащения санитаря и санитарного инструктора с целью облегчения их труда при переноске раненых и больных на носилках и без носилок. Представляет собой парусиновую ленту с накладкой в средней части и металлической пряжкой на одном конце. Применяется сложенной «восьмеркой» или «кольцом», а при использовании носилок на переправе — развернутой. Длина лямки — 3450 мм, ширина — 65 мм. Масса — 0,65 кг.

Лямка медицинская специальная (Ш-4) предназначена для оснащения санитаря и санитарного инструктора с целью облегчения их труда при извлечении раненых из люков боевых машин, траншей, подвалов и других труднодоступных мест. Представляет собой парусиновую ленту с двумя металлическими рамками и накладкой из парусины в средней части, двумя металлическими полукольцами в средней трети и двумя металлическими карабинами по концам. Для фиксации раненого лямка накладывается перекрестно, охватывая концами ноги в верхней части, и закрепляется карабинами за полукольца. Длина лямки — 3600 мм, ширина — 65 мм. Масса — 1,06 кг.

Носилки санитарные предназначены для оснащения звена санитаров-носильщиков с целью транспортирования раненых и больных в лежащем положении. Состоят из двух дюралюминиевых несущих брусьев с резиновыми ручками на концах, четырех стальных ножек, двух шарнирных стальных распорок и брезентовых ремней с пряжками, а также съемного полотнища с карманом-подголовником.

Для развертывания носилок два санитаря-носильщика расстегивают ремни, затем, потянув за ручки, раскрывают носилки и, упираясь коленом в распоры, выпрямляют их до отказа. Каждый санитар-носильщик проверяет, хорошо ли закрыты замки распоров.

Свертывают носилки путем одновременного открывания защелок замков и, подтягивая распоры на себя, полускладывают носилки, затем поворачивают носилки ножками вверх; когда полотнище провиснет на сторону, противоположную ножкам, сдвигают брусья окончательно, ставят носилки на ножки и, сложив полотнище в три складки, обвязывают их ремнями. Длина носилок — 2200 мм, ширина — 560 мм, высота — 165 мм. Масса — 8,5 кг.

Ремень привязной к носилкам санитарным (РПН) предназначен для фиксации раненых и больных к санитарным носилкам при переноске их по крутым подъемам и спускам, при транспортировании на всех видах транспорта и фиксации больных, находящихся в состоянии психомоторного возбуждения. Представляет собой ременные ленты защитного цвета, из них две головные с петлями на концах для ножек носилок, продольная, поперечная и ножная. Головные и ножная ленты неподвижно соединены с продольной лентой. Поперечная лента движется вдоль продольной, имеет металлическую пряжку, ремешки с пряжками-полукольцами для фиксации рук. Ножная лента на коротком конце имеет регулируемую металлическую пряжку. Длина лент: головных — 600 мм, продольной — 600 мм, поперечной — 1500 мм, ножной — 2440 мм, для рук — 900 мм, ширина — 25–35 мм. Масса — 0,75 кг.

К медицинскому имуществу для оказания первой врачебной помощи относят: сумку врача войскового (СВВ), сумку врача авиационного (СВА), сумки парашютные десантные (ПД-2).

Сумка врача войскового предназначена для оснащения врача воинской части с целью проведения неотложных мероприятий первой врачебной помощи 30 раненым и больным. Содержит врачебные предметы и хирургические инструменты (ножницы, пинцет анатомический, жгут кровоостанавливающий), средства для инъекций (шприцы и иглы инъекционные), предметы контроля за ранеными и больными (прибор манометрический мембранный, стетофонендоскоп, термометр медицинский), футляр для стерильного хранения шприца, нож складной, лекарственные средства различных фармакотерапевтических групп, перевязочные средства и другие предметы. Упаковка — чехол сумки ПД-2. Масса — 9,1 кг.

3.7.4. КОМПЛЕКТНО-ТАБЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОСНАЩЕНИЯ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ И ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ЧАСТЕЙ

К комплектно-табельному оснащению военно-медицинских подразделений и частей относятся:

1. Комплектно-табельное медицинское имущество и медицинские наборы.
2. Полевая автомобильная медицинская и санитарная техника: специальные автомобильные средства эвакуации, специальная автомобильная медицинская техника.
3. Медицинские аппараты и приборы: аппараты ИВЛ и кислородной терапии, средства функциональной диагностики, аппараты и приборы военно-полевой хирургии, средства рентгенодиагностики, физиотерапевтическая аппаратура.
4. Средства дезинфекции, дезинсекции и санитарной обработки.
5. Средства стерилизации медицинского имущества.

6. Средства оснащения сооружений и оборудование для развертывания ЭМЭ: палатки, типовое оборудование и полевая мебель.

Комплекты для оказания первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи предназначены для индивидуального, группового оснащения военнослужащих, ЭМЭ, оказания первой медицинской помощи, доврачебной и первой врачебной помощи.

Комплект «Амбулатория-перевязочная» (ВБ) предназначен для оснащения МП воинских частей и подразделений, имеющих по штату врача, для оказания первой врачебной помощи; по расходному имуществу — на 100 раненых и обожженных, 50 пораженных ионизирующим излучением и ОВ и токсинами, а в межбоевой период — на амбулаторное лечение.

Комплект «Перевязочная большая» (В-1) предназначен для оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи раненым и обожженным. Рассчитан на обеспечение хирургическими инструментами и врачебными предметами врача и двух медицинских сестер. Расходное имущество на 50 раненых.

Комплект «Шины» (Б-2) предназначен для транспортной иммобилизации раненых. Содержит проволочные, фанерные и транспортные шины для иммобилизации конечностей, а также шины для иммобилизации нижней челюсти.

Комплект «Аптека медицинского пункта части» (В-4) предназначен для оснащения аптеки и хранения медикаментов для МПб. Запас лекарственных средств обеспечивает оказание первой врачебной помощи 100 раненым и больным, в межбоевой период — амбулаторное лечение больных части в течение месяца.

Комплект «Приемно-сортировочный» (В-2) предназначен для оказания первой врачебной помощи раненым в ПСО. Рассчитан на обеспечение хирургическими инструментами и врачебными предметами врача и двух медицинских сестер. Расходное имущество на 50 раненых.

Комплекты «Перевязочные средства стерильные, стерильные для обожженных, нестерильные» (Б-1, 3, 4) используются для наложения повязок раненым и обожженным. Содержат марлевые бинты, вату гигроскопическую и компрессную, косынки для повязок, марлевые салфетки, повязки медицинские и другие материалы.

Комплекты медицинского имущества для оказания квалифицированной медицинской помощи предназначены для оснащения функциональных подразделений медр, омедо (ВПГ). К ним относятся: Г-7 — операционная малая; Г-8 — операционная большая; Г-9 — операционные материалы; Г-10 — операционные предметы; Г-12 — палатный; Г-13 — предметы ухода; АН — анестезиологический; Ш-1 — противошоковый.

Комплекты для оснащения военных аптек и медицинских складов: В-4 — аптека МП воинской части; Г-5 — аптека ассистентская; Г-6 — аптека инъекционная; Г-15 — аптечный хозяйственный инвентарь; ПФЛ — полевая фармацевтическая лаборатория.

Комплекты для стоматологии: ЗВ — стоматологический; ЗП — зубопротезный; ЗТ-1 — зуботехнический (оборудование); ЗТ-2 — зуботехнический (инструменты); УЧ — челюстно-лицевой.

Комплекты для специальных отделений (кабинетов): АР-2У1 — рентгеновский комплект; ОР — рентгеновский; ОФ-1 — физиотерапевтический малый; ОФ-2 — физиотерапевтический большой; ОЭ — электродиагностический.

Комплекты для оказания СХП: УХ-1 — хирургический; УГ — гинекологический; УХ-2 — торакоабдоминальный; УОЖ — ожоговый; УХ-3 — травматологический; УУ — урологический; УН — нейрохирургический; УЛ — оториноларингологический; УО-1 — офтальмологический малый; УО-2 — офтальмологический большой; Г-21 — учебные предметы и хирургические инструменты.

Комплекты для оказания специализированной терапевтической помощи: УП — психоневрологический; УТ — токсико-радиологический; Г-22 — учебные предметы и хирургические инструменты на 100 коек терапевтического профиля; ВЛК — учебно-летняя экспертиза.

Комплекты для дезинфекции и санитарной обработки: В-5 — дезинфекция; СО — санитарная обработка.

Комплекты для лабораторий, СЭО и отрядов заготовки крови (станций переливания крови):

— для клинических лабораторий и отрядов заготовки крови: Л-1 — лаборатория клиническая войсковая; Л-2 — лаборатория клиническая госпитальная; АЛ-3 — лаборатория санитарно-бактериологическая; ЛМП — лаборатория медицинская полевая; ЛГ-1 — лаборатория гигиеническая войсковая; Г-2 — лаборатория гигиеническая основная; ПК-1 и ПК-2 — медицинское имущество для заготовки и переработки крови;

— для судебно-медицинских, патологоанатомических и контрольно-аналитических лабораторий: СМ-1 — судебно-медицинский секционный (базовый); СМ-2 — судебно-медицинский секционный (выездной); СМ-3 — судебно-медицинский (биологический); ПА-1 — патологоанатомический (материалы); ПВ — патологоанатомический (выездной); ЛФ-2 — лаборатория контрольно-аналитическая основная.

Группы комплектов медицинского имущества специального назначения:

— комплекты перевязочных средств и шин: Б-1 — перевязочные средства стерильные; Б-2 — шины; Б-3 — перевязочные средства нестерильные; Б-4 — перевязочные средства для обожженных стерильные;

— комплект противочумной одежды: ПЧО — противочумная одежда;

— комплекты документов медицинского учета и отчетности: БК-1 — книги и бланки медицинского учета и отчетности медр, омедо; БК-2 — книги и бланки медицинского учета и отчетности госпиталя.

Наборы медицинского имущества:

— общехирургические: НПМ — перевязочный малый; НПБ — перевязочный большой; НОМ — операционный малый; НОБ — операционный большой;

— специальные: НВ — инструменты для венесекции; НСП — специальный (диагностический); НН — нейрохирургический; НГ — гинекологический (операционный); НЛ — оториноларингологический; НО — глазной (хирургический); НЧ — стоматологический; НУ — урологический; НС — секционный; НТ — остеосинтеза; НТР — трахеостомический.

Полевая автомобильная медицинская и санитарная техника. Специальные автомобильные средства эвакуации.

УАЗ-39621. На автомобиле имеются четверо носилок и специальное оборудование для их установки. Погрузка-выгрузка раненых может осуществляться через боковую и заднюю дверь. Исходя из внутреннего оборудования кузова, существует несколько вариантов загрузки автомобиля: на носилках — 4, сидя — 1; на носилках — 2 (1), сидя — 4 (7).

АС-66. Санитарный автомобиль АС-66 (на базе армейского автомобиля повышенной проходимости ГАЗ-66). Носилки санитарные в кузове устанавливаются в три яруса; сидячих раненых размещают на откидных съемных полумягких сиденьях с опорными спинками. Оборудование автомобиля позволяет перевозить раненых: на носилках — 9, на сиденьях — 4; на носилках — 6, на сиденьях — 7; на сиденьях — 15.

Дезинфекционно-душевой автомобиль ДДА-66. Пропускная способность: гигиеническая помывка летом — 56 человек в час; дезинсекция суконно-бумажного обмундирования (без помывки) — 120 комплектов в час летом и 66 комплектов в час зимой; полная санитарная обработка (мытьё с одновременной дезинфекцией суконно-бумажного обмундирования) — 40 чел./компл./час летом, 28 чел./компл./час зимой.

Метод дезинфекции — паровоздушный или пароформалиновый. Метод дезинсекции — паровоздушный. Обслуживающий персонал — 3 человека. Время разворачивания летом — 40 минут, зимой — 60 минут.

Стерилизационно-дистилляционная установка СДП-2,3 предназначена для стерилизации перевязочного и операционного материалов, растворов лекарственных препаратов, хирургического инструмента и получения дистиллированной и кипяченой воды в полевых условиях. Используется в медр, омедо и госпиталях.

Производительность: получение кипяченой воды в кипяtilьнике глухого нагрева — 160 литров в час, в кипяtilьнике острого нагрева — 135 литров в час. Получение дистиллированной воды — 20 литров час. Стерилизация перевязочных средств (в автоклавах) — 6 биксов за один цикл. Обслуживающий персонал — 2 человека. Время стерилизации — 20 минут. Установка СДП-2 может эксплуатироваться при температуре среды от -30°C до $+40^{\circ}\text{C}$.

Войсковая медицинская лаборатория АЛ-3 (ВМЛ) предназначена для проведения бактериологических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических микробиологических, радиологических исследований, а также для проведения медицинской разведки, индикации бактериальных (биологических) средств и боевых ОВ в полевых условиях. Входит в состав санитарно-эпидемиологических подразделений бригады.

Производительность исследований в сутки: микробиологических (текущих) — 200 проб; санитарно-гигиенических — 15 проб; химико-токсикологических — 15 проб; радиометрических (дозиметрических) измерений — 90–100 проб; по индикации бактериальных (биологических) средств — 8–10 проб. Обслуживающий персонал — 3–5 чел. Время разворачивания — 30 мин.

Автоперевязочная АП-2 предназначена для оказания первой врачебной помощи раненым и больным в полевых условиях. Пропускная способность (при

одновременной работе 5 человек медперсонала) — 7–10 раненых и обожженных в час. Медицинское оборудование АП-2: специальный перевязочный стол, механизированный с электрогидравлическим приводом, аппараты ИВЛ (ДП-9, КИ-4), светильник бестеневого с аварийным освещением СБПА-15, комплекты медицинского имущества АП-2, Б-1 и Б-2, наборы перевязочные (большой и малый), станки 3-ярусные СП-6, комплект походной мебели, носилки, полевой умывальник, подставки под носилки, баллон с кислородом на 40 л, столы для медикаментов и хозяйственного имущества, предметы для исследования, выполнения лечебных процедур и ухода за больными и ранеными, ящик для шин и другое имущество, обеспечивающие автономную 2-суточную работу АП-2.

Для обеспечения военных медицинских частей и подразделений кислородом используются следующие технические средства:

– средства получения медицинского кислорода — автомобильные кислорододобывающие станции (АКДС-70);

– средства перевозки, хранения и газификации кислорода — транспортные резервуары жидкого кислорода (ТРЖК-2У; ТРЖК-8М), железнодорожные кислородные цистерны (8Г-513), газификационные установки высокого (СГУ-7КМ) и низкого давления (СГК-30 и КПЖ-30), кислородные баллоны (40 л, 2 л);

– предметы и аппараты ИВЛ — дыхательные трубки «рот в рот» и ТД-2, аппараты с ручным приводом ДП-10, аппараты с использованием кислорода типа «Лада», «Фаза» и ДП-9;

– портативные аппараты искусственного наркоза с проведением вентиляции легких типа «Наркон-П» и «Наркон-2»;

– аппараты и станции кислородной терапии типа КИ-4, КИС-2.

Аппараты искусственной вентиляции легких:

1) по типу привода: с ручным приводом — «ДП-10»; с пневмоприводом: от баллонов — «ДП-9»; от систем со сжатым кислородом — «Лада»; с электроприводом — «Фаза»;

2) по принципу переключения фаз «вдох – выдох»: под давлением — «ДП-9», «ГС-8М»; по объему — «Лада»; по времени — «Фаза»;

3) по активности выдоха: с пассивным выдохом — «ДП-10», «Лада»; с активным выдохом — «ДП-9», «Фаза»;

4) по длительности процесса ИВЛ: с кратковременной ИВЛ — дыхательные трубки «рот в рот», ТД-1; с ИВЛ средней продолжительности — «ДП-10», «ДП-9»; с длительной ИВЛ — «Лада», «Фаза»;

5) по возможности проведения ИВЛ нескольким пациентам: для проведения ИВЛ одному больному — «ДП-10», «ДП-9» и «Фаза»; для одновременного проведения ИВЛ двум больным — «Лада-МТ» и «Фаза-2».

3.8. ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБОЙ СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ) В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

3.8.1. ПОНЯТИЕ, СУЩНОСТЬ, СОДЕРЖАНИЕ, ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И ТРЕБОВАНИЯ, ПРЕДЪЯВЛЯЕМЫЕ К УПРАВЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБОЙ

Управление медицинской службой — это целенаправленная деятельность начальников медицинской службы, командиров (начальников) военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений по поддержанию в постоянной боевой готовности подчиненных им сил и средств, подготовке их к МО боевых действий войск и руководству ими при выполнении поставленных задач.

Управление медицинской службой заключается в повседневном руководстве ее силами и средствами, направленном на оптимальное их применение при решении задач МО войск, что представляет собой процесс обеспечения деятельности медицинской службы, направленной на сохранение и укрепление здоровья военнослужащих и других контингентов путем сбора и обработки информации, выработки решения, планирования и организации проведения комплекса мероприятий, а также осуществление контроля за их выполнением.

Основными составляющими деятельности в управлении медицинской службой являются:

- уяснение и уточнение задач, стоящих перед службой;
- добывание, сбор, обработка и анализ необходимой информации;
- принятие решения на МО воинской части (соединения) в предстоящих боевых действиях;
- планирование мероприятий МО боевых действий войск (сил);
- организация проведения запланированных мероприятий;
- мотивация подчиненных и контроль за выполнением поставленных задач.

Планирование — это один из способов, с помощью которого руководство обеспечивает единое направление усилий всего личного состава медицинской службы для достижения целей и задач, решаемых медицинской организацией.

Планирование работы медицинской службы осуществляется на строго определенный календарный период (год, период обучения, месяц) или период ведения боевых действий по главным разделам ее деятельности с учетом конкретных особенностей (учебно-боевой подготовки, хозяйственной деятельности, времени года, дислокации воинской части) и решения предстоящих задач.

Организация, как функция управления медицинской службой — это процесс формирования ОШС органов управления медицинской службой, военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений, существенным элементом которой является ее (их) способность выполнять задачи по функциональному предназначению в целях получения желаемого результата. Важнейшее условие функционирования организации — целенаправленная работа с кадрами: воспитание, обучение, расстановка личного состава медицинской службы.

Основными принципами управления медицинской службой являются:

- единоначалие и централизация управления с предоставлением подчиненным инициативы в определении способов выполнения поставленных им задач;
- умение анализировать обстановку, делать правильные выводы и предвидеть ход событий;
- оперативность, творчество и высокая организованность в работе;
- твердость и настойчивость в выполнении принятых решений и планов;
- личная ответственность НМС соединения (воинской части), командира военной медицинской организации (подразделения) за принимаемые решения и результаты выполнения поставленных задач.

Требования, предъявляемые к управлению медицинской службой. В условиях современной войны значение постоянного и надежного управления медицинской службой резко возросло, а условия его осуществления усложнились. Это заставляет предъявлять к управлению медицинской службой такие требования как устойчивость, непрерывность, оперативность, скрытность, твердость, гибкость, квалифицированность.

Устойчивость управления медицинской службой определяется способностью НМС выполнять свои функции по управлению подчиненными силами и средствами, заключающаяся в постоянном влиянии его на действия сил и средств медицинской службы.

Непрерывность управления медицинской службой состоит в постоянной связи с руководимыми силами и средствами.

Устойчивость и непрерывность управления медицинской службой достигаются: постоянным знанием реально складывающейся обстановки, правильным уяснением задач, поставленных командиром соединения (воинской части) и вышестоящим НМС; своевременным принятием решения и четкой постановкой задач подчиненным; наличием связи с подчиненными, командиром соединения (воинской части) и вышестоящим НМС, обеспечением надежности ее работы.

Оперативность управления медицинской службой заключается в способности НМС выполнять возложенные на него задачи в ограниченные сроки. Оперативность управления медицинской службой достигается: постоянным знанием и всесторонней оценкой обстановки, своевременным реагированием на ее изменения и уточнением принятого решения, а также своевременностью постановки задач подчиненным, умением применять наиболее целесообразные методы работы и выполнять поставленные задачи в установленные сроки.

Скрытность управления медицинской службой заключается в сохранении в тайне от противника всех мероприятий, связанных с подготовкой и ведением боя, а также мероприятий по подготовке и осуществлению МО боевых действий войск. Скрытое управление медицинской службой достигается: использованием для постановки задач подчиненным личного общения, доведением до подчиненных только тех данных обстановки (решения), которые необходимы для выполнения стоящих задач, соблюдением правил и порядка переговоров по техническим средствам связи, применением документов ручного кодирования и кодированных топографических карт, использованием таблиц позывных должностных лиц и узлов связи, воспитанием у военнослужащих персональной ответственности за сохранение в тайне доверенных секретов.

Твердость управления медицинской службой заключается в решительном и настойчивом проведении в жизнь принятого решения. Она характеризуется, прежде всего, личными качествами руководителя и обеспечивается четкой постановкой задач исполнителям, контролем за ходом их выполнения, оказанием помощи, высокой требовательностью к подчиненным.

Гибкость управления медицинской службой — это быстрое и правильное реагирование на изменение обстановки.

Квалифицированность управления медицинской службой подразумевает глубокое знание руководителем теории и практики МО.

Для обеспечения указанных принципов управления необходимо *наличие и бесперебойное функционирование средств связи*.

Для управления медицинской службой применяются радио, проводные, подвижные и сигнальные средства связи. Связь осуществляется также через медицинский персонал, сопровождающий раненых и больных, водителей санитарного транспорта и транспорта общего назначения, специально назначаемых связных. Запрещается вести переговоры по открытым каналам связи, раскрывающим замысел боевых действий.

3.8.2. ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ, СОДЕРЖАНИЕ И МЕТОДЫ РАБОТЫ НАЧАЛЬНИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПРИНЯТИИ РЕШЕНИЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ

Важнейшим этапом в управленческой деятельности НМС является умение анализировать обстановку. На основе уяснения имеющейся информации и оценки обстановки в процессе аналитической стадии формируются цели и задачи управления, определяется, на что должны быть направлены усилия руководителя, какие задачи должны быть выполнены в ходе управленческой деятельности для достижения этих целей.

На основе проведенного анализа и сделанных выводов НМС соединения (воинской части) вырабатывает *управленческое решение*. В процессе принятия решения должны быть определены последовательность и *алгоритм управленческих действий*. Наиболее важными общими разделами такого алгоритма являются:

- непрерывный сбор объективной, достоверной, полной информации, ее обработка и анализ;
- планирование мероприятий по МО боевых действий войск (сил);
- подготовка и принятие решения (плана) по МО боевых действий войск (сил);
- доведение решения (плана) до подчиненных, исполнителей;
- организация выполнения работ, предусмотренных планом;
- контроль и помощь в ходе реализации решения (плана).

Реализация НМС на практике главных функций управления предполагает поддержание в высокой боевой готовности подчиненных медицинских подразделений соединений и воинских частей, военных медицинских частей и организаций — их укомплектование персоналом, имуществом, транспортом; целенаправленную работу с кадрами — воспитание, обучение и расстановку медицинского

персонала; взаимодействие медицинской службы с другими службами ВС, органами и организациями здравоохранения; ведение установленных форм документов медицинского учета и отчетности; обобщение опыта работы медицинской службы и внедрение в практику деятельности медицинской службы передовых форм и методов МО.

Оптимальное управление медицинской службой может быть достигнуто при следующих условиях:

- обязательном и своевременном информировании НМС командиром и вышестоящим НМС о предстоящих задачах и способах решения их выполнения (в части, касающейся медицинской службы);

- быстрым и четким реагировании НМС на изменения медицинской обстановки и внесении изменений в ранее принятое решение;

- своевременном принятии НМС обоснованного решения по МО на основе тщательного изучения особенностей боевой подготовки, быта военнослужащих и условий их размещения;

- наличии хорошо налаженной и действующей системы связи с подчиненными;

- систематической проверке своевременности и качества выполнения поставленных задач;

- объективной оценке эффективности проводимых мероприятий по реализации решения;

- постоянном взаимодействии с командованием, службами тыла, республиканскими органами государственного управления в районе размещения соединений и воинских частей.

Содержание, порядок организации и методы работы НМС соединения (воинской части) при подготовке и в ходе боевых действий определяются боевой обстановкой, характером решаемых задач, установленными сроками готовности медицинской службы к их выполнению и осуществляются в соответствии с порядком работы, принятым командиром соединения (воинской части) и его заместителем по тылу.

Во всех случаях организация и методы работы НМС должны обеспечивать: устойчивое, непрерывное и оперативное управление медицинской службой, своевременное принятие решений, полное и качественное осуществление мероприятий по планированию и организации МО боевых действий; согласованную деятельность должностных лиц во всех звеньях медицинской службы, предоставление подчиненным возможно большего времени для выполнения поставленных задач; оперативное реагирование на изменение обстановки, наиболее эффективное использование медицинских подразделений соединений и воинских частей.

Работа НМС соединения (воинской части) по организации МО может проводиться методами параллельной или последовательной работы, а иногда и их сочетанием.

Метод параллельной работы является основным. Он применяется при ограниченных сроках подготовки воинской части к предстоящему бою и обеспечивает одновременную (параллельную) работу различных звеньев медицинской службы по организации МО. При параллельном методе работы деятельность

НМС по подготовке к МО осуществляется на основе полученных предварительных распоряжений командира соединения (воинской части), заместителя командира воинской части по тылу и вышестоящего НМС. После ознакомления с их решениями НМС уточняет свое решение на организацию МО и ставит задачи подчиненным.

Метод последовательной работы применяется при наличии достаточного времени на подготовку к МО. При последовательном методе работы деятельность НМС по принятию решения и организации МО боевых действий начинается после ознакомления с решением командира соединения (воинской части), заместителя командира соединения (воинской части) по тылу и вышестоящего НМС и затем проводится в подчиненных военно-медицинских частях и подразделениях соединения.

Общая последовательность и содержание работы НМС при организации медицинского обеспечения боевых действий складывается из следующих основных этапов:

- получение и сбор исходной информации;
- уяснение задачи медицинской службы;
- расчет времени;
- подготовка и отдача предварительных распоряжений;
- оценка обстановки;
- ознакомление с решением командира и заместителя командира по тылу;
- принятие решения и доклад предложений по МО;
- планирование МО;
- постановка задач подчиненным;
- организация взаимодействия;
- практическая работа в подразделениях;
- доклад о готовности медицинской службы.

С получением боевого приказа или боевого распоряжения командир уясняет задачу, определяет содержание и сроки мероприятий по подготовке воинской части к выполнению полученной задачи, производит (или утверждает) расчет времени. Далее он лично или через начальника штаба информирует своих заместителей о предстоящих действиях, сроках готовности и дает им указания о времени и порядке работы на местности, о подготовке данных, необходимых ему для принятия решения, а также о проведении подготовительных работ.

Заместитель командира соединения (воинской части) по тылу, в свою очередь, уясняет поставленную командиром задачу и ориентирует начальников служб тыла, включая НМС. Как правило, одновременно с боевым приказом в штаб соединения (воинской части) поступают распоряжения по тылу и медицинской службе от вышестоящих начальников.

В период подготовки соединения (воинской части) к бою НМС должен быть постоянно готов представить командиру, начальнику штаба и заместителю командира по тылу доклад о состоянии медицинской службы и свои предложения по организации МО соединения (воинской части) в предстоящем бою (справочные данные, расчеты и предложения по организации МО). Кроме того, НМС обязан в этот период представить необходимые материалы в планирующие до-

кументы штаба соединения (воинской части) и заместителя командира по тылу, заявки по медицинской службе, донесения старшему медицинскому начальнику.

С целью документирования работы по планированию и организации МО НМС соединения (воинской части) ведет рабочую тетрадь и рабочую карту.

Получение и сбор исходной информации. Работа НМС по получению и сбору исходной информации начинается после ориентирования, проводимого в устной форме заместителем командира соединения (воинской части) по тылу. При этом доводятся: данные общей обстановки и задачи соединения (воинской части) в предстоящем бою, предварительные и боевые распоряжения командира, заместителя командира соединения (воинской части) по тылу, вышестоящих начальников тыла и медицинской службы, основные мероприятия по подготовке к бою и сроки их выполнения; время и способы доведения задач до подчиненных, срок готовности тыла.

НМС соединения (воинской части) оцениваются результаты медицинской разведки, изучаются донесения из медицинских подразделений (МП воинских частей, омедо (медр)). У должностных лиц соединения (воинской части) НМС уточняет информацию, необходимую для принятия решения на организацию МО. У командира (начальника штаба) соединения (воинской части) — цель предстоящего боя и боевые задачи соединения (воинской части); место соединения (воинской части) в боевом порядке ОК; ширину и глубину полосы обороны соединения (воинской части); боевой порядок соединения (воинской части); направление сосредоточений основных усилий (районы, от удержания которых зависит устойчивость обороны); рубежи перехода в атаку, задач, исходные рубежи и рубежи развертывания; силы и средства, приданные бригаде, время их прибытия и место размещения; данные о соседях.

У начальника разведки (начальника штаба) — состав группировки войск противника; обученность и техническая оснащенность войск противника; возможности по применению им различных средств поражения, в том числе ОМП (ядерного, химического, биологического), ВТО, боеприпасов объемного взрыва, минно-взрывного оружия; возможный характер действий противника; СЭС войск противника и района их размещения.

У начальника инженерной службы — данные об инженерном оборудовании района обороны соединения (воинской части); возможностях инженерного оборудования военных медицинских подразделений; о проходимости местности, ее защитных и маскирующих свойствах, о заграждениях и разрушениях, основных водных преградах и возможных участках их преодоления; порядке и сроках оборудования и использования переправ; о сроках подготовки путей подвоза и эвакуации; о возможных районах и способах добычи воды для хозяйственно-питьевых нужд.

У начальника службы радиационной, химической, биологической защиты и экологии — информацию о наличии радиационно и химически опасных объектов и возможных последствиях их разрушения; о возможной организации специальной обработки войск, степени обеспечения личного состава и подразделений средствами защиты; о предполагаемой организации радиационной, химической и биологической разведки.

У заместителя командира соединения (воинской части) по тылу — данные о размещении тыловых подразделений; предполагаемом маневре ими в ходе боя; порядке организации управления тылом, порядке охраны и обороны тыловых подразделений; путях подвоза и эвакуации, порядке подвоза материальных средств (заправке горючим) в период подготовки и ведения боя; возможности использования транспорта общего назначения (обратных рейсов порожнего транспорта) для эвакуации раненых.

У вышестоящего НМС — указания об организации МО соединения (воинской части) в бою; рубежи и сроки развертывания ЭМЭ (омедо, ВПП) центра, действующих в интересах соединения (воинской части); объем медицинской помощи в омедо (медр) соединения; порядок эвакуации раненых и больных; средства усиления (медицинские подразделения, группы медицинского усиления, подвижные медицинские установки, санитарные автомобили и т. д.), выделяемые соединению (воинской части); порядок взаимодействия по проведению ЛЭМ между различными ЭМЭ; порядок и сроки представления донесений, заявок и организации связи.

НМС соединения (воинской части) получает необходимую информацию *от подчиненных командира омедо (медр), начальников медицинских служб — начальников МП*: о местах развертывания МП, омедо (медр), о количестве раненых и больных, находящихся на лечении, о потерях в личном составе медицинской службы, о потерях, наличии и потребности в медицинских имуществе и технике (учитывая медицинское оснащение личного состава, комплектно-табельное имущество и, особенно, имущество специального назначения), о СЭС соединения (воинской части) и района боевых действий.

НМС соединения (воинской части) должен использовать информацию топографических карт и медико-географических справочников. Изучив их, он может получить информацию: о характере местности (рельефе, растительности, объектах гидрографии, дорожной сети, населенных пунктах, промышленных предприятиях и др.); возможности использования местных ресурсов; наличии в районе природных очагов инфекций. Всю необходимую информацию одновременно получить невозможно, поэтому НМС соединения (воинской части) должен собирать информацию непрерывно, в течение всего периода подготовки к бою и ведения боя.

Уяснение задачи медицинской службы. При уяснении задачи НМС должен понять боевую задачу соединения (воинской части), цель и характер предстоящих боевых действий, задачи, поставленные перед медицинской службой командованием и вышестоящим НМС, условия, в которых их предстоит решать, срок для подготовки медицинской службы. При уяснении задачи намечаются мероприятия, которые необходимо провести немедленно, определяются, какие и кому отдать предварительные распоряжения.

Полученная и собранная информация позволяет в ходе уяснения задачи определить решающие условия, которые окажут существенное влияние на организацию МО в предстоящем бою и основные направления деятельности медицинской службы. Фактически в ходе уяснения задачи НМС формулирует предварительный замысел своего плана организации МО боя. Уяснение задачи является

обязательным элементом планирования МО боя и позволяет приступить к выполнению последующих мероприятий по планированию и организации МО боя.

Расчет времени на организацию МО соединения (воинской части) в бою проводится для определения бюджета времени, которым располагает медицинская служба для подготовки к обеспечению боевых действий и наиболее рационального его распределения по мероприятиям, направленным на эту подготовку.

Для определения общего бюджета времени исходными данными являются: время оперативного информирования (получение задачи на подготовку боя), указания командира о сроке готовности соединения (воинской части) к бою.

Общий бюджет времени имеет принципиальное значение для подготовки МО боя. При достаточном количестве времени на подготовку НМС использует последовательный метод работы планирования МО. Если подготовка к бою ведется в течение ограниченного периода времени, то используется параллельный метод работы.

Расчет светлого и темного времени суток необходим для наиболее целесообразного распределения его по мероприятиям, которые можно выполнять в светлое либо в темное время.

При определении времени для работы подчиненных НМС соединения (воинской части) должен большую часть времени предоставить в их распоряжение для проведения мероприятий по подготовке медицинской службы к бою. Многие мероприятия, выполняемые подчиненными, такие как высвобождение от раненых, доукомплектование медицинским и другими видами имущества, подготовка и дозаправка техники, проведение иммунизации личного состава, свертывание, перемещение и развертывание на новом месте дислокации ЭМЭ, организация охраны и обороны и др. мероприятия требуют значительных затрат по времени. Кроме этого учитывается продолжительность светлого и темного времени суток, рассчитанная ранее.

Исходными данными для расчета распределения личного времени НМС являются: общий бюджет времени; метод планирования МО (последовательный или параллельный); время доклада НМС командиру предложений по организации МО соединения (воинской части) в бою; время объявления решения командира соединения (воинской части) на бой; время представления плана МО на утверждение командиру соединения (воинской части); время доклада о готовности медицинской службы.

Подготовка и отдача предварительных распоряжений. Предварительные распоряжения отдаются для своевременной постановки задач и информирования своих подчиненных в целях предоставления им максимального количества времени для проведения мероприятий по подготовке медицинской службы к МО боевых действий.

Предварительные распоряжения по медицинской службе отдаются в самом начале планирования сразу после уяснения задачи НМС соединения (воинской части), записываются им в книгу отданных и полученных распоряжений на тыловом пункте управления (ТПУ). Дежурный по ТПУ доводит информацию до адресатов, используя телефонную или радиосвязь. При невозможности довести распоряжение по средствам связи, дежурный по ТПУ должен обеспечить доведение информации, используя посыльных.

В книге отданных и полученных распоряжений указывается: дата и время отдачи распоряжения; кому (адресовано); текст распоряжения; подпись начальника отдавшего распоряжение; кто передал распоряжение; кто принял распоряжение и в какое время.

Предварительные распоряжения необходимо доводить до должностных лиц, непосредственно подчиненных НМС, в соединения (воинские части) — командиру омедо (медр), начальнику СЭЛ, НМС воинских частей и подразделений, входящих в состав соединения, а также командирам медицинских подразделений, назначенным на усиление.

Содержание предварительных распоряжений может быть различным в зависимости от конкретной обстановки и задач, стоящих перед медицинской службой. В них НМС обычно включает:

- порядок и сроки высвобождения подразделений, МП, омедо (медр) от раненых и больных;
- порядок пополнения запасов медицинского и других видов имущества, ремонта техники, сроки и порядок представления заявок на недостающее имущество; срок подготовки медицинских подразделений к передислокации;
- срок подготовки транспорта медицинской службы к выдвигению, место и сроки ее заправки;
- порядок инженерного оборудования МП, омедо (медр);
- состав группы для проведения медицинской разведки, сроки и порядок ее проведения;
- порядок, место, время постановки задач подчиненным;
- порядок организации связи;
- порядок проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- порядок проведения военно-медицинской подготовки личного состава подразделений и специальной подготовки личного состава медицинской службы.

Оценка обстановки. Составление эффективного плана МО, принятие оптимального решения по МО войск возможно лишь на основе тщательного изучения и анализа всех элементов обстановки и выявления степени их влияния на организацию МО бригады в предстоящем бою.

Оценить обстановку значит выявить условия и факторы, оказывающие положительное или отрицательное влияние на МО войск и здоровье личного состава соединения (воинской части), определить мероприятия, обеспечивающие наиболее эффективное использование положительных и максимальное ослабление отрицательных факторов обстановки.

Обстановка оценивается по следующим элементам: войска противника; оценка своих войск и соседей; характер местности, состояние погоды, время года и суток, СЭС района боевых действий; радиационная, химическая и биологическая обстановка; возможные величина и структура СП; оценка тыла, предполагаемый маневр ими в ходе боя, порядок и пути подвоза и эвакуации материальных средств, организация защиты, охраны и обороны тыла соединения (воинской части); наличие и состояние сил и средств медицинской службы, соответствие расположения медицинских подразделений соединения (воинских частей) характе-

ру предстоящих боевых действий и выполняемым задачам, потребность и обеспеченность в силах и средствах медицинской службы.

Оценка войск противника. При оценке войск противника изучаются и анализируются: состав сил и средств противника, их группировка (какие воинские части и соединения противника находятся в зоне ответственности соединения (воинской части), их состояние и расположение); возможный характер действий противника (степень активности, применение десанта и диверсионно-разведывательных групп, применение снайперов, нанесение ударов с воздуха, вероятные рубежи применения им резервов); возможности противника по применению боеприпасов объемного взрыва, а также ВТО и зажигательных смесей, сроки и рубежи применения; боеспособность, боевая и морально-психологическая подготовка личного состава противника; вооружение и техническая оснащенность (мобильность, наличие бронированной техники, дальность и мощность средств ракетно-артиллерийского поражения, возможность применения авиации); характер оборонительных сооружений противника (степень защищенности, система укреплений и заграждений), устойчивость его обороны и влияние этого фактора на возникновение СП; СЭС войск противника и района их расположения (возможность заноса инфекционных заболеваний в соединение (воинскую часть)); возможное время начала ведения активных боевых действий противником.

Оценка своих войск и войск соседей. При оценке своих войск и соседей изучаются и анализируются: состав, укомплектованность, боеспособность группировки своих войск; боевые задачи соединения (воинской части), характер предстоящих действий при подготовке и в ходе боя, а также влияние этих действий на организацию МО; силы и средства, назначенные соединению (воинской части) на усиление; состояние здоровья личного состава (при применении ЯО — суммарная доза облучения); санитарно-гигиеническое и СЭС войск и района боевых действий.

Состав и укомплектованность своих войск обычно оценивается путем сравнения с типовой (штатной) организацией соединения (воинской части), причем наличие полного или неполного ее состава, степень укомплектованности личным составом и решающими видами боевой техники, наряду с оценкой морального состояния, обученности и боевого опыта личного состава, дают возможность судить об уровне боеспособности войск. Оценка существующей в данное время группировки своих войск должна включать уяснение таких вопросов, как характер работ, выполняемых войсками, степени расщепленности личного состава, условий его размещения и защиты, наличия частей (подразделений) усиления и необходимые мероприятия по их обеспечению.

При оценке боевой задачи соединения (воинской части) анализируется глубина, ширина фронта действий, характер ближайшей и последующей задач, значение действий соединения (воинской части) для соседей и вышестоящего объединения или соединения (ОК). Оценивается также порядок выполнения боевой задачи (способ перехода к обороне), район сосредоточения главных усилий, наличие или отсутствие примкнутых флангов, действие соседей. Особое внимание уделяется оценке значения отдельных направлений, боевого порядка, задач и способов использования первого и второго эшелонов.

При оценке состояния здоровья личного состава соединения (воинской части) учитывается физическая подготовленность (выносливость), состояние питания, степень физического утомления. В связи с этим состояние здоровья может оцениваться как хорошее, удовлетворительное или неудовлетворительное.

При анализе и оценке санитарно-гигиенического и СЭС войск учитываются инфекционная заболеваемость и санитарно-гигиенические условия как в войсках, так и в районе их расположения.

В результате оценки своих войск делаются выводы, в которых отражаются: уровень боеспособности соединения (воинской части) и степень ее устойчивости в обороне. При сопоставлении сведений с данными о противнике возникает представление о соотношении сил к определенному сроку на данном направлении, возможные рубежи наибольших СП и необходимость сосредоточения на этих рубежах сил и средств медицинской службы, предлагаемый маневр ими в ходе предстоящих боевых действий (этот вывод предварительный и окончательно он формулируется только после оценки местности). Определяются мероприятия по обеспечению действий отдельных элементов боевого порядка (контратаки подразделений второго эшелона, передового отряда и т. д.); состояние здоровья личного состава, СЭС соединения (воинской части) и района боевых действий, мероприятия, которые необходимо провести по охране здоровья личного состава.

Оценка района боевых действий (местности). В процессе оценки местности определяется ее тактическая и медицинская характеристики; выявляются все особенности, которые могут способствовать выполнению войсками поставленной задачи или затруднять боевые действия и оказать то или другое влияние на состояние здоровья личного состава, на деятельность медицинской службы и на организацию МО.

Правильная оценка местности имеет значение при определении возможных СП, так как при всех прочих равных условиях размеры СП во многом будут зависеть от защитных свойств местности.

В процессе оценки местности выявляются условия для сбора и выноса (вывоза) раненых и пораженных, развертывания ЭМЭ и для их естественного укрытия от воздействия средств поражения, намечаются пути эвакуации, определяются возможности использования местных средств для целей медицинской службы. Не менее важная задача оценки местности состоит в том, чтобы подвергнуть всестороннему анализу СЭС района расположения и боевых действий войск и определить круг необходимых в связи с этим санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Оценка местности производится по зонам (участкам): местность, занимаемая противником, местность в районе соприкосновения войск, территория, занимаемая своей воинской частью (соединением), тыловой район. Оценивая общий характер и свойства любой из разновидностей местности, НМС прежде всего определяет, насколько она благоприятна или неблагоприятна для действия войск и организации МО.

В зависимости от тактических свойств различают следующие разновидности местности по характеру рельефа, свойственные для территории нашей страны, — *равнинная и холмистая*.

Равнинная местность отличается однообразной, более или менее ровной или слабо волнистой поверхностью и отсутствием резко выраженных неровно-

стей. По своим тактическим свойствам равнинная местность может быть весьма разнообразной, что будет зависеть, в первую очередь, в какой степени она является закрытой или пересеченной.

Холмистая местность характеризуется волнообразной поверхностью, образованной холмами с относительными превышениями (превышениями вершин над подошвами) не более 200 м. В зависимости от характера и расчлененности рельефа относится обычно к типу полузакрытой пересеченной местности.

Складки местности могут использоваться для выноса и вывоза пораженных, а также в качестве естественных укрытий для ЭМЭ. Следует учитывать, что холмистая местность уменьшает зону поражения боеприпасами объемного взрыва и ЯО.

По характеру пересеченности и изрезанности различными естественными препятствиями, ограничивающими свободу маневра, различают следующие разновидности местности: *слабопересеченная, среднепересеченная, сильнопересеченная*. Рельеф слабопересеченной местности равнинный или слабохолмистый, естественные препятствия занимают менее 10 % площади. Среднепересеченная местность имеет около 20 % площади, занятой естественными препятствиями. Сильнопересеченная местность отличается большим количеством труднопроходимых естественных препятствий — гор, болот, рек, каналов и т. п. Площадь под естественными препятствиями занимает более 30 %.

Пересеченность местности характеризуется наличием резко выраженных возвышенностей и других складок рельефа. Наличие большого количества естественных препятствий усиливает оборону и затрудняет наступление. Чем выше пересеченность местности, тем лучше условия укрытия раненых на поле боя от повторного поражения, оказания им первой помощи, скрытого приближения к раненым, их оттаскивания и выноса с поля боя. Вместе с тем затрудняется розыск раненых, использование санитарных транспортеров. На сильнопересеченной местности медицинский состав подразделений должен быть обеспечен дополнительными средствами извлечения раненых и их выноса из труднодоступных мест (веревками, шестами и др.).

По условиям проходимости местность может быть *проходимой, труднопроходимой и непроходимой*. Проходимая местность почти не ограничивает движение гусеничных машин; движение колесных машин (направление, скорость) несколько затруднено. Движение личного состава не ограничено. На труднопроходимой местности движение колесных машин обычной проходимости невозможно, движение и маневр гусеничного транспорта ограничены. На такой местности мотострелковые подразделения ведут бой в пешем порядке. Непроходимая местность недоступна для движения гусеничных и колесных машин без выполнения работ по прокладке колонных путей.

Условия работы личного состава медицинской службы на проходимой местности благоприятные. Движение санитарного автомобильного транспорта на труднопроходимой местности возможно только по специально оборудованным колонным путям и по дорогам. При работе на непроходимой местности медицинская служба соединения (воинской части) будет вынуждена использовать особые приемы и средства выноса и вывоза раненых (например, эстафетный

способ работы санитаров, использование вьючного транспорта, развертывание санитарно-перегрузочных пунктов и т. п.).

По характеру закрытости предметами и возвышенностями рельефа различают следующие разновидности местности: *открытую*, *полузакрытую* и *закрытую*. Открытая местность представляет ровную или слегка всхолмленную безлесную территорию, до 70 % площади которой хорошо просматривается во всех направлениях с командных высот. При оценке необходимо помнить о том, что такая местность облегчает управление войсками и помогает наиболее полному использованию всех средств нападения, но затрудняет маскировку. Особенно важно иметь в виду, что открытая местность обладает весьма слабыми защитными свойствами от воздействия на личный состав войск средств огневого поражения.

Деятельность медицинской службы на открытой местности усложняется, главным образом, вследствие отсутствия достаточных условий для маскировки. В связи с этим затрудняются вынос пораженных и их эвакуация. На такой местности возможны большие потери от огня противника среди санитаров, санитаров-водителей и нештатных санитаров-носильщиков подразделений. Усложняется работа по развертыванию ЭМЭ; к тому же их нередко приходится развертывать на более значительном удалении от переднего края. Наряду с этим, при надлежащем качестве и состоянии грунта такая местность является наиболее проходимой и доступной для всех видов транспорта.

Закрытую местность представляет равнинно-холмистая территория, но покрытая лесами, кустарниками, садами, с часто расположенными населенными пунктами. В такой местности площадь, занятая естественными масками, составляет 30 % и более, а площадь, просматриваемая с командных высот, — менее 25 %.

В процессе оценки тактических свойств закрытой местности необходимо учитывать, что она затрудняет управление войсками и наблюдение, но способствует наилучшей маскировке и скрытым действиям. Закрытая местность обладает весьма значительными защитными свойствами от воздействия всех видов оружия противника. Закрытая местность благоприятствует работе сил и средств медицинской службы, обеспечивает естественную маскировку и защиту личного состава, транспорта и МП, облегчает вынос и вывоз пораженных с поля боя, позволяет приближать ПСТ, ЭМЭ к подразделениям. Но на такой местности затрудняется розыск раненых и пораженных.

Полузакрытая местность занята естественными укрытиями на 20 %; с командных высот просматривается около 50 % площади. Естественные маски местности обеспечивают хорошую маскировку войск, личного состава, санитарного транспорта и МП.

По характеру почвенно-растительного покрова различают *лесную* и *болотистую* разновидности местности.

При оценке растительного покрова необходимо обращать внимание на размеры лесов, расположение их по отношению к противнику, на плотность, размеры, возраст и породы леса, на дороги, ведущие в лес, и на проходимость леса вне дорог.

Леса способствуют хорошей маскировке войск, но затрудняют связь, управление и маневрирование. Следует иметь в виду, что леса уменьшают пора-

жающее действие всех видов оружия, обладая свойством задержки поражающих элементов оружия (пуль, осколков), экранирования светового излучения и проникающей радиации, ослабления действия ударной волны.

Вследствие возможного распространения пожаров в лесу следует ожидать увеличения числа обожженных. При появлении больших лесных завалов увеличивается число травматических повреждений, нередко осложняющихся так называемым «синдромом длительного сдавления». Наряду с этим леса способствуют более длительному сохранению высоких концентраций ОВ и бактериальных средств, а также задержке значительных количеств РВ в районах наземных ядерных взрывов.

В условиях боевых действий на лесисто-болотистой местности затрудняется розыск и сбор пораженных, движение транспорта, но в то же время облегчается работа по выносу (вывозу) пораженных с поля боя; имеются возможности для хорошей маскировки как ЭМЭ, так и эвакуационных путей. Лесисто-болотистая местность позволяет в значительной мере приблизить ЭМЭ к боевым порядкам войск.

При оценке населенных пунктов и объектов для НМС особое значение имеют населенные пункты, дороги, естественные водоемы и вероятные объекты воздействия средств массового поражения.

При оценке населенных пунктов важно учитывать, что они могут быть использованы, с одной стороны, в качестве узлов обороны, опорных пунктов и объектов борьбы, с другой, для временного расквартирования войск и размещения ЭМЭ. Крупные населенные пункты являются одним из важных объектов поражения артиллерией и авиацией противника. При этом весьма значительно увеличивается удельный вес тяжелых поражений: ожогов, шока и травматических повреждений в результате пожаров и появления вторичных поражений обломками разрушающихся строений.

Оценивая влияние населенных пунктов на деятельность медицинской службы, прежде всего, нужно учитывать, что МО соединений (воинских частей), ведущих уличные бои в городе, в значительной мере осложняется в связи с трудностями розыска, сбора и выноса пораженных и их эвакуации. Пострадавшие могут находиться в зданиях, подвалах, погребах, на крышах и т. п., а это нередко требует производства специальных саперных работ при розыске. Однако населенные пункты имеют преимущества для развертывания ЭМЭ: удобство размещения пораженных и больных (особенно в подвальных помещениях в крупных зданиях) и быстрота приспособления помещений. Вместе с тем важно учитывать, что города и селения являются частым объектом воздействия поражающих средств противника.

Оценка дорог осуществляется исходя из анализа той местности, на которой будет протекать боевая деятельность войск и их МО. Грунтовые, полевые и лесные дороги пригодны для движения автотранспорта в основном в сухое время года. Проходимость их во многом зависит от характера грунта и степени его увлажненности. Они обычно соединяют между собой мелкие населенные пункты или служат выездом из них на основные дороги. Исправные грунтовые дороги в среднепересеченной местности летом в сухую погоду позволяют автомобилям двигаться со скоростью 30–40 км/ч; скорость движения транспорта снижается

вдвое, если до 10 % и более покрытия дороги требует ремонта, а также в туман и ночью, при раскисшем глинистом и черноземном грунте.

В болотах иногда проложены пешеходные тропы, пригодные только для пешего движения. Автомобильные дороги могут быть с покрытием (асфальтобетонным, гравийным, щебенчатым, булыжниковым) и без покрытия (улучшенные грунтовые дороги). Автостреды, усовершенствованные шоссе и шоссе (ширина покрытия 5–6 м и более, до 15–18 м) допускают интенсивное движение автотранспорта в течение всего года. В боевой обстановке движение по автомобильным дорогам может быть прекращено вследствие их заминирования или разрушения мостов и путепроводов.

Тактические свойства дорог определяются их значением для передвижения войск и их маневрирования, а также для подвоза боеприпасов, продовольствия и материально-технических средств. Медико-тактическое значение дорог определяется использованием их для эвакуации раненых, маневра силами и средствами медицинской службы. Наличие и состояние дорог в той или иной степени определяют выбор места для развертывания ЭМЭ.

При оценке дорог учитывается: наличие или отсутствие дорог (как рокадных, так и ведущих с фронта в тыл); вид дорог; состояние, проходимость для транспорта (в зависимости от времени года, погоды, а также от степени разрушения или заражения, если оно имеется).

При оценке открытых водоемов анализируются, прежде всего, их тактические свойства. Так, реки являются естественными рубежами, выгодными при обороне, и серьезными препятствиями для наступающих войск. Организация МО соединения (воинской части) в наступлении с форсированием водной преграды имеет много особенностей. Кроме того, наличие или отсутствие открытых водоемов оказывает значительное влияние на разрешение вопроса о водоснабжении войск. Оценка водоисточников имеет большое значение при выборе места для развертывания ЭМЭ.

В процессе оценки местности очень часто можно заметить, что один и тот же элемент может по-разному (и положительно, и отрицательно) влиять на МО. Анализ данных о местности, выделяя ее элементы, необходимо обобщать и рассматривать применительно к той конкретной боевой задаче, которую выполняет соединение (воинская часть). Все элементы местности необходимо оценивать не только во взаимодействии между собой, но и в сочетании с данными о противнике и о своих войсках.

Оценка метеорологических условий. Оценка и анализ метеорологических условий позволяют установить их влияние на состояние здоровья военнослужащих, условия сбора, выноса (вывоза) и эвакуации раненых и больных, развертывание и организацию работы ЭМЭ, эффективность применения средств поражения противником.

При оценке метеорологических условий принимаются во внимание время года и суток, температура, движение и влажность воздуха, облачность и осадки. Осадки, облачность, интенсивность и напряжение ветра будут оказывать существенное влияние на применение авиации и артиллерии противника.

Оценка радиационной, химической и биологической обстановки. Оценка и анализ радиационной и химической и биологической обстановки позволяют

установить возможное влияние радиационных и химических факторов на деятельность медицинской службы и организацию МО войск. Оценка радиационной и химической и биологической обстановки осуществляется на всех этапах оценки обстановки и выработки решения на организацию МО войск. Ряд элементов оценивается НМС в комплексе с оценкой противника, своих войск, местности. В разделе «оценка радиационной, химической и биологической обстановки» оцениваются и анализируются следующие элементы: объекты химической промышленности, хранилища, резервуары с ядовитыми техническими жидкостями, атомные электростанции в зоне боевых действий; направление господствующих ветров (возможное направление распространения радиоактивного облака и паров ОВ); возможные меры защиты личного состава, сил и средств медицинской службы.

При оценке радиационной и химической обстановки следует учитывать, что тяжелораненые и тяжелобольные могут вынести пребывание в противогазе до 15 минут, раненые и больные средней тяжести — до 0,5–1 часа, легкораненые и легкобольные способны находиться в противогазе более 1,5 часов. Удельный вес этих контингентов может составлять при поражениях ЯО 80 %, химическим и биологическим оружием — 35 %, ВТО — 70 %, огнестрельным оружием — 25 %, боеприпасами объемного взрыва — 15 %, зажигательными средствами — 50 %, пострадавшие с реактивными состояниями — 50 %, больные — 35 %. До 70 % раненых и больных смогут надеть противогаз самостоятельно, а для 18–20 % раненых потребуется помощь медицинского персонала или взаимопомощь. Часть раненых будет нуждаться в шлемах для раненых в голову (ШР) (при поражениях ЯО — 15–20 %, обычным оружием — 10–12 %, зажигательными средствами — 50–60 %, в среднем — 10–11 % от общего числа раненых и больных).

Оценка радиационной и химической обстановки включает: нанесение на карту (схему) зон (районов) заражения, имеющих до начала боя, и определение вероятного характера и масштабов заражения местности радиоактивными, отравляющими и высокотоксичными веществами в ходе боевых действий; расчет доз облучения, которые может получить личный состав при действиях на зараженной местности, оценку возможных СП от облучения; определение влияния указанных факторов на боеспособность войск и деятельность медицинской службы; определение мероприятий по медицинской защите личного состава, обеспечивающих снижение поражающего действия факторов радиационной и химической природы.

Оценка санитарно-эпидемической обстановки имеет важное значение при организации ПЭМ и проводится в соответствии с принятыми критериями.

Оценка и прогнозирование вероятных санитарных потерь осуществляются на основе глубокого анализа и оценки всей имеющейся информации и предыдущих выводов из оценки.

Оценка организации тыла соединения (воинской части) заключается в анализе существующего размещения тыловых частей и подразделений, предполагаемого маневра ими в ходе боя, принятого и намечаемого порядка подвоза материальных средств, путей подвоза и эвакуации, возможностей использования авиации и транспорта общего назначения для эвакуации раненых и больных. Если решение по тылу уже известно, следует оценить вновь установленный по-

рядок подвоза, расположение батальонных пунктов боепитания, а также других тыловых подразделений, чтобы уточнить районы и рубежи развертывания МП, омеда (медр). В этом случае оценивается также возможность использования путей подвоза и транспорта общего назначения для медицинской эвакуации.

Таким образом, оценка организации тыла позволяет оценить влияние организации тыла на деятельность медицинской службы в конкретных условиях обстановки и дать командиру соединения (воинской части) (заместителю командира по тылу) свои предложения по организации тыла на период предстоящего боя (в части, касающейся медицинской службы). С этой целью НМС соединения (воинской части) должен оценить: направление сосредоточения основных усилий тыла; места подразделений тыла в походном порядке соединения (воинской части), маршрут движения, исходный пункт (рубеж), пункты (рубежи) регулирования и время их прохождения подразделениями тыла; силы и средства тыла, выделяемые в замыкание колонн подразделений бригады; районы (места) размещения подразделений тыла в районе сосредоточения (отдыха), при вступлении соединения (воинской части) в бой и в ходе боя; районы и порядок заправки автотранспорта горючим, организацию ремонта и эвакуации техники тыла, организацию защиты, охраны и обороны тыла.

С целью определения условий организации эвакуации раненых и больных НМС соединения (воинской части) должен оценить: установленный порядок подвоза и эвакуации в исходном положении и в ходе боя; пути подвоза и эвакуации до начала боя и направления их наращивания в ходе боя; организацию подвоза материальных средств в соединение (воинские части) и на огневые позиции (оценивается характер материальных средств, сроки их подачи в подразделения, количество и тип транспортных средств, пути подвоза; пункты, рубежи и районы передачи материальных средств; порядок использования обратных рейсов автомобилей после подвоза для эвакуации, в том числе раненых); техническую подготовленность грузовых автомобилей тыла (автомобильных рот, взводов) к эвакуации раненых и больных.

Как правило, подвоз материальных средств в подразделения и медицинская эвакуация из них осуществляется силами и средствами старшего командира (заместителя командира по тылу, НМС). В других случаях (например, в исходном положении, в подготовительный период) подвоз материальных средств в подразделения и эвакуация раненых и больных из них могут быть полностью возложены на эти подразделения или осуществляться с привлечением сил и средств этих подразделений, т. е. подвоз организуется по принципу «на себя», а медицинская эвакуация — по принципу «от себя».

Таким образом, при оценке путей подвоза и эвакуации к взводам обеспечения батальонов и на огневые позиции артиллерии в связи с тем, что по этим путям будет осуществляться эвакуация раненых и больных как санитарным транспортом, так и обратными рейсами транспорта подвоза, оцениваются начертания путей подвоза и эвакуации, где большое практическое значение имеет уточнение порядка подготовки и содержания этих дорог и колонных путей инженерной службой соединения (воинской части), в том числе сроки готовности путей, организация на них дорожно-комендантской службы, технической помощи и др.

Помимо этого оценивается наличие универсальных санитарных приспособлений для грузовых автомобилей, брезента для защиты от неблагоприятных метеоусловий, простейших амортизирующих средств типа сена, лапника и прочих материалов.

На основе оценки указанных факторов НМС соединения (воинской части) определяет: порядок эвакуации раненых и больных (от себя, на себя) при выдвигении, в исходном положении и в ходе боя; пути эвакуации раненых и больных до начала боя и в ходе боя; возможности использования обратных рейсов транспорта общего назначения батальона материального обеспечения бригады, в том числе время, маршруты подвоза, количество грузовых автомобилей, их эвакоемкость и нуждаемость в дополнительном оборудовании для шадящей медицинской эвакуации.

Обычно в соединения (воинской части) определяется один-два основных и один запасной пути подвоза и эвакуации; кроме того, по линии размещения взводов обеспечения батальонов и огневых позиций артиллерии назначается и оборудуется рокада

При оценке тыла НМС соединения (воинской части) должен проанализировать условия, порядок и возможности организации управления медслужбой с ТПУ: время готовности тыла; места следования ТПУ на марше и его развертывания в исходном положении и в ходе боя; порядок передачи управления тылом при выходе ТПУ из строя; организацию связи ТПУ; рабочее место НМС на ТПУ; порядок представления материалов по медицинской службе в документы тыла (план тылового обеспечения, распоряжения по тылу, сводки по тылу).

ТПУ соединения (воинской части) развертывается в районе размещения батальона (роты) материального обеспечения. В его составе выделяются группа управления тылом (включая НМС), группа управления подразделениями технического обеспечения, группа обеспечения, узел связи. Радиостанция омедо (медр) включается в радиосеть тыла соединения (воинской части). Связь омедо (медр) проводными средствами с ТПУ организуется непосредственно или через узел связи КП соединения. Кроме этого организуется связь подвижными средствами.

Оценка организации сил и средств медицинской службы заключается в анализе состояния и возможности медицинской службы соединения (воинской части) по выполнению мероприятий МО в установленном объеме, а также соответствия существующего распределения и порядка использования сил и средств медицинской службы.

По результатам оценки сил и средств намечаются необходимые мероприятия по приведению медицинской службы в готовность к выполнению боевых задач.

В ходе оценки сил и средств осуществляется согласование с начальниками служб воинских частей и подразделений соединения вопросов всестороннего обеспечения военных медицинских частей и подразделений, развертываемых в их интересах: сроки и объем инженерных работ, обеспечение техническими средствами связи и организация связи, обеспечение военных медицинских частей и подразделений продовольствием, горючим, вещевым имуществом, использование авиации и транспорта подвоза для эвакуации раненых и больных и др.

Оценка сил и средств медицинской службы является одним из самых важных элементов оценки обстановки. В этом разделе оценивается: укомплектованность военных медицинских частей и медицинских подразделений личным составом, транспортными средствами и медицинским имуществом, их слаженность и боевой опыт медицинского состава, состояние транспортных средств и имущества; расположение сил и средств медицинской службы, соответствие этого расположения боевой задаче соединения (воинской части) и условиям обстановки; загрузка военных медицинских частей и медицинских подразделений ранеными и больными, эвакуационная характеристика находящихся на них контингентов, существующий порядок медицинской эвакуации; возможность использования средств усиления и местных ресурсов; возможности медицинской службы по оказанию медицинской помощи и эвакуации пораженных и больных; соответствие наличия сил и средств медицинской службы предполагаемому объему ее работы.

Для оценки укомплектованности военных медицинских частей и подразделений следует установить, в какой мере подразделения медицинской службы укомплектованы штатным медицинским составом (врачами, фельдшерами, санитарными инструкторами, медицинскими сестрами, санитарями-стрелками, санитарями и санитарями-водителями), табельной автомобильной и специальной техникой (санитарными и грузовыми автомобилями, автоперевозочными, санитарными транспортерами) и табельным медицинским имуществом. В результате анализа имеющегося некомплекта определяются порядок и сроки проведения мероприятий по восполнению недостающих сил и средств.

Результаты оценки укомплектованности подразделений медицинской службы отражаются в таблице «Потребность и обеспеченность в силах и средствах медицинской службы» плана МО. В этой таблице отображаются табельная норма и реальное наличие медицинского имущества, исправных санитарных и грузовых автомобилей, автоперевозочных и др.

При оценке состояния транспортных средств, медицинской техники и имущества выявляются их подготовленность к предстоящей работе, в том числе эвакуационные возможности санитарных автомобилей.

Для оценки расположения сил и средств медицинской службы необходимо проанализировать как свернутые, так и развернутые силы и средства, установить необходимость их перемещения, а также определить возможности наиболее полного использования подразделений медицинской службы и маневра ими.

Для оценки загрузки ЭМЭ, лечебно-эвакуационной характеристики контингентов находящихся в них раненых и больных и существующего порядка эвакуации раненые и больные, находящиеся в медицинских подразделениях, делятся на следующие группы:

- подлежащие выписке и возвращению в подразделение;
- легкораненые и легкобольные, которые могут быть оставлены в команде выздоравливающих;
- нуждающиеся в оказании первой врачебной помощи: в полном объеме; в сокращенном объеме, т. е. в неотложных мероприятиях по жизненным показаниям;
- подлежащие эвакуации в омедо (медр), МОСН, ВПГ, ГВКМЦ и УЗ МЗ.

При оценке средств усиления медицинской службы и возможности использования местных ресурсов следует уяснить: какие подразделения медицинской службы выделяются старшим медицинским начальником, медицинский состав, санитарно-транспортные средства находящиеся в частях усиления войск; выявить возможности использования местных ресурсов гражданского здравоохранения. Следует учитывать, что местные ресурсы имеют большое значение для медицинской службы. Наличие и их перечень выявляются в процессе оценки местности. На этом этапе необходимо конкретно определить возможности использования местных организаций здравоохранения для тех или иных целей в интересах МО войск.

Для принятия НМС объективного и обоснованного решения на применение сил и средств медицинской службы в бою их оценка должна производиться на основе расчета ряда показателей, основными из которых являются: возможные величина и структура СП в предстоящем бою, распределение их по видам оружия, степени тяжести, по воинским частям (подразделениям), по периодам боя (задачам); потребность в средствах сбора раненых и больных и вывоза (выноса) их с поля боя; потребность в транспортных средствах для эвакуации раненых и больных; потребность в силах и средствах для оказания медицинской помощи раненым и больным и обеспеченность ими; потребность в крови, ее препаратах и заменителях и обеспеченность ими; потребность в медицинском имуществе и обеспеченность им.

Расчет потребности в силах и средствах медицинской службы производится при условии оказания медицинской помощи в полном объеме и при условии оказания медицинской помощи по жизненным показаниям.

Итоговые выводы из оценки обстановки логически вытекают из всей проведенной работы по оценке обстановки, носят обобщающий характер и служат основой для доклада НМС предложений командиру (начальнику тыла) соединения (воинской части) по организации МО в предстоящем бою и принятия решения на организацию МО соединения (воинской части).

В итоговых выводах отражаются: наиболее важные условия организации МО войск в предстоящем бою и задачи медицинской службы; основные мероприятия по подготовке медицинской службы к предстоящему бою; ожидаемые СП; потребность в силах и средствах медицинской службы и обеспеченность ими; наиболее целесообразная группировка (расположение) сил и средств медицинской службы к началу боевых действий и намечаемый маневр ими в ходе боя; основные профилактические и противоэпидемические мероприятия; мероприятия медицинской защиты личного состава войск; необходимая помощь со стороны командования и вышестоящего НМС.

Кроме того, в ходе итоговых выводов из оценки обстановки определяются вопросы, подлежащие согласованию с начальниками других служб. С начальником инженерной службы согласовывается вопрос о сроках и объеме инженерных работ по оборудованию укрытий для МП; с начальником службы радиационной, химической и биологической защиты — порядок проведения мероприятий по защите личного состава и медицинских подразделений и частей от ОМП; с начальником связи — порядок использования средств связи для управления медицинской службой; с начальниками служб тыла — вопросы организации

эвакуации раненых и больных транспортом общего назначения, порядок снабжения медицинских подразделений и частей продовольствием, вещевым имуществом, горюче-смазочными материалами и т. д.

Ознакомление с решением командира и заместителя командира по тылу осуществляется после того, как все должностные лица представили в штаб доклады о готовности своих подразделений к предстоящим боевым действиям, а также предложения по организации соответствующих видов обеспечения.

Таким образом, НМС в установленный срок представляет в штаб доклад о готовности медицинской службы соединения (воинской части) к выполнению задач по предназначению и предложения по организации МО, которые должны в целом отражать основные положения планируемых мероприятий МО. В соответствии с поставленной задачей и оценкой обстановки, а также с учетом докладов и предложений командиров подразделений, начальников служб, командир соединения (воинской части) принимает **решение на организацию боя**, а заместитель командира по тылу — **решение на тыловое обеспечение боя**, которые доводят до подчиненных.

3.8.3. СОДЕРЖАНИЕ РЕШЕНИЯ НАЧАЛЬНИКА МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ И ПЛАНА МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ

Принятие решения по медицинскому обеспечению осуществляется НМС соединения (воинской части) на основе уяснения полученной задачи, оценки обстановки, проведенных расчетов, а также решения командира соединения (воинской части), его указаний по тыловому обеспечению, выписок из приказов и распоряжений по тылу и распоряжений по медицинскому обеспечению старших начальников, выводов из оценки обстановки и замысла организации МО соединения (воинской части). При этом уточняются содержание мероприятий МО, последовательность и сроки их выполнения, исполнители, проводятся необходимые расчеты и разрабатываются документы управления, организовывается взаимодействие.

В решении НМС соединения (воинской части) отражаются:

- задачи медицинской службы;
- возможные СП;
- организация ЛЭМ: организация розыска раненых и больных, оказания им первой медицинской помощи, их сбора, вывоза (выноса) с поля боя, места и сроки развертывания МП, омедо (медр) к началу боя, их перемещения в ходе боя;
- обеспечение непрерывности в оказании медицинской помощи; вид и объем медицинской помощи в МП, омедо (медр);
- организация эвакуации раненых и больных из подразделений в МП, омедо (медр): выделяемые транспортные средства, пути и порядок эвакуации;
- усиление медицинских подразделений средствами сбора и эвакуации раненых и больных, военнослужащими, медицинским имуществом;
- состав и порядок использования резерва;
- в соединении — место и сроки развертывания (сосредоточения) омедо (медр) и действующего в интересах соединения по решению вышестоящего НМС омедо к началу боя, порядок их перемещения в ходе боя;

- подготовка раненых и больных к дальнейшей эвакуации в ВПП, ГВКМЦ и лечебные организации Министерства здравоохранения;
- распределение сил и средств медицинской службы, маневр ими в ходе боевых действий;
- состав, место и порядок использования резерва сил и средств медицинской службы);
- организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, выделяемые для их проведения средства;
- организация мероприятий медицинской службы по защите личного состава от ОМП;
- организация обеспечения медицинским имуществом и медицинской техникой, кровью и кровезаменителями; организация защиты, охраны и обороны военных медицинских частей и подразделений; организация взаимодействия;
- организация управления медицинской службой (порядок организации связи с подчиненными и назначенными на усиление военными медицинскими частями и подразделениями, сроки представления донесений, место НМС, его заместителя).

Планирование медицинского обеспечения. Решение на организацию МО боя НМС соединения (воинской части) оформляет в форме плана МО и докладывает заместителю командира соединения по тылу (командиру воинской части).

План является основным документом НМС, координирующим действия всех штатных и приданных сил и средств медицинской службы при подготовке и в ходе МО соединения в бою. Он состоит из следующих основных разделов:

1. Задачи медицинской службы в предстоящем бою.
2. Состав сил и средств медицинской службы соединения (воинской части).
3. Организация ЛЭМ.
4. Организация санитарно-эпидемиологического надзора и ПЭМ.
5. Мероприятия медицинской защиты от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы.
6. Организация обеспечения медицинским имуществом и медицинской техникой.
7. Организация взаимодействия.
8. Организация управления медицинской службой.

План МО оформляется на карте с приложением пояснительной записки.

На карте отражаются: передний край обороны и необходимые сведения о противнике, линия соприкосновения войск с противником; задачи своих войск; разграничительные линии соединений (воинских частей, подразделений) и тыловой полосы (если она назначается); время и места размещения и перемещения тыловых воинских частей (подразделений), военных медицинских частей и подразделений, непосредственно подчиненных и на одну ступень ниже, а также назначенные на усиление военные медицинские части и подразделения, силы и средства вышестоящего НМС, выполняющие задачи в интересах соединения, пути подвоза и эвакуации раненых и больных; в исходном положении перед началом боя и предполагаемый маневр ими в ходе боя; силы и средства вышестоящего начальника, пути эвакуации раненых и больных; пункты управления и другие данные в объеме, необходимом для руководства медицинской службой.

Пояснительная записка содержит расчетно-информационные таблицы, а также те положения плана, которые не могут быть изображены на карте графически. Так, в пояснительной записке к плану МО соединения (воинской части) в предстоящем бою должны быть представлены в виде таблиц все расчеты, проводимые в период оценки обстановки и принятия решения. Текстом в пояснительной записке излагаются: задачи медицинской службы; возможные СП; потребность в силах и средствах медицинской службы, транспорте общего назначения и обеспеченность ими; ЛЭМ; основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, мероприятия медицинской службы по защите личного состава войск и ЭМЭ от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы; организация обеспечения медицинским имуществом и медицинской техникой; мероприятия по взаимодействию между подразделениями медицинской службы, порядок управления и связи медицинской службы.

План МО боевых действий соединения (воинской части) подписывается НМС и утверждается командиром соединения (воинской части), (заместителем командира по тылу).

После утверждения плана МО боевых действий соединения (воинской части) в бою НМС организует постановку задач по МО подчиненным, организует взаимодействие, управление и связь, проводит организационную работу по подготовке медицинской службы, осуществляет контроль исполнения и помощь.

Задачи подчиненным ставятся путем отдачи распоряжений и должны включать в себя те данные, которые необходимы для выполнения поставленных задач, быть краткими, четкими. Их содержание не должно допускать различного толкования. Распоряжения, отданные устно, обязательно фиксируются в боевых документах.

Кроме того, НМС при необходимости может готовить проекты приказов командира по отдельным вопросам МО боевых действий войск.

Наряду с планированием МО боевых действий войск в предстоящих боевых действиях НМС организует проведение необходимых подготовительных мероприятий. Содержание последних зависит от ряда условий: характера предшествовавших боевых действий, конкретной боевой и медицинской обстановки, особенностей предстоящего боя, опыта работы личного состава медицинской службы, санитарно-эпидемической обстановки и других факторов. Обычно в число подготовительных мероприятий включаются: меры по эвакуации раненых и больных; перемещение сил и средств медицинской службы и их развертывание в соответствии с планом; доукомплектование подразделений и частей медицинской службы личным составом, имуществом, транспортными и другими средствами; обеспечение личного состава войск индивидуальными средствами оказания первой помощи и обучение пользованию ими; боевая подготовка личного состава медицинской службы; ПЭМ; мероприятия по защите сил и средств медицинской службы.

Перечень мероприятий, проводимых медицинской службой по подготовке к предстоящим боевым действиям, может оформляться в виде специального плана (план подготовительных мероприятий).

Постановка задач подчиненным заключается в доведении до начальников (командиров) военных медицинских частей и подразделений: направления сосредоточения основных усилий военных медицинских частей и подразделений; районов, сроков развертывания и готовности к работе ЭМЭ; организации ЛЭМ; организации санитарно-эпидемиологического надзора и ПЭМ; организации проведения мероприятия по медицинской защите личного состава от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы; организация защиты, охраны и обороны военных медицинских частей и подразделений; размеры и сроки создания запасов медицинского имущества, их эшелонирование, нормы расхода, порядок подвоза; районы, время прибытия и порядок использования придаваемых сил и средств; организация взаимодействия; организация управления.

Организация взаимодействия заключается в организации и проведении комплекса мероприятий, проводимых НМС (командирами военных медицинских частей и подразделений), по согласованию действий при совместном выполнении ими задач в бою. Взаимодействие организуется, прежде всего, в интересах тех войск, которые выполняют главные задачи на важнейших направлениях. Сущность организации взаимодействия заключается: в определении основных вопросов взаимодействия, отражаемых в решении на применение сил и средств медицинской службы в бою; планировании взаимодействия, в том числе в определении и детальной разработке мероприятий по согласованию действий военных медицинских частей и подразделений в бою и доведении их до исполнителей; практической отработке вопросов взаимодействия с соответствующими начальниками медицинской службы (командирами военных медицинских частей и подразделений); оказании помощи подчиненным в организации взаимодействия; систематическом уточнении ранее организованного взаимодействия в соответствии с реальными изменениями обстановки; в принятии мер по восстановлению утраченного взаимодействия и др.

Кроме плана МО вопросы взаимодействия по представлению НМС включаются в план взаимодействия, разрабатываемый штабом соединения. Вопросы взаимодействия могут быть также включены в приказ по тылу.

НМС соединения (воинской части) организует взаимодействие между всеми военными медицинскими частями и подразделениями по следующим основным вопросам: организация медицинской эвакуации; организация медицинской разведки; организация ПЭМ; выделение средств усиления и порядок их использования; прием раненых и больных из других подразделений (воинских частей); выделение сил и средств для усиления медицинской службы других подразделений (воинских частей); развертывание сил и средств медицинской службы данной воинской части в интересах МО других частей и т. д.

Кроме того, НМС разрабатывает вопросы взаимодействия с начальниками других служб:

– с инженерной службой — объем и порядок выполнения инженерных мероприятий в интересах медицинской службы (маскировка и инженерное оборудование районов размещения и развертывания военных медицинских частей и подразделений и др.); организация переправы военных медицинских частей

и подразделений через водные преграды; организация эвакуации раненых и больных через водные преграды; организация водоснабжения соединения (воинской части) и др.;

– *со службой радиационной, химической и биологической защиты* — мероприятия радиационной, химической, биологической разведки маршрутов выдвигания, путей эвакуации, районов размещения и развертывания военных медицинских частей и подразделений; прогнозирование возможного применения противником ядерного и химического оружия; организация защиты раненых и больных, военных медицинских частей и подразделений от воздействия факторов радиационной, химической и биологической природы;

– *с начальником автомобильной службы* — мероприятия технического обеспечения медицинской службы;

– *с начальниками служб тыла* — порядок материального обеспечения военных медицинских частей и подразделений; размещение, охрана и оборона военных медицинских частей и подразделений в тыловой полосе; использование коммуникаций для перевозки и передвижения частей и подразделений медицинской службы, эвакуации раненых и больных и др. Ответственность за организацию и поддержание непрерывного взаимодействия между военными медицинскими частями и подразделениями в бою несут старшие начальники медицинской службы, осуществляющие непосредственное руководство их совместным применением.

Организация управления и практическая работа НМС включает: определение места НМС в различные периоды ведения боевых действий, порядок доведения задач (распоряжений) по службе, организация связи, сроки и порядок представления донесений, мероприятия по сохранению живучести и восстановлению нарушенного управления, оказание помощи подчиненным и др. Управление медицинской службой НМС соединения (воинской части) осуществляет с ТПУ соединения (воинской части), НМС отдельного подразделения — с командно-наблюдательного пункта.

Контроль исполнения задач и помощь подчиненным является важнейшей обязанностью НМС соединения (воинской части). В первую очередь контролируются: готовность системы управления медицинской службой (наличие связи, знание установленных сигналов, порядка представления очередных и внеочередных донесений и др.); своевременность получения выписки из распоряжения по тылу соединения (воинской части) или ознакомления с ним, других распоряжений по МО; знание и правильность понимания медицинским составом полученных задач, соответствие принятых ими решений поставленным задачам; своевременность и качество выполнения мероприятий по подготовке медицинской службы воинских частей, подразделений, омедо (медр), готовность к выполнению задач в установленное время; проведение мероприятий по защите, обороне, охране и маскировке подразделений медицинской службы.

Доклад о готовности медицинской службы отражает состояние медицинской службы соединения (воинской части), ее готовность к МО боевых действий, а также предложения по организации МО боевых действий соединения (воинской части) в предстоящем бою.

В условиях ограниченного количества времени на организацию боя доклад по медицинской службе чаще всего включает в себя только следующие положения: возможные СП, потребность и обеспеченность в силах и средствах медицинской службы; предложения о расположении ЭМЭ в исходном положении и маневре ими в ходе боя; предлагаемый порядок медицинской эвакуации и пути эвакуации; порядок МО воинских частей усиления и использование их медицинских подразделений; основные ПЭМ; организация связи.

В ряде случаев в доклад включаются и другие вопросы, которые, по мнению НМС, препятствуют или мешают подготовке личного состава войск и медицинской службы к предстоящему бою, а также организации МО и требуют решения командования. Среди указанных вопросов в первую очередь могут быть отмечены следующие: физическое и санитарно-эпидемическое состояние личного состава войск, уровень суммарной дозы проникающей радиации, полученной личным составом; СЭС районов размещения и предстоящих боевых действий; расположение и загрузка МП пораженными и больными, эвакуационная характеристика пораженных и больных, находящихся на этих пунктах; укомплектованность частей и подразделений медицинской службы личным составом, транспортом и медицинским имуществом; наличие средств усиления; необходимые мероприятия, которые следует провести в подготовительный период в войсках и по подготовке медицинской службы.

В заключение доклада НМС соединения (воинской части) указывает на необходимую помощь со стороны командования, вышестоящего НМС и делает общий вывод о готовности медицинской службы к обеспечению соединения (воинской части) в предстоящем бою.

Содержание доклада излагается, как правило, в устной форме, кратко и не является стандартным. В зависимости от конкретных условий обстановки круг вопросов, освещаемых в докладе, может быть расширен или сужен. Однако во всех случаях докладываются лишь те вопросы, которые имеют непосредственное отношение к организации МО соединения (воинской части) в предстоящем бою, и те мероприятия, которые необходимо провести для подготовки войск и медицинской службы к предстоящему бою.

Одобренные командиром (заместителем командира соединения (воинской части) по тылу) предложения НМС по организации МО соединения (воинской части) в предстоящем бою служат основанием для проведения всех подготовительных мероприятий по медицинской службе.

Выбор того или иного метода доведения решения и плана МО до подчиненных зависит от условий обстановки и, прежде всего, от общего бюджета времени (служебное совещание, боевое распоряжение, постановка задач по радиоили телефонной связи). Задачи подчиненным и указания по организации МО в бою НМС соединения (воинской части) ставит устно или письменно, в форме выписки из распоряжения по тылу, распоряжения заместителя командира по тылу, распоряжения НМС.

Все распоряжения, независимо от порядка их доведения, должны включать те данные, которые необходимы для выполнения поставленных задач, быть краткими, четкими. Их содержание не должно допускать различного толкования. Порядок постановки задач и отдачи распоряжений определяется, прежде всего,

тем, что только заместитель командира по тылу, в соответствии с решением командира, определяет организацию тыла, особенно районы и сроки размещения, пути и порядок перемещений частей и подразделений, пути подвоза и эвакуации, защиту, охрану и оборону тыла.

Основные задачи по тыловому обеспечению соединения (воинской части) в бою доводятся в форме распоряжения по тылу. Его разрабатывает заместитель командира по тылу с привлечением начальника организационно-планового отделения с участием начальников служб, в том числе НМС.

Выписка из распоряжения по тылу соединения (воинской части) направляется НМС командиру омеда (медр). В ней указываются: порядок перемещения и развертывания омеда (медр), в том числе место в походном порядке войск, основной и запасный районы и сроки развертывания при подготовке и в ходе боя, маршруты перемещения; порядок эвакуации раненых и больных при подготовке и в ходе боя; силы и средства, выделяемые для защиты, обороны, охраны и маскировки; время готовности омеда (медр); организация управления тылом и медицинской службой.

Выписки из распоряжения по тылу соединения (воинской части) направляются штабом командирам механизированных частей, других отдельных подразделений. В них указываются места и сроки развертывания МП, порядок вывоза раненых с поля боя, порядок эвакуации раненых и больных, средства усиления. Указанные выписки передаются по техническим средствам связи, офицерами связи устно с последующим документальным подтверждением. Получение выписки из распоряжения по тылу, в том числе и по техническим средствам связи, немедленно подтверждается.

НМС соединения (воинской части) должен использовать любую возможность для постановки (уточнения) подчиненным задач лично, особенно при резких изменениях обстановки. С этой целью может использоваться объезд частей (подразделений) или проведение служебного совещания.

В первую очередь задачи доводятся до медицинского состава частей (подразделений), которые действуют на важных направлениях (в районах), начинают действовать раньше других или которым требуется больше времени на подготовку.

3.8.4. УПРАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБОЙ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ ПРИ ПОДГОТОВКЕ И В ХОДЕ БОЯ

В ходе боя сокращается общая последовательность и несколько изменяется методика работы НМС по сравнению с периодом планирования МО.

В ходе боя НМС соединения (воинской части) обязан: своевременно добывать и анализировать данные обстановки, которые могут оказать влияние на МО; принимать (уточнять) решение на организацию МО, настойчиво добиваться выполнения подчиненными поставленных задач; докладывать заместителю командира соединения по тылу (командиру воинской части) и вышестоящему НМС об изменениях обстановки и принимаемых решениях; поддерживать постоянную связь с подчиненными и назначенными на усиление военными медицинскими частями и подразделениями, своевременно ставить им задачи и контролировать

выполнение; оказывать помощь подчиненным и, при необходимости, усиливать военные медицинские подразделения медицинским персоналом, санитарным транспортом, медицинским имуществом и медицинской техникой; своевременно представлять соответствующие донесения (отчеты).

Таким образом, управление подчиненными силами и средствами в ходе боевых действий направлено на своевременную реализацию всех мероприятий, предусмотренных планом МО войск.

При оценке оперативно-тактической, тыловой и медицинской обстановки в ходе боя могут быть сделаны следующие выводы: о положении войск и о возможном характере боевых действий в ближайшее время; об условиях деятельности медицинской службы и стоящих перед ней задачах в сложившейся обстановке; о величине и структуре СП в данный момент, загруженности ранеными и больными ЭМЭ и организации ЛЭМ; о соответствии группировки сил и средств медицинской службы положению и задачам войск и о необходимом маневре ими в ходе боевых действий; о необходимости маневра объемом и видами медицинской помощи; о необходимой помощи со стороны командования и вышестоящего НМС.

Принимаемые в ходе боя решения могут содержать следующие основные положения: уточнение задач медицинской службы в сложившейся обстановке; изменение объема медицинской помощи на ЭМЭ; уточнение организации вывоза (выноса) раненых с поля боя или очагов массовых СП; усиление медицинской службы отдельных воинских частей (подразделений) средствами сбора и эвакуации раненых и больных; использование резерва сил и средств медицинской службы; конкретизация ПЭМ, необходимость проведения которых вытекает из сложившейся обстановки; конкретизация мероприятий по защите военных медицинских частей и подразделений от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы; уточнение порядка обеспечения медицинским имуществом; организация в новых условиях управления, связи и взаимодействия в ходе боя и др.

В соответствии с принимаемыми в ходе боя решениями НМС отдает подчиненным краткие распоряжения. Для ускорения оформления и передачи распоряжений используют бланки формализованных документов.

Особое внимание в ходе боевых действий НМС уделяет своевременному маневру подчиненными силами и средствами.

Маневр силами и средствами медицинской службы в ходе боевых действий. Изменения порядка МО, приведение его в соответствие со сложившейся обстановкой, а также решение внезапно возникающих задач осуществляются прежде всего путем четкого маневра силами и средствами медицинской службы и умелого использования их резерва.

Маневр силами и средствами медицинской службы заключается в изменениях в соответствии со сложившейся обстановкой расположения, состава, задач, характера и организации работы военных медицинских организаций (медицинских подразделений).

Целями маневра являются: своевременное сосредоточение необходимых сил и средств там, где в них возникла потребность; обеспечение целесообразного распределения возникшего объема работы между медицинским персоналом.

Основными видами маневра военными медицинскими организациями (медицинскими подразделениями) являются: выдвижение и развертывание их в другом районе; групповое развертывание; маневр делением; маневр перекатом; маневр подменой; маневр объемом медицинской помощи; маневр потоками раненых и т. д.

Выдвижение и развертывание в другом районе — это наиболее часто применяемый вид маневра, при котором та или иная военная медицинская организация (медицинская подразделения), работающая (сосредоточенная) в определенном месте, перемещается и развертывается в новом месте. Например, за сутки боя МП воинской части такой маневр может осуществить несколько раз.

Групповое развертывание однотипных ЭМЭ (МПб, омето) будет применяться при возникновении в одном районе массовых СП. Это позволит более эффективно организовать оказание медицинской помощи раненым и больным, а при уменьшении объема работы — в более ранние сроки свернуть часть подразделений, передав находящихся в них раненых и больных на остающиеся ЭМЭ.

Маневр делением заключается в выделении воинской части данной военной медицинской организации (медицинского подразделения) для выполнения самостоятельной задачи. Наиболее часто такой маневр будет осуществляться автоперевозочной омето, а также частью сил и средств омето соединения.

Маневр перекатом состоит в поочередном развертывании нескольких однотипных ЭМЭ. Для четкого выполнения такого маневра необходимо их тесное взаимодействие. Примером подобного маневра является поочередное развертывание МП механизированных и специальных воинских частей в ходе наступления.

Маневр подменой заключается в развертывании военной организации (медицинского подразделения) в пункте (районе), где работают другие военные медицинские организации (медицинские подразделения), и приеме находящихся в них раненых и больных на месте. Этот маневр эффективен при развертывании военной медицинской организации (медицинского подразделения) в непосредственной близости от работающих омето.

Маневр объемом медицинской помощи заключается в изменении перечня медицинских мероприятий, осуществляемых на ЭМЭ. Так, при значительном поступлении раненых и больных в МП воинской части полный объем первой врачебной (доврачебной) помощи может быть сокращен до проведения лишь неотложных мероприятий.

Маневр потоками раненых представляет собой распределение раненых между ЭМЭ. Так, при возникновении массовых СП значительная часть пораженных может быть направлена в омето или прямо в специализированные военные медицинские организации (медицинские подразделения), лечебные организации Министерства здравоохранения, минуя предыдущие ЭМЭ).

Маневр транспортом, медицинским персоналом, медицинским имуществом, палаточным фондом осуществляется главным образом путем их перераспределения в соответствии со сложившейся обстановкой.

Наличие резерва сил и средств, предназначенного для решения внезапно возникающих задач МО войск в связи с изменением обстановки, является необходимым условием для успешного осуществления маневра. В резерве могут

находиться медицинский персонал, санитарный транспорт, медицинское имущество, палаточный фонд и др.

Немаловажное значение для своевременного и непрерывного МО войск имеют также заблаговременное создание, систематическое восстановление и целесообразное применение резерва сил и средств медицинской службы. Резерв сил и средств медицинской службы чаще всего используется для развертывания военных медицинских частей и подразделений в новых районах, для усиления нижестоящего звена медицинской службы, для замены вышедших из строя военных медицинских частей и подразделений и т. д.

В связи с тем, что решение на применение сил и средств медицинской службы в предстоящем бою основывается на прогностических данных и, следовательно, его безошибочность не гарантирована, в резерве НМС в начале боя может содержаться до одной трети подчиненных сил и средств. В состав резерва могут включаться отдельные подразделения, санитарно-транспортные средства, медицинское имущество. Резерв сил и средств должен быть рассредоточен в полосе действия войск для его быстрого выдвижения в нужный район.

Непосредственное руководство подчиненными военными медицинскими частями и подразделениями осуществляется с командного пункта (ТПУ). Часто возникает необходимость личного присутствия на наиболее ответственных участках, поэтому он может работать непосредственно в медицинских подразделениях и частях или в очагах массовых СП, не прекращая при этом руководства службой в целом. Во всех случаях для сохранения непрерывности и своевременности управления подчиненными силами и средствами особое значение имеет постоянная, хорошо налаженная связь. В зависимости от условий конкретной обстановки могут использоваться различные средства связи: штатные средства связи медицинской службы, средства связи командования, связь через водителей санитарного транспорта, связь через специально выделенных для этой цели лиц (посыльные, офицеры связи и т. д.).

Данные о тактической, тыловой и медицинской обстановке НМС получает: на ТПУ — информация о ходе тылового обеспечения частей и подразделений, защите, охране и обороне частей и подразделений тыла; по радиосети ТПУ — информация о положении дел в МП, омето (медр), ВПП, а также распоряжения вышестоящего НМС; при выезде на КП бригады — о складывающейся тактической обстановке; при выезде в омето (медр) — от раненых, водителей-санитаров, от командира отделения сбора и эвакуации раненых — достоверную информацию о количестве раненых в подразделениях, МП воинских частей соединения; от начальника (командира) омето (медр) — своевременную и полную информацию о потерях в силах и средствах медицинской службы, состоянии медицинского снабжения подразделений бригады, появлении инфекционных больных, результатах радиационной, химической и медицинской разведки, медицинского контроля за питанием и водоснабжением и по другим вопросам МО.

Для оценки обстановки принятия решения в современных условиях ведения боевых действий НМС соединения (воинской части), как правило, не будет иметь достаточного времени (более 0,5–1 часа). В связи с этим используется методика комплексной оценки обстановки. Особенность данной методики оценки

заключается в том, что элементы тактической, тыловой и медицинской обстановки группируются и анализируются применительно к задачам и основным мероприятиям медицинской службы войск.

Задачи медицинской службы в ходе боя уточняются на основе новых данных о действиях своих войск, действиях противника и решениях командира соединения (воинской части).

При оценке своих войск учитывается ход выполнения ранее поставленных боевых задач: успешно; успешно, но с задержкой по времени; выполнены частично; не выполнены.

При оценке противника анализируются следующие факторы: характер его боевых действий, в том числе ожидаемый характер действий в ближайшее время; применение ядерного, химического и других видов оружия; данные о вновь выявленных ядерных и других средствах массового поражения; данные о появлении новых соединений (частей) или изменении их местонахождения. В ходе боя могут появиться данные о СЭС войск противника и района его расположения.

Уточнение задач медицинской службы невозможно без ознакомления с решением командира соединения (воинской части), поскольку оно содержит итоговую оценку сложившейся тактической обстановки и постановку боевых задач частям и подразделениям, определяет предстоящий характер боевых действий.

На основании оценки указанных факторов в качестве выводов формулируются уточненные задачи медицинской службы. Это может быть, например, необходимость МО контратаки воинских частей (подразделений) второго эшелона или резерва, или МО соединения при форсировании водного рубежа, или при переходе к преследованию противника и т. д.

При оценке обстановки в ходе боя НМС имеет дело не с вероятными, а с реальными СП соединения (воинской части). При этом анализируются следующие данные: количество раненых и больных за период боя; распределение раненых и больных на данное время, а именно, сколько раненых находится в МП, омедо (медр); сколько раненых и больных эвакуировано.

Сбор, систематизация и анализ данных о реальных СП соединения (воинской части) в бою позволяют сделать выводы следующего характера: соответствие СПФ расчету вероятных СП при планировании; наличие и характер очагов массовых СП, МП подразделений, в которых наибольшее количество раненых.

При оценке выполнения мероприятий сбора и вывоза раненых и пораженных с поля боя или из очагов массовых СП и подразделений анализируются следующие данные: сроки вывоза (выноса) раненых с поля боя (время от момента ранения до поступления в МП воинских частей (подразделений)); состав сил и средств сбора и вывоза раненых с поля боя в подразделениях.

На основе анализа указанных данных формулируются выводы следующего характера: своевременность сбора и вывоза раненых с поля боя; обеспеченность силами и средствами сбора и вывоза раненых с поля боя по подразделениям; необходимость усиления отдельных подразделений силами и средствами сбора и вывоза раненых, улучшения их организации; необходимость участия медицинской службы в спасательных работах в очагах массового поражения.

При оценке состояния военных медицинских частей и медицинских подразделений анализируются следующие данные: размещение и загрузка ранеными и больными МП воинских частей; объем оказываемой в МП медицинской помощи, медицинское снабжение; размещение и загрузка ранеными и больными омедо (медр), их лечебно-эвакуационная характеристика, количество врачебных бригад, объем медицинской помощи, медицинское снабжение.

На основе анализа указанных данных формулируются выводы следующего характера: соответствие районов (мест) размещения военных медицинских частей и подразделений обстановке; полнота и своевременность оказания раненым и больным установленного объема медицинской помощи; наличие военных медицинских частей и подразделений, перегруженных ранеными и больными, необходимость усиления их силами и средствами, ускорения эвакуации; обеспеченность военных медицинских частей и подразделений медицинским имуществом и техникой, наличие резерва сил и средств.

При оценке мероприятий эвакуации раненых и больных анализируются следующие данные: количество раненых и больных, подлежащих эвакуации из МП в омедо (медр), из омедо (медр) в ВПГ, МОСН, ГВКМЦ и УЗ МЗ; наличие и состояние эвакуотранспортных средств, в том числе санитарного автомобильного и авиационного транспорта; возможность использования транспорта общего назначения тыла соединения (воинской части).

На основе анализа указанных данных формулируются выводы следующего характера: общая оценка состояния эвакуации раненых и больных в ходе боя; необходимость усиления средствами эвакуации военных медицинских частей и подразделений, маневра потоком эвакуируемых раненых и больных (в т. ч. переключения потока раненых с одного МП на другой и т. д.); необходимость использования транспорта общего назначения тыла соединения (воинской части) или ОК.

При необходимости анализируются и другие факторы обстановки: СЭС войск и района; защита личного состава от ОМП; защита, охрана и оборона МП; состояние управления медицинской службой.

В общих выводах излагаются следующие положения: соответствие сложившейся медицинской обстановки в соединении (воинской части) плану МО (в соответствии с планом; требует уточнения решения и т. д.); задачи медицинской службы в сложившейся обстановке; уточнение организации сбора и вывоза (выноса) раненых с поля боя и очагов массовых СП; необходимость усиления военных медицинских частей и подразделений средствами сбора и эвакуации раненых и больных; использование резерва сил и средств медицинской службы; смена районов развертывания военных медицинских частей и подразделений, маневр ЭМЭ; их охрана и оборона; проведение мероприятий по восполнению расхода и потерь медицинского имущества и техники.

На основе общих выводов НМС принимает решение по организации МО соединения (воинской части) в сложившейся обстановке. В соответствии с принимаемыми в ходе боя решениями НМС отдает подчиненным краткие распоряжения (по службе). Для ускорения оформления и передачи распоряжений используются бланки формализованных документов.

Каждая форма документа имеет свой номер, заголовок, номера (индексы) пунктов и текст постоянной информации, относящийся к каждому пункту. При составлении документа в форму вписываются соответствующие данные, называемые текстом переменной информации.

Документы управления медицинской службой в ходе боевых действий.

Для обеспечения управления медицинской службой отрабатывается ряд документов, которые называются «документы управления медицинской службой». Основными документами управления медицинской службой являются:

– *рабочая карта* — основной исходный документ при оценке обстановки и принятии решения НМС как в процессе подготовки к МО боя, так и в ходе его осуществления. Она позволяет НМС составить четкое представление о боевой, тыловой и медицинской обстановке. Рабочая карта должна достоверно отражать складывающуюся в любой момент обстановку. Для этого необходимо постоянно уточнять ее. Хорошее ведение рабочей карты и умение правильно пользоваться ею способствуют четкому управлению медицинской службой;

– *план медицинского обеспечения* — основной документ управления медицинской службой. Его содержание, порядок отработки и оформления были подробно изложены ранее. Разработка и оформление плана МО не должны задерживать проведение мероприятий по подготовке сил и средств медицинской службы к выполнению поставленных задач;

– *распоряжения* — основная форма доведения решения НМС до подчиненных. Они обычно содержат краткие выводы из оценки обстановки (в части, касающейся подчиненного, которому отдается распоряжение), четкое изложение поставленной задачи, указание о порядке и времени доклада о выполнении задачи.

Дополнительные документы управления могут разрабатываться наряду с основными, а именно: план подготовительных мероприятий; план рекогносцировки; план ПЭМ; план охраны, обороны и защиты медицинского подразделения; схема связи и т. д.

Отчетным документам также принадлежит важная роль в обеспечении успешного управления. Они служат в основном для информирования старших начальников о выполнении поставленных задач, результатах МО, итогах работы медицинских подразделений.

Различают *срочные* (табельные) документы (донесения и отчеты) и *внеочередные* (внесрочные).

Срочные документы представляются в сроки, установленные Табелем срочных донесений или указанные вышестоящим начальником (командиром), а внеочередные — немедленно в случаях, предусмотренных Табелем срочных донесений, а также в других случаях, по своему характеру отвечающих понятию «чрезвычайное происшествие».

Таким образом, управление медицинской службой должно обеспечить эффективное использование возможностей сил и средств органов управления медицинской службой, военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений и успешное выполнение ими задач в установленные сроки и в любых условиях обстановки.

3.9. ОРГАНИЗАЦИЯ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

3.9.1. Цели и задачи, сущность и содержание военно-медицинского учета и отчетности в ВС РБ в военное время

Медицинский учет, принятый в ВС РБ на военное время, представляет собой разработанную на основе военно-медицинской статистики систему сбора, обработки и анализа информации о СП, здоровье военнослужащих и состоянии МО войск ВС.

Сбор, обработка, а также научный анализ медико-статистической информации осуществляются в **целях**:

- организации и планирования МО ВС в различных условиях боевой обстановки;
- оперативного руководства работой военно-медицинских частей и подразделений;
- осуществления своевременных и преемственных лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- изучения и обобщения результатов деятельности военно-медицинских частей и подразделений;
- своевременной информации командования и вышестоящего НМС о состоянии МО частей, соединений и оперативных объединений всех видов ВС.

Задачами медицинского учета в военное время являются:

- учет СП и здоровья личного состава воинских частей, соединений и оперативных объединений;
- учет движения, исходов и длительности лечения раненых и больных на ЭМЭ;
- учет состояния сил и средств военно-медицинской службы;
- учет основных лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- учет санитарно-эпидемического состояния войск.

Обязательными требованиями, предъявляемыми к данным медицинского учета и отчетности, являются их достоверность, полнота, сравнимость и своевременность представления.

Порядок работы с документами медицинского учета должен исключать возможность разглашения сведений, содержащих военную и государственную тайну.

Медицинский учет в военное время основывается на врачебной регистрации и начинается с МП воинских частей. Он осуществляется с помощью официально принятых форм медицинской документации и специальных правил измерения, регистрации и анализа военно-медицинских данных.

3.9.2. ДОКУМЕНТЫ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ В СОЕДИНЕНИИ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ) В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ. ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ И ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ДОКУМЕНТОВ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ

Документы медицинского учета подразделяются на две группы: *учетные медицинские документы* (персональной и групповой регистрации) и *отчетные медицинские документы* (срочные и внеочередные).

Учетные медицинские документы обеспечивают единообразную систематическую регистрацию по строго установленной форме данных, характеризующих СП личного состава войск, здоровье военнослужащих, а также работу военно-медицинских частей и подразделений. Наряду с лечебно-эвакуационным и учетно-статистическим назначением учетные медицинские документы имеют важное юридическое значение, официально подтверждая факт ранения (заболевания), его связь с участием пострадавшего в боевых действиях, а также отражая уровень и изменения в состоянии здоровья и результаты лечения.

Отчетные медицинские документы представляют собой целесообразные формы статистической группировки и сводки учетных данных о СП воинских частей, соединений и оперативных объединений, а также о работе медицинской службы за определенные промежутки времени.

Порядок и сроки представления отчетных медицинских документов определяются Табелем срочных донесений Тыла ВС РБ на военное время.

Ответственность за организацию медицинского учета и своевременность представления установленных документов отчетности возлагается на соответствующих начальников медицинской службы.

Подлежащие учету данные регистрируются в документах медицинского учета, которые свидетельствуют факт ранения или заболевания военнослужащего, пребывание его на лечении, характер проведенных ЛЭМ, исход лечения и т. д.

Пример важности такого учета: все послевоенные годы (после 1945 г.) и особенно спустя десятилетия после окончания войны многим ветеранам понадобилось подтвердить факт ранения для определения инвалидности, получения пенсии, различных льгот и пр. С этой целью сотни тысяч запросов направлялись в архив военно-медицинского музея Министерства обороны Российской Федерации (в Санкт-Петербурге)

Основные формы статистических документов учета и отчетности входят в специальный комплект медицинского имущества «БК-1» (бланки, книги войсковые). Такими документами являются:

- а) учетные документы:
 - первичная медицинская карточка форма № 100;
 - книга учета раненых и больных форма № 106;
 - книга учета переливания крови и кровезамещающих жидкостей;
 - карточка эпидемиологического обследования инфекционного заболевания форма № 23;
 - история болезни форма № ___;
 - книга учета работы стоматологического кабинета форма № 19 (при наличии в штате стоматолога).

б) отчетные документы:

- донесение по медицинской службе форма № 1 а/мед;
- донесение по медицинской службе форма № 2 мед (внеочередное);
- донесение о наличии и потребности медицинского имущества, форма № 5

мед.

Одним из важнейших учетных документов в военное время является *первичная медицинская карточка, форма № 100*.

Карточка предназначена для персонального медицинского учета раненых и больных, обеспечения МС преемственности, своевременности и последовательности в оказании медицинской помощи на передовых ЭМЭ.

Карточка является юридическим документом, свидетельствует факт ранения (заболевания) и дает право раненому (больному) на эвакуацию в тыл.

Карточка ведется на всех раненых и больных, выбывших из строя в связи с ранением или заболеванием на срок не менее суток, при первом оказании врачебной помощи (в МПБ, медицинской роте бригады, омето). В госпитале карточка заводится только на тех раненых, которые поступили в госпиталь, минуя войсковые этапы, не подлежат лечению в данном госпитале и после оказания неотложной помощи будут эвакуированы в другое лечебное учреждение. Направление в госпиталь раненых и больных из МПБ, медицинской роты бригады без первичных медицинских карточек (или истории болезни) не разрешается.

На ЭМЭ, где раненому (больному) оказывается впервые врачебная помощь, заполняется лицевая сторона первичной медицинской карточки и ее корешок. После этого корешок отрезается от карточки и используется для составления очередного донесения по медицинской службе. Заполненная карточка подписывается врачом, заверяется печатью части и вместе с раненым отправляется на следующий этап эвакуации. Карточка прикрепляется к повязке раненого или вкладывается в левый карман верхней одежды.

Первичная медицинская карточка раненого (больного), оставленного в медицинской роте бригады для лечения на срок до 5 суток, используется как история болезни. В этом случае на оборонной стороне карточки делаются записи о состоянии раненого (больного) и оказанной медицинской помощи, а по окончании лечения указывается его исход. Обратная сторона карточки используется для записи данных о медицинской помощи, оказанной на последующем этапе. Заполнение карточки продолжается до того, пока не будет заведена история болезни. Карточка вклеивается в историю болезни между первым и вторым ее листами.

Для обозначения вида СП имеются символические рисунки, которые подчеркиваются. Локализация ранения указывается на силуэте человека (характер ранения подчеркивается, места ранения обводятся). Также обозначается очередность, способ эвакуации и этап, куда эвакуируется раненый (больной).

Цветные полосы предназначены для сигнализации следующему этапу эвакуации о неотложных мероприятиях (красная полоса); о необходимости санитарной обработки (желтая полоса); о необходимости изоляции больного по поводу инфекционного заболевания, поражения бактериологическим оружием (черная полоса); о необходимости проведения специальных мероприятий при поражении проникающей радиацией (синяя полоса). Если раненый (больной)

нуждается одновременно в нескольких медицинских мероприятиях, на карточке могут быть оставлены две или более цветные полосы.

Первичные медицинские карточки на всех раненых и больных с определенным исходом и не имевших истории болезни направляются вышестоящему медицинскому начальнику.

Книга учета раненых и больных предназначена для регистрации всех обратившихся за медицинской помощью, включая и тех, кому эта помощь оказывается амбулаторно. Обязательно нужно регистрировать данные о времени ранения, поступления в МП, диагноз и содержание оказанной помощи. Книга ведется в МПб, медицинской роте бригады, омедо.

Книга учета переливания крови и кровезамещающих жидкостей ведется в медицинской роте мобильной бригады, в омедо омбр, ВПГ и лечебных учреждениях центра. В книгу записываются данные о группе крови, учреждения заготовившего кровь, дата заготовки, дата и способ переливания, результаты переливания.

Карточка эпидемиологического обследования инфекционного заболевания предназначена для учета всех инфекционных заболеваний и эпидемической обстановки.

Донесение по медицинской службе форма № 1 а/мед составляется НМС воинской части и представляется непосредственно НМС ежедневно к 21.00 по состоянию на 20.00. В донесении указываются сведения о поступлении, наличии и движении раненых, о подлежащих эвакуации, наличии и потребности санитарного транспорта, месте развертывания медицинской роты бригады, санитарно-эпидемиологическом состоянии соединения (воинской части);

Внеочередное донесение форма № 2 мед представляется непосредственно НМС в произвольной форме при следующих обстоятельствах:

- появление среди военнослужащих состава или населения в районе расположения (действия) воинской части ООИ (чумы, холеры, натуральной оспы, сибирской язвы, клещевого энцефалита);
- появление необычных для данного района инфекционных заболеваний, а также при эпизоотии среди грызунов;
- возникновение вспышек инфекционных заболеваний, а также групповые отравления;
- применение противником ОМП;
- смертельные случаи, связанные с применением прививок, переливания крови, анаэробной инфекцией;
- потери медицинской службы, повлекшие за собой резкое снижение ее деятельности;
- захват крупных партий трофейного имущества.

Донесение о наличии и потребности медицинского имущества форма № 5 мед представляется непосредственно НМС подекадно (10, 20, 30 числа каждого месяца). Все донесения представляются через штаб воинской части или с водителями санитарных автомобилей.

Запрещается вносить какие-либо изменения в установленные формы документов медицинского учета или требовать представления каких-либо дополни-

тельных донесений и отчетов по медицинской службе, не предусмотренных Табелем срочных донесений Тыла Вооруженных Сил на военное время. Изменения в содержание и порядок ведения документов медицинского учета и отчетности могут вноситься только на основании директив заместителя Министра обороны по тылу — начальника Тыла ВС РБ или начальника ВМУ МО.

Учетные медицинские документы, подлежащие постоянному хранению, пересылаются в архив Министерства обороны РБ. Документы, не подлежащие хранению, уничтожаются установленным порядком. Порядок отправления или уничтожения документов медицинского учета указан в пояснениях к каждому документу.

При расформировании или реформировании воинских частей, военно-медицинских частей и учреждений отчетность по медицинской службе составляется по день расформирования (реформирования). В этом случае должны быть приняты меры к сбережению и сдаче в архив МО РБ всей подлежащей постоянному хранению учетной и отчетной медицинской документации.

Книги и бланки медицинского учета и отчетности изготавливаются централизованно, снабжение ими осуществляется через ВМУ МО.

3.9.3. ПОРЯДОК ВЕДЕНИЯ ДОКУМЕНТОВ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ

Персональному медицинскому учету в военно-медицинских частях и подразделениях подлежат все раненые и больные военнослужащие ВС РБ, военнопленные и другие лица, поступившие для получения медицинской помощи или стационарного лечения. Учитываемой единицей является каждый раненый и больной, независимо от числа ранений, заболеваний и их сочетаний.

В отчетные медицинские документы включаются данные только о раненых и больных, подлежащих стационарному лечению.

Медицинский учет раненых и больных военнослужащих (гражданского персонала ВС), выбывших из строя не менее чем на 24 часа и поступивших на ЭМЭ, где оказывается врачебная помощь, является одновременно учетом СП личного состава ВС.

Медицинский учет военнослужащих, получивших ранения (поражения) в боевых действиях, производится в соответствии с классификацией и номенклатурой боевых поражений для статистической медицинской отчетности военного времени.

Учет военнослужащих, заболевших или получивших небоевую травму, ведется в соответствии с классификацией и номенклатурой болезней, применяемой в мирное время.

Все раненые и больные, умершие как на ЭМЭ, так и на пути к ним, регистрируются в документах медицинского учета на том этапе, куда они были доставлены. Указанное требование имеет целью обеспечить полноту учета СП и определившихся исходов лечения, а также выявить дефекты медицинской эвакуации раненых и больных.

Начальник лечебного учреждения о каждом умершем военнослужащем в день его исключения из списков раненых и больных учреждения высылает

в районный (городской) военный комиссариат по месту жительства семьи или родственников умершего извещение по форме, установленной приказом Министра обороны РБ. О смерти военнослужащего начальник лечебного учреждения сообщает также командиру воинской части, где проходил службу умерший, с указанием его воинского звания, фамилии, имени, отчества, даты и причины смерти. Извещения на умерших военнослужащих, не имеющих семей и близких родственников, высылаются в военкомат по месту призыва (мобилизации) этих военнослужащих.

3.9.4. ЕДИНИЦЫ МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА

В соответствии с задачами медицинского учета важнейшими единицами медико-статистического учета в военное время, которые находят отражение в учетных и отчетных медицинских документах, являются:

- случай СП;
- лечившийся (госпитализированный) раненый или больной;
- оперированный раненый (больной);
- раненый или больной, получавший интенсивную терапию;
- лечебно-диагностическое мероприятие;
- определившийся исход лечения раненого (больного);
- длительность лечения раненого (больного);
- случай расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов ранения, заболевания;
- госпитальная койка (штатная, развернутая, занятая, свободная);
- койко-день;
- состояние ЭМЭ (лечебно-эвакуационного учреждения);
- СЭС воинской части.

Единое понимание и регистрация поименованных единиц учета обеспечивает достоверность, полноту и сравнимость медико-статистической информации.

Единица учета санитарных потерь — военнослужащий ВС РБ (лицо гражданского персонала ВС), выбывший из строя вследствие ранения или заболевания на срок не менее суток (24 часа), зарегистрированный на ЭМЭ, где оказывается врачебная помощь.

Медицинский учет раненых и больных производится по диагнозам их ранений, заболеваний. При наличии у раненого (больного) нескольких ранений или заболеваний все они обязательно регистрируются в учетных медицинских документах; оперативный же медицинский учет СП, учет лечившихся в военно-медицинских подразделениях, частях и учреждениях, а также медицинская отчетность ведутся по диагнозам основных (ведущих) ранений, заболеваний.

Необходимо руководствоваться следующими **правилами и последовательностью выбора диагноза основного ранения (заболевания) и причины смерти**:

- основным следует считать первичное (в этиологическом и хронологическом отношении) ранение, заболевание, а не его осложнение;
- предпочтение отдается диагнозу более тяжелого или смертельного ранения (заболевания);

– при наличии острого и хронического заболевания (поражения) основным считается диагноз острого заболевания (поражения);

– диагнозу эпидемического заболевания (поражения микробными формами бактериологического оружия) отдается предпочтение перед диагнозами других заболеваний, ранений;

– из двух ранений (заболеваний), одинаковых по тяжести, предпочтение отдается тому, которое более тяжело отражается на боеспособности и трудоспособности раненого (больного) или требует более сложного и длительного лечения.

При пользовании приведенной схемой выбора диагноза основного ранения, заболевания каждое ее правило вступает в силу в том случае, когда не может быть применено предыдущее.

При наличии у одного раненого нескольких ранений различают комбинированное, множественное или сочетанное ранение (поражение).

Комбинированным называется ранение, вызванное различными видами оружия (например, огнестрельное ранение и поражение ОВ) или различными поражающими факторами одного и того же вида оружия (ожог, механическая травма и поражение проникающей радиацией вследствие ядерного взрыва).

Множественное ранение — ранение различных областей тела в результате воздействия одного вида оружия (например, осколочные ранения нескольких анатомических областей, множественные ожоги тела).

Сочетанное ранение — ранение нескольких анатомических областей тела, нанесенное одним ранящим снарядом (например, торакоабдоминальное пулевое ранение).

Лечившийся (госпитализированный) раненый (больной) — каждый поступивший в МП части, в медр, медицинский отряд, госпиталь для стационарного лечения или обследования. В числе лечившихся наряду с военнослужащими и гражданским персоналом ВС могут быть раненые и больные военнослужащие союзных армий, военнопленные и прочие лица; все они подлежат персональному учету медицинскому.

В воинской части в качестве СП учитываются раненые и больные, поступившие в МП, получившие там первую врачебную помощь и на которых была заполнена первичная медицинская карточка.

При массовом поступлении часть раненых, не нуждающихся в неотложной медицинской помощи в МП воинской части, после МС может быть эвакуирована в медр (омедо, госпиталь) непосредственно с сортировочной площадки с обязательным заполнением первичной медицинской карточки. Данные о числе этих раненых, полученные при составлении списков эвакуированных, уточняют сведения об общем количестве СП воинской части.

В соединении общее количество СП определяется суммарным числом раненых и больных, поступивших во все МП воинских частей соединения, прошедших МП без заполнения первичной медицинской карточки, поступивших в омедо (медр), минуя МПб.

Для характеристики состава (структуры) СП соединения используются данные о раненых и больных, поступивших в омедо (медр) соединения, или омедо, действующий в интересах соединения.

В объединении (ОК) общее количество СП определяется суммированием данных о СП в соединениях и отдельных воинских частях.

Для характеристики состава (структуры) СП ОК используются суммарные данные о раненых и больных, поступивших в омедо (медр) и омедо(у).

В масштабе ВС РБ сведения о количестве и составе СП получают на основе суммарных данных о раненых и больных, поступивших в омедо (медр), а также непосредственно в ВПГ, ГВКМЦ, т. е. минуя омедо (медр). Эти данные содержатся в донесениях начальников медицинской службы ОК и соединений; командиров омедо, медр, других военно-медицинских частей и учреждений.

Оперированным считается раненый (больной), которому произведена хирургическая операция, т. е. механическое воздействие на ткани и органы с применением обезболивания для целей диагностики или лечения.

Одному оперированному может быть сделано несколько хирургических операций, каждая из которых подлежит специальному медицинскому учету. Одновременно с регистрацией хирургических операций учитываются также вид применявшегося обезболивания, осложнения и исход операции. Специальному медицинскому учету подлежат раненые и больные, получившие противошоковую терапию.

Лечебно-диагностическое мероприятие — единица учета, используемая для характеристики объема и содержания проводимой на ЭМЭ лечебно-диагностической работы. К лечебно-диагностическим мероприятиям относятся: хирургические операции, переливания крови и кровезаменителей, иммобилизация, перевязки, рентгенологические и другие диагностические исследования, различные физиотерапевтические процедуры и т. д. Для единообразия учета лечебно-диагностических мероприятий используются их специальные номенклатуры.

Определившийся исход лечения раненого (больного) — результат законченного лечения военнослужащего на ЭМЭ: выписка по выздоровлении для дальнейшего прохождения воинской службы (без изменения или с изменением степени годности к службе); увольнение по ранению или болезни из ВС (в отпуск, в запас или вовсе); летальный исход.

Каждый случай определившегося исхода лечения раненых (больных) регистрируется в документах медицинского учета с обязательным указанием для военнослужащих одной из следующих формулировок о наличии или отсутствии причинной связи ранения (заболевания) с участием в боевых действиях или исполнением обязанностей военной службы.

Ранение (контузия, травма, увечье): 1) получено в боях при защите РБ; 2) получено при исполнении обязанностей военной службы; 3) получено вследствие несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы; 4) не связано со службой в ВС РБ.

Заболевание: 1) связано с участием в боевых действиях; 2) получено в период прохождения военной службы; 3) не связано со службой в ВС РБ.

Длительность лечения раненого (больного) военнослужащего учитывается (в днях) при наступлении определившегося исхода его лечения с момента ранения, заболевания, характеризует тяжесть ранения, болезни и эффективность всего комплекса ЛЭМ, а также с момента поступления в лечебное учреждение,

где определен исход, и характеризует длительность лечения в данном учреждении, т. е. длительность его пребывания в этом госпитале.

Случай расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов ранения (заболевания) — единица учета, используемая при оценке качества диагностической работы врачебного состава путем сопоставления клинических и патологоанатомических диагнозов у умерших раненых и больных. Различают полное и частичное расхождение сравниваемых диагнозов.

Госпитальная койка как единица медицинского учета отражает возможность лечебного учреждения разместить одного раненого (больного), обеспечив его необходимой медицинской помощью, питанием и уходом. Медико-статистическому учету подлежат койки, определенные штатом лечебного учреждения, — штатные койки; койки, предусмотренные планом его развертывания, — плановые койки; койки (места), фактически подготовленные к приему раненых и больных, — развернутые койки; койки, соответствующие числу находящихся на лечении раненых и больных, — занятые (использованные) койки.

Койко-день — расчетная единица, применяемая при планировании и анализе использования коечного фонда лечебных учреждений (имеется в виду одна койка, запланированная к использованию, фактически развернутая или занятая раненым, больным в течение одних суток).

Состояние этапа медицинской эвакуации — краткая функциональная характеристика его участия в ЛЭО войск. В донесениях по медицинской службе предусмотрено отражение следующих состояний МП, медр, омедо и госпиталей: *развернут* (готов к приему или ведет прием, оказание медицинской помощи, лечение раненых и больных); *свернут* (свободен от раненых и больных, готов к передислокации), *передислоцируется*; *уничтожен* (не может функционировать в результате гибели личного состава и имущества); *развернут по противоэпидемическому режиму*.

Состояние группы военных госпиталей характеризуется тремя состояниями: *развернута, на марше, в районе сосредоточения*.

Специальному медицинскому учету подлежат результаты санитарно-эпидемиологической разведки, которые служат основанием для объективной **оценки санитарно-эпидемического состояния воинской части (соединения) и района размещения (действия)**.

СЭС воинской части или района ее дислокации может быть *благополучным, неустойчивым, неблагоприятным и чрезвычайным*.

При неблагоприятном СЭС воинской части (соединения) или района ее размещения (действия) составляется отдельный план ПЭМ. Приказом командира в/части (соединения) на основании доклада НМС в воинской части (соединении) вводится *режим обсервации*.

При чрезвычайном СЭС воинской части (соединения) устанавливается *карантин*. Районы, в которых установлено чрезвычайное СЭС, для размещения в/части (соединения), как правило, не используют.

3.9.5. ОБЯЗАННОСТИ ДОЛЖНОСТНЫХ ЛИЦ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ПО ВЕДЕНИЮ ДОКУМЕНТОВ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ

Организация медицинского учета, контроль за правильностью ведения учетных и отчетных медицинских документов является важной обязанностью каждого НМС.

Начальник медицинской службы вида Вооруженных Сил, оперативного командования, рода войск (сил):

– организует и контролирует ведение документов медицинского учета и отчетности в командованиях, соединениях, воинских частях, а также в военно-медицинских частях и учреждениях, входящих в вид ВС, ОК;

– представляет в соответствии с Табелем срочных донесений Тыла ВС РФ на военное время донесения и отчеты по медицинской службе за вид ВС, ОК и в необходимых случаях лично докладывает командованию данные о СП личного состава, состоянии и деятельности медицинской службы;

– анализирует совместно с начальниками отделов (отделений) и главными медицинскими специалистами материалы о СП и проводимых лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятиях;

– организует подготовку медицинского состава по вопросам медицинского учета, отчетности и военно-медицинской статистики;

– организует отправку документов медицинского учета, подлежащих сдаче на хранение в архив МО РФ.

Начальник медицинской службы соединения:

– организует и контролирует ведение документов медицинского учета и отчетности в воинских частях, а также в медицинских подразделениях соединения;

– представляет в соответствии с Табелем срочных донесений Тыла ВС РФ на военное время донесения и отчеты по медицинской службе за соединение;

– анализирует данные о СП личного состава соединения, о состоянии МП воинских частей, медицинской роты соединения, о составе и движении поступивших в них раненых и больных, объеме и эффективности лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

– докладывает результаты анализа командованию и вышестоящему НМС;

– организует отправку документов медицинского учета, подлежащих сдаче на хранение в архив МО РФ.

Начальник медицинской службы воинской части:

– организует и лично контролирует ведение документов медицинского учета и отчетности в части;

– составляет и представляет в соответствии с Табелем срочных донесений Тыла ВС РФ на военное время донесения по медицинской службе за свою воинскую часть;

– анализирует данные о СП личного состава и работе медицинской службы части, докладывает свои выводы командиру части и вышестоящему НМС.

Начальник медицинского пункта, врач воинской части:

– руководит практической работой по медицинскому учету в МП;

– лично заполняет разделы учетных медицинских документов, требующие врачебных записей, и составляет медицинские донесения;

- контролирует правильность заполнения фельдшером (регистратором) остальных разделов документов медицинского учета и полноту выборки данных для составления донесений по медицинской службе;

- анализирует данные о СП личного, состава и докладывает результаты НМС части.

Фельдшер (санитарный инструктор) медицинского пункта воинской части:

- отвечает за хранение медицинской документации в МП, ведет учет бланков и книг, следит за их своевременным получением и правильным расхождением;

- подготавливает документы медицинского учета и по указанию врача производит в них соответствующие записи;

- осуществляет выборку из документов медицинского учета данных, необходимых для составления донесений по медицинской службе.

Фельдшер (санитарный инструктор) подразделения медицинской документации не ведет. По произвольной форме он учитывает раненых и больных военнослужащих, эвакуированных из подразделения, а также работу санитаров и санитаров-носильщиков и докладывает об этом командиру подразделения и НМС воинской части.

Начальник (командир) военно-медицинского учреждения (подразделения):

- организует и контролирует ведение документов медицинского учета и отчетности в учреждении (части);

- представляет в соответствии с Табелем срочных донесений Тыла ВС РФ на военное время донесения и отчеты по медицинской службе;

- анализирует данные о деятельности учреждения (части), составе и движении раненых и больных, эффективности лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

- докладывает результаты анализа непосредственному начальнику.

Заместитель начальника ВПП по медицинской части (командир медр, начальник лечебного отделения):

- руководит практической работой по медицинскому учету и отчетности в госпитале, медр, лечебном отделении;

- следит за правильностью ведения историй болезни и других учетных медицинских документов;

- контролирует полноту выборки данных из учетных медицинских документов, необходимых для составления медицинской отчетности; по поручению начальника госпиталя (НМС соединения) составляет донесения и отчеты по медицинской службе за госпиталь (медр);

- анализирует особенности боевых поражений и заболеваний военнослужащих, состояние лечебно-диагностической работы в госпитале (медр) и свои выводы докладывает непосредственному начальнику.

Врач-ординатор лечебного отделения:

- ведет истории болезни, следит за их хранением и своевременной сдачей в медицинскую часть в случаях выписки или смерти раненых (больных);

- при выписке или эвакуации раненых (больных) производит в индивидуальных медицинских документах записи, необходимые для обеспечения преемственности в дальнейших ЛЭМ;

– представляет начальнику лечебного отделения (медицинского подразделения) данные для составления документов медицинской отчетности и анализа деятельности отделения (подразделения).

Старший медицинский статистик (медицинский статистик) госпиталя, медицинской роты соединения:

– ведет картотеку учета раненых и больных, находящихся на стационарном лечении в госпитале;

– помогает заместителю начальника госпиталя по медицинской части (командиру медр) в выборке данных для составления документов медицинской отчетности и анализа деятельности госпиталя, медр;

– хранит бланки и книги медицинского учета и следит за их правильным использованием в подразделениях.

Старшая медицинская сестра (медицинская сестра) лечебного отделения:

– ведет учет раненых и больных, прибывших в отделение или ушедших из него за время дежурства;

– к установленному сроку представляет в медицинскую часть (ПСО) сведения за сутки о движении раненых в отделении и количестве развернутых и свободных коек;

– хранит под замком истории болезни и остальные учетные документы, сдает истории болезни в медицинскую часть госпиталя после выписки или смерти раненых (больных).

Медицинская сестра-регистратор:

– заполняет паспортную часть истории болезни или первичной медицинской карточки (в госпитале, кроме того, карточку учета раненых и больных) на поступивших раненых и больных;

– ведет Книгу учета раненых и больных, записывая общие данные на основании осмотра и документации, а медицинские данные — по указанию врача;

– ежедневно к установленному сроку производит выборку данных медицинского учета, необходимых для составления донесений по медицинской службе.

3.10. ЗАДАЧИ И СОСТАВ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ). ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ШТАТНОГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ)

3.10.1. Задачи и состав медицинской службы соединения (воинской части)

Исходя из общих задач здравоохранения, особенностей МО боевых действий войск в современной войне и уровня развития военной и медицинской науки перед медицинской службой в военное время стоят следующие задачи:

1. *Своевременное оказание раненым и больным всех видов медицинской помощи в установленном объеме на этапах ЭМЭ и их полноценное лечение.* В период ВОВ санитарная служба РККА возвратила в строй ~ 72,3 % раненых и ~ 90,6 % больных, резко сократила смертность и инвалидность. В абсолютных цифрах это составило ~ 17 млн человек. Если сопоставить эти цифры с числен-

ностью войск КА на советско-германском фронте в годы войны (от 3 млн 394 тыс. человек к 1.12.1942 г. до 6 млн 700 тыс. человек к 1.01.1945 г.), становится очевидным, что война была выиграна в значительной степени солдатами и офицерами, возвращенными в строй санитарной службой.

2. *Организация и проведение медицинских мероприятий по сохранению боеспособности личного состава, укреплению его здоровья.* Победа в современном бою потребует максимального морально-психологического и физического напряжения всего личного состава. Крепкое здоровье необходимо воинам также для овладения сложным оружием и боевой техникой, которыми оснащены современные ВС, и эффективного их использования в бою.

Сегодня в войсках насчитывается ~ 2000 специальностей, многие из которых связаны с отрицательным воздействием на организм военнослужащих неблагоприятных факторов, снижающих психофизические возможности человека. Например, при длительном нахождении военнослужащих в боевой технике негативное влияние на их здоровье оказывают вибрация, высокая температура летом и низкая зимой, недостаточное освещение, шум и пыль. В ходе боя к этому присоединяется воздействие отработанных газов, газопламенной струи выстрела, электромагнитных полей радиолокационной техники, агрессивных компонентов ракетного топлива и многое другое.

Медицинские работники должны хорошо знать специфику военного труда, разрабатывать рекомендации по предупреждению профессиональных заболеваний и повышению боеспособности (работоспособности) военнослужащих. Своевременно выявлять ранние формы патологии и осуществлять лечебно-оздоровительные мероприятия.

В военное время создаются условия для возникновения и распространения инфекционных и других болезней. Применение противником бактериологического оружия, разрушение системы канализации в населенных пунктах, а также сосредоточение больших масс войск на ограниченной территории, миграция населения в зоне боевых действий способствует возникновению и распространению инфекционных заболеваний в войсках.

В годы ВОВ в КА благодаря проводимым медицинской службой профилактических мероприятиям не было допущено вспышек инфекционных заболеваний. В структуре СП инфекционные больные (без гриппа, малярии, ангины, глистных инвазий) составили всего 2,7 %. В то же время в ходе боевых действий в Афганистане из-за неблагоприятного влияния климато-географических условий на боеспособность войск в структуре СП было 11,4 % раненых и 89,6 % больных, причем среди больных подавляющее большинство составляли инфекционные заболевания, передающиеся алиментарным путем (вирусный гепатит, брюшной тиф, дизентерия и др.). Поэтому роль профилактической работы в современной войне значительно возрастает.

3. *Организация и проведение медицинских мероприятий по защите личного состава войск (сил) от ОМП.* С этой целью медицинской службой организуется и проводится радиационная, химическая и биологическая разведка районов (мест) развертывания (сосредоточения, размещения), а также маршрутов перемещения ЭМЭ, обеспечивается постоянный дозиметрический, химический

и бактериологический контроль в указанных районах. Организовывается своевременное оповещение ЭМЭ о возникновении непосредственной угрозы воздействия факторов радиационной, химической и биологической природы, о радиационном, химическом и биологическом заражении района их размещения, а также оповещение о возможном выходе противника на незначительное расстояние от развернутых объектов медицинской службы.

Силами и средствами медицинской службы организовывается и проводится специальная обработка медицинского имущества, материальных средств и транспорта, санитарная обработка раненых и больных, а также личного состава ЭМЭ.

Медицинская служба принимает участие в подготовке личного состава войск к действиям в условиях применения действия факторов радиационной, химической и биологической природы, а также обеспечивает личный состав индивидуальными средствами профилактики и экстренной терапии поражений.

Кроме того, медицинская служба выделяет и подготавливает силы и средства для участия в ликвидации последствий воздействия факторов радиационной, химической и биологической природы, организовывает оказание медицинской помощи пораженным в очагах массовых СП и на ЭМЭ, осуществляет медицинский контроль за военнослужащими, подвергшимися воздействию указанных факторов, но сохранившими боеспособность.

4. Предупреждение возникновения и распространения заболеваний среди личного состава войск. Известно, что войны прошлого, как правило, сопровождалась эпидемиями сыпного и брюшного тифа, дизентерии, холеры и других инфекционных заболеваний. Это имело место в Первой мировой войне 1914–1918 гг., а также в последовавшей за ней Гражданской войне. Так, на 1000 человек личного состава армии в 1915 г. было более 16 заболеваний брюшным тифом, а в 1919 г. — свыше 130 случаев сыпного тифа и более 17 заболеваний дизентерией.

Опыт ВОВ доказал, что возникновения и распространения заболеваний среди личного состава можно не допустить. Действительно, в невиданной по размаху и напряженности войне благодаря четкой организации и настойчивому проведению комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий удалось избежать возникновения эпидемий. Особо следует подчеркнуть, что такой результат был достигнут в войне, которая велась на огромной территории, сопровождалась большими разрушениями, перемещениями значительной части населения из одних районов страны в другие, ухудшением материально-бытовых условий жизни. Даже при освобождении районов, временно оккупированных врагом, в которых среди населения часто было много инфекционных больных, военно-медицинская служба добивалась сохранения эпидемического благополучия своих войск. В современной войне, если ее удастся развязать империалистам, предупредить возникновение и распространение заболеваний среди личного состава войск будет еще труднее. Это связано с возможными обширными разрушениями, наносимыми ЯО, миграцией огромных масс населения из городов, районов боевых действий и мест, подвергшихся воздействию средств массового поражения, большими трудностями в материально-бытовом обеспечении, наконец, с возможностью преднамеренного распространения противником инфекционных заболеваний.

5. *Обеспечение войск, военных медицинских организаций, частей и подразделений медицинским имуществом и техникой.* Медицинская служба располагает необходимым медицинским имуществом и оборудованием, обеспечивающим применение современных методов обследования военнослужащих и проведение мероприятий по профилактике заболеваний и поражений, оказанию медпомощи раненым и больным и их лечению. В полевых условиях используется медицинское имущество, сосредоточенное в специальных комплектах, медицинские аппараты, приборы и оборудование, средства розыска, сбора и эвакуации раненых, а также подвижные медицинские установки и комплексы для развертывания ЭМЭ, оказания медицинской помощи пострадавшим, проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Важное значение уделяется созданию еще в мирное время запасов (резерва) медицинского имущества на складах, организации бесперебойного восполнения расхода средств и потерь в период ведения боевых действий путем своевременного их подвоза и маневре имеющимися запасами медицинского имущества и техники.

6. *Постоянное совершенствование МО на основе изучения, обобщения и глубокого анализа характера подготовки и ведения боевых действий, особенностей возникновения и течения боевых поражений и заболеваний, достижений медицинской науки и практического опыта работы медицинской службы в боевых условиях.* В связи с этим организуется сбор и обобщение материалов по реализации МО войск в боевых действиях, изучаются особенности возникновения и течения боевых поражений и заболеваний, достижения медицинской науки и практического опыта работы медицинской службы в боевых условиях. Анализ полученных данных позволяет определить перспективы развития теории и практики военной медицины на военное время, а также обеспечить внедрение научно-обоснованных форм и методов в систему МО.

Задачи, стоящие перед медицинской службой, решаются путем проведения комплекса различных по целям и содержанию мероприятий. Медицинская служба организует и осуществляет: МО; укомплектование медицинской службы личным составом; подготовку личного состава медицинской службы, медицинских частей, учреждений и подразделений к умелым действиям в условиях современной войны; защиту частей, учреждений и подразделений медицинской службы от ОМП, их охрану и оборону; медицинскую разведку; управление медицинской службой; военно-медицинскую подготовку личного состава войск; медицинский учет и отчетность.

Все перечисленные выше виды деятельности медицинской службы важны по своему.

3.10.2. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА И СОСТАВ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ)

В состав медицинской службы соединения (воинской части) входят: органы военного управления, военные медицинские части и военные медицинские подразделения соединения (воинских частей) и их штатный медицинский и немедицинский персонал.

Органы военного управления медицинской службы соединения — медицинская служба соединения, а также медицинская служба воинских частей и подразделений, входящих в соединение, которые представляют соответствующие начальники медицинской службы.

Военные медицинские части и военные медицинские подразделения соединения (воинских частей) представляют: омето механизированных соединений и их штатный медицинский и немедицинский персонал; медр мобильных соединений сил специальных операций; МП соединений, воинских частей и подразделений; СЭЛ соединений.

Штатный медицинский персонал военных медицинских частей и военных медицинских подразделений представлен начальниками (командирами) омето, медр, МП, СЭЛ, а также врачами, фельдшерами, медицинскими сестрами, лаборантами, санитарными инструкторами, санитарями соответствующих функциональных подразделений.

Штатный персонал (немедицинский) военных медицинских частей (омето) и военных медицинских подразделений (медр, МП, СЭЛ) представлен военнослужащими подразделений омето: управления (командование, медицинская часть, отделение материально-технического обеспечения (МТО), финансовая служба) и обеспечения (аптека, отделение связи, автомобильный санитарный взвод, взвод обеспечения и др.), а также военнослужащими (механиками-водителями) медицинских отделений и отделений сбора и эвакуации раненых и больных медицинских взводов.

Штатный медицинский персонал подразделений воинских частей — врачи воинских частей и фельдшера батальонов (дивизионов), в соответствии с их штатом не развертывающие МП; санитарные инструкторы рот; санитары взводов.

Нештатный медицинский персонал подразделений воинских частей назначается и готовится для выполнения задач ЛЭО из числа личного состава подразделений и представлен нештатными стрелками-санитарами отделений, звеньями санитаров-носильщиков.

Состав, оснащение медицинским имуществом и техникой, вооружением и материальными средствами, а также возможности военных медицинских частей и военных медицинских подразделений соединений (воинских частей, подразделений) определяются штатами и табелями к ним и зависят от их предназначения, принадлежности к видам ВС, родам войск, а также от объема возлагаемых на них задач.

Руководство медицинской службой соединений и воинских частей видов ВС осуществляется соответствующими начальниками медицинской службы.

Существенным требованием к организационному построению медицинской службы является создание возможностей для осуществления маневра средствами старшего начальника в интересах нижестоящего звена медицинской службы. С этой целью предусмотрены подвижные подразделения, например, группы медицинского усиления, подразделения санитарного транспорта, подвижные СЭЛ и т. п., которые могут быть направлены в те воинские части и соединения, где положенные по штату силы и средства медицинской службы не смогут справиться с объемом работы в создавшихся условиях боевой обстановки. Для этих

целей НМС любого уровня может создаваться резерв сил и средств медицинской службы.

Войсковая медицинская служба представлена:

– *в мотострелковом взводе* — санитаром-стрелком. Помимо выполнения обязанностей стрелка, санитар-стрелок участвует в розыске, оказании первой помощи (медицинской), сборе и выносе раненых с поля боя;

– *в роте (батарея)* — санитарным инструктором, который: руководит работой санитаров-стрелков; организывает оказание само- и взаимопомощи; лично оказывает первую помощь (медицинскую) тяжелораненым и тяжелооболочным; организывает розыск, вывоз (вынос) раненых с поля боя и принимает меры к быстрой эвакуации их на МПб (дивизиона); организывает и проводит санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в роте; обучает военнослужащих приемам само- и взаимопомощи. Каждый санитар и санитарный инструктор на оснащении имеет СМВ;

– *в батальоне (дивизионе)* — МПб, который возглавляет начальник МПб — *фельдшер* или *врач*. На него возлагается: организация розыска, сбора раненых, вывоза (выноса) их с поля боя штатными и приданными силами и средствами; оказание раненым и больным доврачебной и первой врачебной помощи (при наличии врача); подготовка раненых и больных к дальнейшей эвакуации; организация и проведение в батальоне санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, а также мероприятий медицинской службы по защите военнослужащих батальона от ОМП; обеспечение военнослужащих средствами индивидуальной медицинской защиты, а санитарных инструкторов рот — медицинским имуществом. На оснащении МПб имеются необходимые медицинские имущество и техника;

– *в отдельной механизированной (мобильной) бригаде* — медицинская служба бригады, которую возглавляет НМС. В его подчинении, кроме вышеперечисленных сил и средств, имеется омедо и СЭЛ.

3.10.3. ЗАДАЧИ И СОСТАВ МЕДИЦИНСКОЙ РОТЫ ОТДЕЛЬНОЙ МОБИЛЬНОЙ БРИГАДЫ

Медицинская рота является основным медицинским подразделением мобильной бригады и предназначена для эвакуации раненых и больных из МПб (дивизионов) бригады или непосредственно из районов массовых СП, оказания им первой врачебной помощи, неотложных мероприятий КМП, подготовки нуждающихся к дальнейшей эвакуации, проведения мероприятий медицинской службы по защите военнослужащих бригады от ОМП, неблагоприятных условий и факторов боевой деятельности и внешней среды, усиления силами и средствами медицинской службы батальонов (дивизионов) бригады и обеспечения их медицинским имуществом.

Она включает следующие основные подразделения: управление, медицинский взвод, стоматологический кабинет, рентгеновский кабинет, отделение МО, отделение сбора и эвакуации раненых, взвод материального обеспечения.

На медицинскую роту возлагаются:

- прием, МС, регистрация и размещение поступающих раненых и больных;
- полная санитарная обработка нуждающихся в ней раненых и больных, частичная дегазация, дезактивация и полная дезинфекция (по показаниям) их обмундирования, снаряжения и обуви, а также санитарных транспортных средств;
- временная изоляция инфекционных больных до их эвакуации в инфекционное отделение ВПМГ или инфекционные больничные отделения лечебно-профилактических организаций Министерства здравоохранения;
- оказание раненым и больным первой врачебной медицинской помощи в полном объеме и неотложных мероприятий квалифицированной терапевтической и хирургической медицинской помощи;
- временные госпитализация и лечение нетранспортабельных раненых и больных;
- лечение легкораненых и легкобольных со сроками восстановления боеспособности до 5 суток;
- подготовка раненых и больных к дальнейшей эвакуации по назначению в ВПГ, ГВКМЦ, УЗ МЗ;
- контроль за своевременностью и качеством ЛЭМ, проводимых на МПб;
- материальное обеспечение и обслуживание раненых и больных.

Медицинский взвод является основным подразделением медр и состоит из приемно-сортировочного, хирургического, госпитального отделений и отделения анестезиологии и реанимации. На медицинский взвод медр возлагаются следующие задачи: прием, МС, регистрация поступающих раненых и больных; полная санитарная обработка нуждающихся в ней раненых и больных, частичная дегазация, дезактивация и полная дезинфекция (по показаниям) обмундирования, снаряжения и обуви, а также санитарных транспортных средств; временная изоляция инфекционных больных до их эвакуации в инфекционные отделения ВПГ, ГВКМЦ, инфекционные отделения УЗ МЗ; оказание раненым и больным первой врачебной и квалифицированной хирургической и терапевтической медицинской помощи в установленном объеме; временная госпитализация и лечение раненых и больных, не подлежащих дальнейшей эвакуации вследствие тяжести состояния (нетранспортабельных); лечение легкораненых и легкобольных со сроками восстановления боеспособности до 5 суток; подготовка раненых и больных к эвакуации по назначению в ВПГ, ГВКМЦ, УЗ МЗ; контроль за своевременностью и качеством ЛЭМ, проводимых на МПб.

Стоматологический кабинет предназначен для оказания раненым и больным стоматологической хирургической и терапевтической помощи.

Рентгеновский кабинет предназначен для проведения рентгенографической диагностики при ранениях и заболеваниях.

Отделение сбора и эвакуации раненых предназначено для розыска, сбора раненых и больных, оказания им первой медицинской помощи, их эвакуации с поля боя и из очагов массового поражения. Силы и средства отделения могут использоваться для усиления медицинской службы батальонов (дивизионов) бригады.

На отделение медицинского обеспечения возлагаются: прием, хранение, учет медицинского имущества; обеспечение им подразделений медр и мобильных батальонов мобильной бригады; изготовление лекарств.

На взвод обеспечения возлагаются организация связи, материальное и техническое обеспечение медр.

Командир медр (ведущий хирург медр) подчиняется НМС мобильной бригады и отвечает за боевую и мобилизационную готовность роты, состояние и организацию ее работы по выполнению поставленных задач, боевую и специальную подготовку, воспитание, воинскую дисциплину и морально-психологическое состояние военнослужащих роты.

Начальник приемно-сортировочного отделения организывает и руководит приемом, МС раненых и больных и оказанием им медицинской помощи; организывает ведение установленных документов медицинского учета и отчетности; организывает и контролирует подготовку раненых и больных к эвакуации по назначению; лично оказывает медицинскую помощь.

Начальник хирургического отделения (командир медицинского взвода) организывает оказание раненым и больным первой врачебной и неотложных мероприятий квалифицированной хирургической медицинской помощи в хирургическом отделении медр; лично оказывает медицинскую помощь.

Начальник госпитального отделения организывает оказание раненым и больным первой врачебной и неотложных мероприятий квалифицированной терапевтической медицинской помощи в госпитальном отделении медр; лично оказывает медицинскую помощь.

Начальник отделения анестезиологии и реанимации организывает оказание реанимационной и анестезиологической помощи раненым и больным в палате интенсивной терапии; лично оказывает медицинскую помощь.

Начальник стоматологического кабинета организывает и оказывает терапевтическую и хирургическую стоматологическую помощь.

Начальник рентгенологического кабинета организывает и осуществляет рентгенографические исследования при ранениях и заболеваниях.

Начальник отделения медицинского снабжения (начальник аптеки) обязан:

– знать обеспеченность мобильной бригады медицинским имуществом и медицинской техникой;

– планировать обеспечение воинских частей бригады медицинским имуществом; организовывать получение, учет и хранение медицинского имущества и медицинской техники, а также использование их по назначению;

– осуществлять своевременную выдачу медицинского имущества воинским частям и подразделениям бригады;

– руководить работой медицинского склада; осуществлять контроль за экономным расходом, рациональным использованием, правильным хранением медицинского имущества, состоянием его учета и отчетности в воинских частях и подразделениях бригады;

– осуществлять контроль за правильностью хранения и законностью расходования ядовитых и наркотических лекарственных средств;

– организовывать метрологический контроль медицинской техники; принимать меры по восстановлению на месте или отправке в ремонт неисправной медицинской техники;

– обеспечивать сбор и учет трофейного медицинского имущества и медицинской техники, докладывать НМС бригады предложения по их использованию;

– организовывать защиту медицинского имущества и направление проб зараженного расходного имущества на экспертизу.

3.10.4. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ШТАТНОГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ЧАСТЕЙ И МЕДИЦИНСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ)

3.10.4.1. Обязанности должностных лиц медицинской службы по проведению лечебно-эвакуационных мероприятий

Организация деятельности штатного и нештатного медицинского и медицинского персонала военных медицинских частей и подразделений соединения (воинской части) осуществляется в соответствии с их должностными обязанностями.

Важным элементом в работе медицинского состава на поле боя является своевременное обнаружение раненых. Особую сложность представляет обнаружение (розыск) раненых в наступательном, во встречном бою, при ведении маневренной обороны, ночью, в условиях плохой видимости и в условиях крупного населенного пункта (города).

Розыск раненых имеет целью обнаружение оставшихся не вывезенными (не вынесенными) раненых и состоит в тщательном обследовании района боевых действий. В зависимости от вида общевойскового боя, характера местности, времени суток и погоды способы розыска раненых могут быть различными.

Обязанности по розыску, сбору, выносу (вывозу) раненых с поля боя возложены на санитар-стрелка мотострелкового взвода и санитарного инструктора роты.

В бою *санитар-стрелок* обязан:

– знать задачу своего взвода и роты в бою, местонахождение командира своего взвода, санитарного инструктора роты, ротного медицинского поста, МПб, ПСТ; в случае, если МПб работает «с ходу», санитар-стрелок должен знать маршрут его движения;

– неотрывно находиться при взводе, постоянно следить за полем боя, запоминать места нахождения раненых и докладывать о них командиру взвода;

– осуществлять розыск раненых на поле боя, оказывать первую медицинскую помощь тяжелораненым, умело используя защитные и маскирующие свойства местности для их укрытия, обозначать места нахождения раненых на поле боя;

– эвакуировать раненых из боевых машин пехоты (БТР), танков;

– указывать раненым, которые способны самостоятельно передвигаться, наиболее короткий и безопасный путь к МПб, ПСТ или к «гнезду раненых»;

– проверять и при необходимости исправлять первичные повязки, наложенные в порядке самопомощи и взаимопомощи;

– своевременно докладывать командиру взвода и санитарному инструктору роты о своей работе и необходимой помощи (выделение дополнительного количества санитаров, пополнение израсходованного имущества из СС), пользуясь для этого всеми доступными средствами связи.

Учитывая это, санитар-стрелок должен: защищать раненых от повторного поражения; проводить активный розыск их на поле боя; правильно оценивать местность, боевую обстановку; находить скрытые от противника пути подхода к раненым; правильно применять медикаменты и перевязочные средства, которые находятся в СС и в АИ; извлекать раненых из боевых машин и танков; выносить раненых и больных на носилках, лямках и подручных средствах, вывозить их на санитарных транспортерах переднего края (БММ), волокушах, лыжно-носилочных установках; готовить санитарный и приспособляемый войсковой транспорт к эвакуации раненых; производить погрузку и выгрузку раненых; во время перевозки осуществлять уход за ранеными и больными, чутко и бережно обращаться с ними, поддерживать их моральное состояние и вселять уверенность в выздоровлении.

Санитары, входящие в состав подразделений сбора и эвакуации раненых медицинского пункта полка, омедр (омедо), на время боя вместе с водителями БММ, как правило, направляются в распоряжение начальника МПб. Он использует их для сбора и выноса (вывоза) раненых с поля боя на ПСТ, до «гнезд раненых», создаваемых на оси движения МПб, или до МПб.

Санитарный инструктор роты во время боя обязан:

– знать боевую задачу роты и наличие раненых и больных в подразделениях роты; знать место расположения МПб, ось и порядок его перемещения, район развертывания омедр (медицинского пункта полка), порядок эвакуации раненых и больных, выделяемые для этого средства;

– докладывать командиру роты и начальнику МПб данные о количестве раненых и пораженных, сколько из них подлежит вывозу (выносу) с поля боя, места их размещения («гнезда раненых»);

– организовывать и осуществлять розыск раненых и пораженных на поле боя, оказывать первую медицинскую помощь тяжелораненым, проводить их сбор, укрытие и обозначение;

– контролировать своевременность и качество первой медицинской помощи, оказываемой санитарями-стрелками и военнослужащими в порядке само- и взаимопомощи;

– обеспечивать эффективное использование сил и средств сбора и вывоза раненых, работающих на направлении роты;

– хорошо изучая местность, применяться к ней при выборе наиболее выгодных мест для укрытия раненых;

– докладывать командиру роты о необходимости приспособления инженерных сооружений для скрытого выноса и укрытия раненых.

На оснащении санитар-стрелка, санитар-носильщика и водителя-санитара имеется СС. Она рассчитана на оказание помощи 30 раненым и больным. Содержит простейшие лекарственные средства и перевязочный материал.

На оснащении санитарного инструктора имеется СМВ, рассчитанная на оказание первой медицинской помощи 25–30 раненым, пораженным и больным.

Она содержит перевязочные средства, обезболивающие препараты, антидоты, радиопротектор, жгут, воздуховод.

Кроме этого, санитарный инструктор и санитар-стрелок оснащены лямкой санитарной носилочной, шлемом для раненых в голову, накидкой медицинской. При необходимости они могут оснащаться носилками санитарными и ремнем привязным к носилкам санитарным.

Санитар-стрелок и санитарный инструктор снабжены имеющимися у каждого солдата личным оружием, противогазом, флягой, малой саперной лопаткой, индивидуальными средствами медицинской защиты (АИ, ППИ, ИПП (9, 10, 11), средством для обеззараживания воды — аквасептом).

3.10.4.2. Организация розыска и способы приближения к раненым

Розыск раненых *методом наблюдения за полем боя* применяется при ведении наступательного боя в пешем строю на хорошо просматриваемой местности и при невозможности применения механизированных средств сбора (сильное огневое воздействие противника, труднопроходимая местность). Суть его состоит в просмотре участка местности, где идут боевые действия, и запоминания местонахождения раненых путем привязки их к местным ориентирам. Для этого каждому санитару устанавливается полоса наблюдения, не превышающая по ширине 200–250 метров. Санитар-стрелок в ходе боя ведет наблюдение за боевыми порядками взвода и при обнаружении раненого приближается к нему. Следует иметь в виду, что здоровый солдат при перебежках всегда падает головой вперед, сразу отползает в сторону и, как правило, окапывается. Раненый же падает в неопределенном положении (иногда навзничь), роняет оружие, не отползает и не перебегает.

Розыск раненых *методом поисковых групп* применяется при ведении боевых действий в населенных пунктах, укрепленных районах, на сильно пересеченной местности, где местность непроходима для транспорта и плохо просматривается. Поисковые группы создаются за счет медицинского состава и солдат, выделяемых командованием. Группа разбивается на звенья по 2–3 человека, возглавляемые санитарным инструктором или санитаром-стрелком. Каждое звено в назначенном ему секторе тщательно осматривают завалы, разрушенные здания и оборонительные сооружения, пожарища, чердаки, подвалы, погреба. Для облегчения поиска в разрушенных зданиях, темных подвалах и оборонительных сооружениях разыскивающие должны иметь фонари, а для извлечения раненых из труднодоступных мест — специальные лямки (Ш-4).

Розыск раненых *методом «санитарных граблей»* применяется в лесу, кустарниковых зарослях, на местности с высокой травой, ночью, в туман, пургу — там, где видимость ограничена. Участвующие в розыске выстраиваются цепью на расстоянии видимости и передвигаются в направлении поиска. При обнаружении раненых им оказывают первую медицинскую помощь и выносят в укрытие, которое обозначают. На сильно пересеченной местности с густой растительностью район поиска следует «прочесывать» дважды, по взаимно перпендикулярным направлениям.

Розыск раненых *методом «санитарных патрулей»* применяется при МО войск, форсирующих водные преграды. Патруль, состоящий из 2–3 человек,

в пределах назначенного ему участка ведет наблюдение за местностью. При обнаружении раненых им оказывают первую медицинскую помощь и доставляют в безопасное место — место сбора (укрытия).

По существующим положениям сбор раненых, оказание им первой медицинской помощи и вынос во время боя производятся непрерывно и вне зависимости от условий обстановки. Поэтому, заметив раненого, санитарный инструктор (санитар) должен приблизиться к раненому в зависимости от обстановки короткими перебежками, пригнувшись, используя защитные свойства местности, при необходимости — ползком (при пересечении простреливаемой местности). Если местность оборудована в инженерном отношении, то к раненому можно приближаться по траншеям и ходам сообщений.

Приблизившись к раненому, санитарный инструктор или санитар должны установить характер ранения и объем первой медицинской помощи, который может быть оказан на месте. Медицинская помощь должна оказываться в первую очередь тяжелораненым.

Основными *способами приближения к раненому* на поле боя являются переползание по-пластунски, на получетвереньках и на боку.

3.10.4.3. Организация сбора и выноса (вывоза) раненых с поля боя, извлечения из труднодоступных мест и боевых машин

После оказания медицинской помощи санитарный инструктор (санитар-стрелок) проводят эвакуацию раненых с поля боя. Для эвакуации раненых используются бронированные медицинские машины БММ-1 (транспортеры переднего края), вынос раненых на носилках санитарных (импровизированных), вынос с помощью ляжки санитарной носилочной, оттаскивание раненых на спине, боку, плащ-накидке и т. д.

При необходимости эвакуацию раненых можно осуществлять и на БМП, БТР или на другой бронированной технике. Если же условия обстановки не позволяют немедленно вывести (вынести) раненых с поля боя, то проводится укрытие раненых с целью предотвратить вторичные поражения боевыми средствами противника, а также исключить возможность попадания раненых под колеса и гусеницы техники своих же войск. На поле боя санитарный инструктор сосредотачивает раненых в ближайших укрытиях («гнездах раненых») и обозначает их место хорошо заметными знаками, чтобы облегчить их последующий розыск санитарями из подразделений сбора и эвакуации раненых. Это может быть личное оружие, предметы оснащения — саперная лопатка, каска, перевязочные средства — кусок бинта, косынка.

Извлечение раненых из боевой и специальной техники. Чтобы оказать первую помощь раненому, находящемуся в бронеобъекте (танк, БМП, БТР), его надо оттуда извлечь.

Малые размеры боевых отделений, необходимость изменения положения приборов и механизмов, сложность приближения к раненым резко затрудняют осуществление медицинской помощи внутри машины. Поэтому здесь она оказывается экипажем или медицинскими работниками только в случаях, не терпящих отлагательств (угрожающая жизни кровопотеря, асфиксия, воспламенение одежды).

Способы извлечения раненых зависят от конструктивных особенностей техники, степени ее повреждения, условий боевой обстановки и состояния пострадавшего.

Для посадки членов экипажа и десанта, его выхода, а также для извлечения раненых в боевых машинах имеются соответствующие люки и двери. В танке таких люков четыре. Люки командира танка и наводчика находятся в крыше башни (первый — справа, второй — слева) и могут открываться как изнутри, так и снаружи; люк механика-водителя расположен в средней части крыши корпуса машины (перед башней); люк запасного выхода — за сиденьем механика-водителя в днище корпуса. Оба они открываются только изнутри.

Боевая машина пехоты (БМП) имеет три люка для экипажа (командира, механика-водителя и наводчика-оператора), четыре десантных люка и кормовые двери. Люк механика-водителя, как и в танке, расположен в передней части корпуса (перед башней), люк командира размещен позади него, люк оператора-наводчика — в башне. К наводчику-оператору можно приблизиться также через правое десантное отделение. Люки десантного отделения смонтированы позади башни, на крыше задней части машины. Двумя кормовыми дверями заканчивается задняя часть БМП. Люк механика-водителя БМП открывается только изнутри машины, остальные люки и кормовые двери — как изнутри, так и снаружи.

Бронетранспортер БТР-60пб оснащен двумя посадочными люками, расположенными на крыше корпуса перед башней, и люками запасного выхода (по одному с каждой стороны) — на верхних накладных листах бортов корпуса.

Бронетранспортер БТР-80 обеспечен люками командира и механика-водителя (перед башенной установкой параллельно друг другу), а также боковыми люками. Первые два открываются снаружи.

Для того чтобы проникнуть в боевую машину или помочь извлечь раненого из нее, оказывающий помощь должен подать экипажу заранее установленный сигнал. Таким сигналом может быть постукивание железным предметом (например, малой саперной лопатой) по корпусу машины либо команда, передающаяся по средствам связи. Установив взаимодействие, оказывающий помощь при помощи экипажа (десанта) открывает (специальным ключом) намеченный люк машины и проникает внутрь ее.

Чтобы это было легче сделать, надо снять с себя медицинскую сумку и опустить ее в люк, если позволяет обстановка, можно таким же образом поступить и с противогазом. Удобнее залезать в машину и работать в ней без верхней одежды. После проникновения в машину включают внутренний свет и приступают к извлечению пострадавшего. Из верхних люков оно может проводиться вручную или с помощью *лямки специальной (Ш-4)*. В зависимости от обстановки, положения раненого, а также от характера и места ранения лямку можно накладывать на раненого несколькими способами.

Первый способ — *накладывание лямки со стороны головы раненого, который сидит или лежит*. Развернув лямку, пропускают оба конца ее под руки раненого в направлении от спины к груди и перекрещивают их у основания грудной клетки. Затем конец лямки, идущий из-под правой руки, протягивают до наружной стороны верхней трети левого бедра, а конец лямки, идущий из-под левой руки в противоположную сторону, — к правому бедру. После этого, под-

ведя карабины сначала под правое, а затем под левое бедро, подтягивают концы лямки между ног настолько, чтобы можно было свободно застегнуть карабины за кольца. Перед застегиванием необходимо тщательно расправить лямку, не допуская ее перекручивания.

Прежде чем начать извлекать раненого из танка, надо придать ляжке наиболее удобное положение, для чего подвести сначала одну петлю (лежащую вокруг бедра), а затем другую как можно ближе к ягодице, в область седалищных бугров, чтобы во время извлечения не произошло подтягивания коленей к груди. После этого путем внимательного осмотра, а если возможно, то и опроса раненого проверить правильность наложения лямки, для чего осторожно потянуть ее за свободный конец, находящийся за спиной у раненого. Убедившись в правильности наложения лямки, извлекают раненого из танка, не допуская при этом ударов о края люка.

При извлечении танкиста, раненного в бедро, таз или нижний отдел позвоночника, в дополнение к ляжке, наложенной таким способом, для уменьшения давления на раненую часть тела необходимо использовать поясной ремень. Его надевают на грудь раненого пряжкой вперед; свободный конец лямки, находящийся за спиной раненого, пропускают один раз под ремень в направлении снизу вверх. При извлечении раненого из танка нельзя допускать резких рывков. Извлеченного раненого снимают с кормы танка и переносят в безопасное место на руках или на санитарных носилках.

Второй способ — наложение лямки со стороны ног раненого. Санитар, располагаясь около раненого со стороны ног, разворачивает лямку и кладет ее так, чтобы один ее конец (с карабином) оказался около наружной стороны левого бедра, а второй — около наружной стороны правого бедра. Затем карабин с ляжкой поочередно подводят под правое и левое бедро так же, как и при первом способе. Застегнув оба карабина за кольца и взяв в каждую руку по концу лямки, перекрещивают их на животе или у основания грудной клетки так, чтобы ляжка от правого бедра шла к левой подмышечной области, а от левого бедра — к правой подмышечной области. Перед извлечением раненого свободный конец лямки необходимо разместить за его спиной. При этом способе тоже может быть дополнительно использован поясной ремень, который накладывается вокруг груди, раненого.

Третий способ — наложение лямки кольцом вокруг груди раненого. Взяв в каждую руку по карабину, застегивают один из них за пряжку другого, затем приподнимают руки раненого и надевают на него лямку так, чтобы карабины оказались со стороны спины. Сделав перекрест на груди раненого, переносят остальную часть лямки (большая петля) за его спину, приподнимая поочередно руки раненого так, чтобы ляжка оказалась у него подмышками. Затем, зайдя за спину раненого и взявшись обеими руками за свободную петлю лямки, подтягивают ее вверх, чтобы убедиться в правильности наложения лямки. После этого приступают к извлечению раненого из танка. Лямка накладывается этим способом 30–40 секунд.

Наложить тем или иным способом лямку на механика-водителя БМП можно и не залезая в люк. В этом случае санитар ложится на трансмиссию, свешива-

ется в люк и надевает лямку на пострадавшего. После наложения лямки приступают к извлечению раненого. Командира машины, механика-водителя и наводчика (оператора-наводчика) обычно вытаскивают из предназначенных для них люков.

При необходимости (заклинило один из люков) механика-водителя танка можно вытащить через люк командира, командира — через люк наводчика, а наводчика — через люк командира. Но для этого требуется соответствующая подготовка. Откидывается спинка сиденья механика-водителя, снимаются стеллаж с запасными приборами наблюдения командира, гильзоулавливатель, коробки для боеприпасов, и все это укладывается в отделение управления. Затем откидывается ограждение сиденья командира, а щиток пушки у наводчика сдвигается вперед до упора. Следует также помнить, что при извлечении механика-водителя через его люк необходимо предварительно повернуть башню на 15–45°.

При невозможности извлечь танкистов через верхние люки их эвакуируют из люка запасного (аварийного) выхода. Здесь применяется ручной способ, когда один из танкистов опускает раненого на расстеленную на земле плащ-палатку. По мере извлечения санитар подтягивает плащ-палатку к себе, а затем оттаскивает на ней раненого. Если пространство между днищем танка и поверхностью земли не позволяет вытащить пострадавшего, необходимо увеличить это пространство путем снятия слоя земли или снега. Оператора-наводчика БМП при неисправности его люка можно извлечь через правое десантное отделение.

При отсутствии лямок специальных раненых из верхних люков можно извлекать с помощью лямок санитарных, поясных ремней и вручную.

Лямка санитарная накладывается восьмеркой или кольцом. В первом случае петли восьмерки попеременно надевают на ноги (поближе к ягодицам) пострадавшего. При этом раненый должен сидеть на перекресте лямки, а петли с обеих сторон накладывают на его надплечья. При другом варианте перекрест должен находиться за головой вытаскиваемого, который сидит на петлях лямки. Извлекать с помощью кольца (петли) можно только в случае, когда у раненого не повреждена грудная клетка. При этом способе свободный конец лямки просовывают в пряжку и образующуюся петлю накладывают раненому под мышками.

Легко выполним способ **извлечения с помощью двух поясных ремней**: одним ремнем плотно обхватывают пострадавшего на груди под мышками, а второй (перпендикулярно первому) застегивают на спине.

При **извлечении вручную** поступают следующим образом. Один человек подхватывает раненого за подмышечные впадины и подтягивает его наружу, а второй (находящийся внутри машины), поддерживая пострадавшего за бедра и голени, направляет его к отверстию (при ранениях плеча и грудной клетки раненого надо приподнимать за одежду, поясной ремень или ворот комбинезона).

Наиболее легко извлекать пострадавших из кормовых дверей БМП, боковых люков БТР-80 и люков запасного выхода БТР-60ПБ.

Извлечение раненых из разрушенных сооружений. Во время боев за населенные пункты, в горах и при других обстоятельствах раненые могут оказаться в разрушенных зданиях, на чердаках, балконах, под обвалившимися потолочными перекрытиями, в подвалах, смотровых колодцах, на труднодоступных участ-

ках гор, в засыпанных полевых фортификационных сооружениях и т. д. В этих случаях применяются различные методы извлечения.

Из неглубоких мест раненых вытаскивают вручную или с помощью лямок (подручных средств). Лямка специальная накладывается так же, как и при извлечении из боевой техники. Лямка санитарная в зависимости от области ранения используется восьмеркой или в виде кольца. При расположении пострадавшего на значительной глубине лямки (веревки) наращиваются.

С помощью указанных средств пострадавшие спускаются с верхних этажей разрушенных зданий, в горах, кроме того, применяются отдельные предметы альпинистского снаряжения (носилки специальной конструкции, крючья, веревки и т. д.), вертолетный транспорт. Опуская раненых с верхних этажей разрушенных зданий или с гор, необходимо принимать меры для предупреждения травм головы, плеч, позвоночника от возможного падения сверху тяжелых предметов (кирпичи, части разрушенных конструкций, осколки скал и т. д.). С этой целью следует использовать несложное устройство в виде «зонты» из веток, привязанных к веревке над головой раненого, или надевать ему на голову каску, шлем, шапку-ушанку и т. п.

3.10.4.4. Организация погрузки (выгрузки) раненых и больных на транспортные средства

Автомобили, предназначенные для перевозки личного состава, раненых и больных, должны быть технически исправными, укомплектованными комплектом запасных частей, инструмента и принадлежностей, очищены от пыли и грязи, не иметь выступающих на полу и бортах платформы острых предметов, способных нанести травму личному составу.

Посадка (погрузка) раненых и больных в автомобили и их размещение производятся санитарями под руководством медицинских работников с учетом состояния здоровья раненых и больных (характера ранения или заболевания), их массы и роста, возможности наблюдения за ними в пути следования, оказания им необходимой медицинской помощи, а также создания щадящего режима при транспортировании.

При этом выполняются следующие условия:

- первыми грузят раненых и больных на носилках, а затем сидячих;
- раненых и больных на носилках размещают в кузове автомобиля головами вперед (по ходу движения машины);
- при комбинированном размещении носилочных раненых и больных располагают в передней части кузова автомобиля, сидячих раненых и больных — ближе к заднему борту;
- вначале заполняются места, наиболее удаленные от места погрузки;
- при размещении носилок в несколько ярусов (на специально оборудованных автомобилях) вначале производится установка носилок верхнего яруса, затем нижних с обязательным их креплением в местах установки;
- раненых и больных на носилках, требующих наблюдения и обслуживания в пути, размещают не выше второго яруса, вдоль проходов;
- раненых и больных, имеющих массу тела свыше 80 кг, размещают на носилках нижних ярусов;

– носилочных раненых и больных с транспортными шинами или гипсовыми повязками на верхних конечностях размещают на носилках верхнего яруса, при этом поврежденные конечности направляют в сторону прохода;

– ходячих раненых и больных ростом более 180 см рассаживают на местах, не имеющих стесненных условий по высоте;

– лежащим раненым и больным обеспечивается приподнятое положение головы на мягком подголовнике за счет использования скатки шинели, вещевого мешка или наполнения кармана полотнища носилок сеном, соломой или другими подручными материалами.

Погрузка и размещение раненых в ГТСМ. На войсковом гусеничном транспортёре ГТСМ раненых размещают по трем вариантам. При подготовке к перевозке по первому из них (только лежащих) боковые сиденья поднимаются и закрепляются к бортам, а поперечные штанги для верхнего и нижнего ярусов носилок вставляются в специальные, расположенные в передней части боковых бортов, скобы.

При перевозке по второму варианту (комбинированный) поднимается только одно (обычно левое) сиденье. Когда транспортируются только легкораненые, в рабочее положение устанавливаются оба сиденья. В последнем случае съемное оборудование (поперечные штанги и др.) не используется. Для облегчения погрузки задний борт ГТСМ открывается.

Грузить и размещать раненых в транспортёре могут 2–3 человека. В первом случае головной конец носилок устанавливается на край борта, затем один из санитаров залезает в кузов и при помощи своего напарника протягивает носилки к кабине. Во втором случае два санитары становятся по бокам носилок и, не залезая в транспортёр, подают их находящемуся в машине водителю. Ручки переднего края носилок устанавливают на поперечные штанги, а наружных ножных концов — на специальных кронштейнах. Противоположные рукоятки носилок фиксируются на штангах эластичными (резиновыми) элементами.

Размещение раненых осуществляется в следующем порядке: сначала устанавливают носилки нижнего яруса, затем — верхнего. По окончании укладки носилочных раненых производят посадку легко пострадавших, первые из которых занимают места, наиболее удаленные от заднего борта. При этом двое санитаров располагаются у заднего борта и помогают раненым войти в кузов.

Погрузка и размещение раненых в УАЗ-3962 (452а) (рис. 3.9). Перед размещением раненых в автомобиле санитарном УАЗ-3962 (452-А) водитель-санитар открывает задние двери машины, стопорит их фиксаторами, раскладывает подножку, освобождает кузов от носилок, убирает и пристегивает боковые и передние сиденья, устанавливает в рабочее положение бортовые кронштейны и закрепляет ремни подвески в потолочных гнездах и на полу. После этого он подает команду к погрузке. Два санитар-носильщика, приблизившись с носилками к автомобилю, по команде старшего осторожно ставят их на землю. Затем они становятся по обеим их сторонам, берутся за брусья (одной рукой — в области плеча раненого, другой — у середины бедра), поднимают носилки и устанавливают их ножками на пол кузова. В это же время водитель-санитар (он находится в кузове) берется за головные ручки носилок и вместе с одним из санитар-носильщиков вносит раненого в машину. Другой санитар-носильщик помогает

водителю-санитару укрепить носилки на кронштейнах и подвесных ремнях. Вначале загружается верхний ярус, затем нижний.

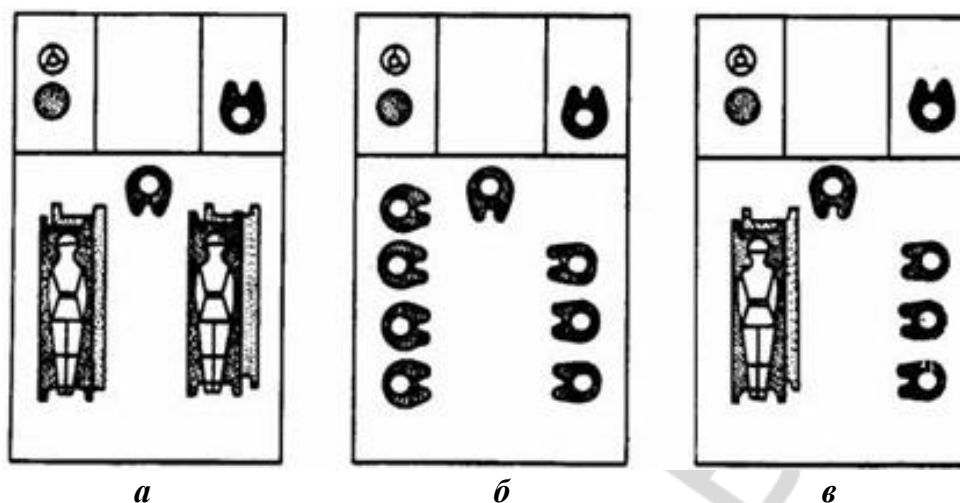


Рис. 3.9. Варианты размещения раненых на санитарном автомобиле УАЗ-3962 (452-А): а — 1-й вариант: лежа — 4, сидя — 1, в кабине — 1; б — 2-й вариант: сидя — 8, в кабине — 1; в — 3-й вариант: лежа — 1, сидя — 4, в кабине — 1

В условиях дефицита времени погрузку раненых осуществляют «с ходу». Для этого передний санитар, подойдя к задней двери автомобиля, поочередно передает рукоятки носилок водителю-санитару.

Вывоз раненых на БМП-1 (БТР-80). Выделенная командиром машина заблаговременно оснащается (за счет других БТР и БМП) транспортировочными ковриками, носилками и другим необходимым имуществом. В машине остаются два санитара (санитара-стрелка). Подъезжая к тяжелораненому, водитель-механик располагает БМП (БТР) таким образом, чтобы она защищала раненого и санитаров от возможного пулевого и осколочного поражения. Последние выходят через ближайшую кормовую дверь (десантный люк), приближаются к пострадавшему, оказывают ему первую помощь и укладывают на вынесенный с собой коврик. Затем раненого фиксируют тремя (если позволяет локализация повреждения) ремнями, закрепляют нижний полог коврика и, взявшись за ручки, подтягивают (подносят) его к двери (люку) машины. Погрузка осуществляется так же, как и на санитарный транспорт. В БМП-1 первый коврик с помощью колец силовых ремней подвешивают за верхние передние и верхние задние крючки. Затем его фиксируют ремнями-растяжками крест-накрест к скобе и за трубу раздачи чистого воздуха. Второй коврик с раненым загружается на многоместное сиденье и закрепляется ремнями фиксации сидячих раненых. Аналогично загружается другая сторона десантного отделения.

В БМП-2 в связи с меньшими по длине размерами десантного отделения основным вариантом загрузки лежачих раненых является размещение их на многоместном сиденье полулежа с приподнятыми головой и плечами. В экстремальных условиях машина может быть загружена не двумя, а четырьмя человеками (так же, как в БМП-1). Но в этом случае «верхних» пострадавших размещают головой к кормовой двери, а коврики крепят за первые от края кольца задних дверей. Ремни транспортировочного коврика «нижнего» раненого закрепляют за

те же крючки, а пострадавшего размещают полулежа. Чтобы он не сползал, его привязывают к сиденью ремнями фиксации сидячих раненых.

Погрузка и размещение раненых в АС-66. Для перевозки раненых на автомобиле санитарном АС-66 на носилках поднимают боковые сиденья и закрепляют их запорами к стенам. Решетки, защищающие окна, опускают, замки пристеночных кронштейнов открывают, среднюю складную скамейку убирают под потолок и фиксируют чекой. Средние опорные стойки вынимают из гнезд пола, поднимают к потолочным связям опорных стоек и закрепляют ремнями.

Размещение раненых и больных в автомобиле АС-66 возможно по четырем вариантам (рис. 3.10). Для их погрузки требуется 3–5 санитаров. Если работают 3 человека, то двое подносят носилки с раненым и переходят в кузов для их установки в места крепления, а третий остается на грунте. При погрузке впятером два санитара размещаются вне кузова (подготавливают все погрузочные устройства, подносят и перемещают носилочных раненых в салон автомобиля, помогают пострадавшим при посадке), а трое работают в кузове. Правила погрузки такие же, как и в УАЗ-452А.

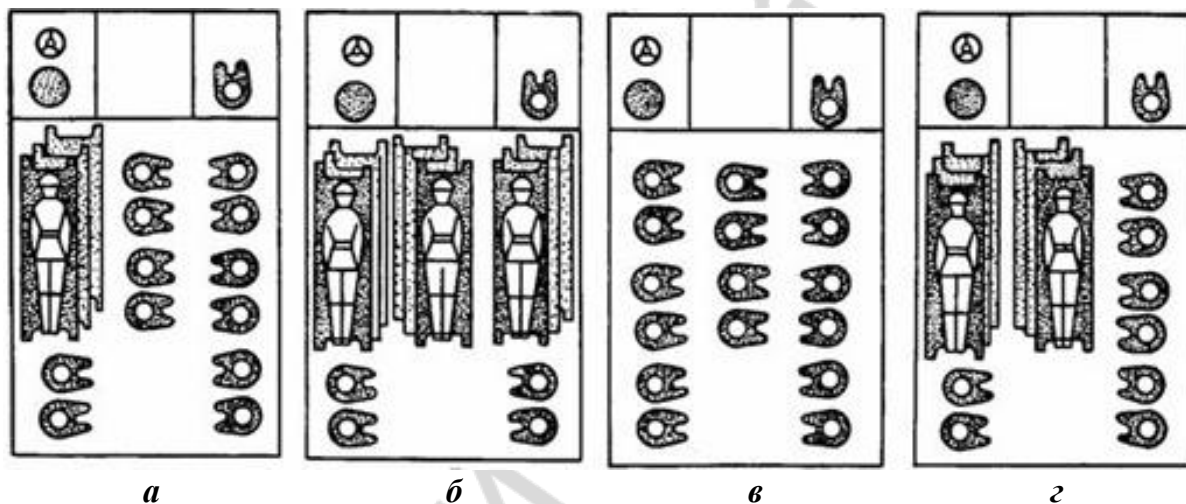


Рис. 3.10. Варианты размещения раненых на санитарном автомобиле АС-66:
 а — 1-й вариант: лежа — 3, сидя — 12, в кабине — 1; б — 2-й вариант: лежа — 9, сидя — 4, в кабине — 1; в — 3-й вариант: сидя — 16, в кабине — 1; г — 4-й вариант: лежа — 6, сидя — 8, в кабине — 1

Носилки вначале устанавливаются на верхний, затем на средний и нижний ярусы с правой и левой сторон. После этого опускаются опорные стойки и на них размещают средний ряд носилок. Ручки носилок фиксируют замками кронштейнов и подвесными ремнями.

Погрузка и размещение раненых в грузовых автомобилях. Расположение пострадавших в грузовых автомобилях зависит от марки машины, степени ее оборудования, наличия носилок, подручных средств и т. д. Лучше, если пострадавших эвакуируют с помощью универсальных приспособлений для грузовых автомобилей «УСП-Г».

Для того чтобы установить «УСП-Г», бортовые сиденья автомобиля приподнимаются и закрепляются. Затем концы двух балок приспособления вытягиваются на нужную длину, накладываются на боковые борта и закрепляются с та-

ким расчетом, чтобы расстояние между балками соответствовало длине носилок, а промежуток между передней балкой и кабиной автомобиля не затруднял движение санитаров. Погрузка осуществляется пятью санитарями. Трое из них работают на грунте, двое — в кузове машины. «Внутренние» санитары становятся с наружных сторон балок, лицом друг к другу, и по мере поднятия раненых на днище платформы укладывают носилки поверх балок. Первые носилки закрепляются (с помощью кронштейнов) у левого, вторые — у правого бортов, третьи (четвертые) — посередине. В такой же последовательности происходит установка второго ряда носилок на подвесных устройствах. В случае комбинированного размещения носилочные раненые сосредоточиваются в передней части автомобиля, сидячие — ближе к ее заднему борту.

Погрузка и размещение раненых на вертолеты. Погрузка раненых на вертолет (Ка-60, Ми-26, Ми-24Д, Ми-8 МТВ-5) проводится тремя санитарями, из которых два подносят носилки к грузовому люку, а третий, находясь в кабине машины, помогает в их установке в кабине. Сидячие раненые размещаются в вертолете при помощи двух санитаров, один из которых способствует эвакуируемому подняться по трапу и войти в кабину, другой усаживает перевозимых на место согласно плану посадки.

Подъем раненого с земли в режиме зависания вертолета производится на обычных носилках с фиксацией их носилочными ремнями или с помощью других приспособлений (гамак, кресло и т. д.). Для этого штурман опускает трос, а находящийся на земле санитар прикрепляет к нему подвесную систему. По сигналу снизу включается лебедка троса, и раненый осторожно подтягивается к проему двери вертолета. Если в машине находится медицинский работник, он опускается к пострадавшему на веревочной лестнице и организует его подъем в вертолет.

Подвешивание носилок с прикрепленным к ним раненым производится при помощи двух лямок Ш-4 или специальной подвесной системы. Длина подвесных петель, образованных лямками Ш-4, регулируется с помощью имеющихся на лямках пряжек. Прежде чем начать подъем, необходимо добиться такого положения, чтобы носилки с раненым находились в горизонтальном висячем положении, что достигается регулировкой длины подвесных петель. На вертолет при помощи лебедки можно поднять и легко раненого; для этого на него заранее на земле надевается лямка Ш-4 или специальная подвесная система.

3.11. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ, ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ)

Существенные изменения в тактике и стратегии применения войск, несомненно, требуют изучения и внедрения новых подходов и методов к совершенствованию существующей системы МО войск. Единая система МО войск обязана иметь четко определенные принципы лечебно-эвакуационного и других видов МО, научно-обоснованные формы и методы организации оказания медицинской помощи, обеспечивать функционирование системы и отдельных ее элементов как в относительной автономности, так и при взаимодействии с другими элементами, обеспечивать эффективность функционирования и управляемость всеми

структурными элементами, а также находиться в состоянии высокой боевой и мобилизационной готовности. Таким важным элементом современной системы ЛЭО войск (сил) является МП соединения (воинской части).

Медицинский пункт соединения (воинской части, подразделения) — это военное медицинское подразделение, развертываемое в районе боевых действий воинских частей и подразделений соединения или на границе очага СП с целью оказания раненым и больным (пораженным) медицинской помощи в установленном объеме, временной госпитализации и лечения до появления возможности к дальнейшей их эвакуации в военные медицинские организации и лечебные учреждения Министерства здравоохранения.

На МП возлагаются следующие основные **задачи**:

- 1) отмотобилизование в установленные сроки штатных сил и средств МП;
- 2) проведение боевого слаживания личного состава и подразделений МП, приведение и поддержание их в готовности к выполнению задач по предназначению;
- 3) проведение боевой и специальной подготовки медицинского персонала и личного состава МП, а также занятий по военно-медицинской подготовке с военнослужащими подразделений соединения (воинской части);
- 4) выполнение мероприятий по выявлению больных в подразделениях в период подготовки к ведению боевых действий;
- 5) выдвижение и развертывание МП в установленные сроки в указанном районе;
- 6) проведение медицинской разведки в районах расположения и боевых действий соединения (воинской части, подразделения);
- 7) проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в соединении (воинской части);
- 8) обеспечение МП, штатного и нештатного медицинского персонала медицинскими имуществом и техникой;
- 9) обеспечение военнослужащих средствами индивидуальной медицинской защиты;
- 10) организация и проведение розыска, сбора вывоза (выноса) раненых, пораженных и больных с поля боя (очагов поражения) и из подразделений, их укрытие и обозначение мест сосредоточения в период ведения боевых действий штатными и приданными силами и средствами;
- 11) осуществление приема, регистрации, МС, оказание раненым, пораженным и больным медицинской помощи в установленном объеме, подготовка их к дальнейшей эвакуации;
- 12) осуществление контроля за качеством оказания первой медицинской и доврачебной помощи, оказываемой в подразделениях, и содействие в устранении обнаруженных недостатков;
- 13) временная изоляция и госпитализация инфекционных больных и нетранспортабельных раненых и пораженных;
- 14) проведение частичной санитарной обработки раненых, пораженных и больных, а также частичной дезактивации, дегазации и дезинфекции обмундирования и доставивших их транспортных средств;

15) проведение мероприятий по медицинской защите личного состава от воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды;

16) ведение документов военно-медицинского учета и отчетности;

17) участие в ликвидации последствий применения противником различных видов оружия.

3.11.1. ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА ОТДЕЛЬНОГО МЕХАНИЗИРОВАННОГО БАТАЛЬОНА ОТДЕЛЬНОЙ МЕХАНИЗИРОВАННОЙ БРИГАДЫ

МПб омоби включает медицинское отделение и отделение сбора и эвакуации раненых и больных (табл. 3.8).

Таблица 3.8

Распределение личного состава МПб (дивизиона) для развертывания, оборудования и работы функциональных подразделений в соответствии с его организационно-штатной структурой

Должностное лицо	Функциональные подразделения МП, развертываемые медицинским отделением МПб							Отделение сбора и эвакуации раненых, пораженных и больных
	По штату	Сортировочный пост	Площадка специальной обработки	Приемно-сортировочная	Эвакуационная	Перевязочная или автоперевязочная	Изолятор	
Медицинское отделение МПб								
Начальник МПб	1			1**		**		
Фельдшер МПб	1		*	1**	*	**	*	
Санитарный инструктор МПб	1	**	*	1**	*		*	
Санитар МПб	1		*	1**	*	**		
Старший водитель-санитар МПб	1			1		(1)		
Водитель-санитар МПб	1			1				
Отделение сбора и эвакуации (ОСиЭ) раненых МПб								
Командир отделения сбора и эвакуации раненых и больных — санитарный инструктор ОСиЭ	1							1
Санитарный инструктор ОСиЭ	2							2
Санитар ОСиЭ	3							3
Механик-водитель ОСиЭ	3							3
Итого:	15	1**	3*	6	3*	3** (1)	2*	9

* — подразделения второй очереди развертывания, для работы в которых при поступлении раненых, пораженных и больных, нуждающихся в проведении санитарной или специальной обработке, а также инфекционных больных направляется соответствующий штатный персонал других функциональных подразделений; ** — обеспечивают работу в нескольких функциональных подразделениях.

Медицинское отделение МПб по штату имеет: начальника МПб (врача или фельдшера), фельдшера, санитарного инструктора, санитаров и двух водителей-санитаров. *Отделение сбора и эвакуации раненых, пораженных и больных МПб* по штату имеет трех санитарных инструкторов, трех механиков-водителей и трех санитаров.

На оснащении МПб имеется табельное медицинское имущество: запас средств индивидуального медицинского оснащения военнослужащих и оказания первой медицинской помощи; сумки медицинские — СВВ, парашютно-десантная (ПД-2), СМВ; СС; кроме того имеются: ляжки санитарные, накладки медицинские, шлемы для раненых в голову, носилки медицинские и др.

Помимо указанного на оснащении МПб имеются комплекты медицинского имущества: «Фельдшерский» (ПФ); «Амбулатория-перевязочная» (ВБ); «Приемно-сортировочный» (В-2); «Перевязочные средства стерильные, стерильные для обожженных, нестерильные» (Б-1,3,4), «Шины» (Б-2).

Кроме этого МП оснащен: столом перевязочным полевым, умывальником с тазом, стойками универсальными, столиком инструментальным, кислородным ингалятором (КИ-4) с запасом кислорода в баллонах, дыхательным прибором (ДП-10), полевой мебелью.

Штатная техника МПб представлена: УАЗ-39621 — 2 шт. (или АС-66), бронированная медицинская машина БММ-1 — 3 шт.

Штатный медицинский персонал, санитарный транспорт и развернутые функциональные подразделения МПб отмечаются знаками Красного Креста.

3.11.2. ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ)

В составе артиллерийских, зенитно-ракетных соединений, воинских частей (полков) силами медицинских отделений МП в соответствии с установленной схемой развертывания и их ОШС развертываются МП, а силами отделений сбора и эвакуации раненых и больных МП организуется и проводится розыск, сбор, вывоз (вынос) раненых и больных (пораженных) с поля боя. В военное время в состав МП входят медицинское отделение и отделение сбора и эвакуации раненых (табл. 3.9).

Медицинское отделение МП. *Начальник МП* (НМП) подчиняется командиру и заместителю командира соединения (воинской части) по тылу, а по специальным вопросам выполняет распоряжения и указания НМС соединения (воинской части).

НМП отвечает: за боевую и мобилизационную готовность штатного медицинского персонала и личного состава МП; организацию, своевременное и качественное выполнение в установленном объеме ЛЭМ в МП при подготовке и в ходе боя; морально-психологическое состояние медицинского персонала и личного состава МП; всестороннее обеспечение подразделений МП необходимыми медицинскими имуществом и техникой, материальными средствами, а также за их состояние и сохранность; за организацию и обеспечение непрерывности в управлении подчиненными силами и средствами.

Таблица 3.9

Распределение личного состава МП для развертывания, оборудования и работы функциональных подразделений в соответствии с ОШС

Должностное лицо	Функциональные подразделения МП, развертываемые медицинским отделением								Отделение сбора и эвакуации раненых, пораженных и больных
	По штату	Сортировочный пост	Площадка специальной обработки	Приемно-сортировочная	Эвакуационная	Перевозочная / автоперевозочная	Изолятор	Аптека	
Медицинское отделение МП									
Начальник МП	1			1					
Врач МП	1(2)					1 (1/1)			
Врач-стоматолог МП	1					1			
Начальник аптеки МП	1							1	
Фельдшер МП	3		*	1	1	1	*		
Медицинская сестра МП	2			1		1			
Санитарный инструктор МП	3	1	*	1	*	1	*		
Санитар МП	3 (4)		*	2**	**	1 (1/1)	*		
Старший радиотелефонист МП	1			1					
Старший водитель-санитар МП	1 (2)			1		(1)			
Водитель-санитар МП	1			1					
Водитель-электромеханик МП	1			1					
Повар МП	1				1				
Отделение сбора и эвакуации раненых (ОСиЭ) МП									
Командир ОСиЭ раненых и больных — санитарный инструктор	1								1
Санитарный инструктор ОСиЭ	2								2
Санитар ОСиЭ	3								3
Механик-водитель ОСиЭ	3								3
Итого:	29 (32)	1	3*	10	2	6 (9)	3*	1	9

* — подразделения второй очереди развертывания, для работы в которых при поступлении раненых, пораженных и больных, нуждающихся в проведении санитарной или специальной обработке, а также инфекционных больных направляется соответствующий штатный персонал других функциональных подразделений; ** — обеспечивают работу в нескольких функциональных подразделениях.

Врач МП подчиняется начальнику МП и отвечает за оказание медицинской помощи в функциональных подразделениях МП в установленном объеме.

Врач-стоматолог МП подчиняется начальнику МП и отвечает за оказание медицинской помощи раненым и больным по своей специальности, а при массо-

вом поступлении раненых и больных оказывает им медицинскую помощь совместно с врачом МП в установленном объеме.

Фельдшер МП подчиняется начальнику МП, закрепляется по его указанию за одним или несколькими функциональными подразделениями, участвует в их развертывании, работе и отвечает: за комплектно-табельное оснащение функциональных подразделений МП, сохранность и исправность всего имущества, своевременное его истребование и пополнение.

Начальник аптеки МП подчиняется начальнику МП, развертывает и организует работу аптеки МП и отвечает за своевременное истребование, получение, хранение, учет и обеспечение медицинским имуществом функциональных подразделений МП, штатного медицинского персонала и личного состава подразделений в соответствии с установленными нормами снабжения.

Медицинская сестра МП подчиняется начальнику МП, закрепляется по его указанию за одним или несколькими функциональными подразделениями, участвует в их развертывании, работе и отвечает за своевременное и правильное выполнение указаний и назначений НМП и врачей МП.

Санитарный инструктор МП подчиняется начальнику МП, закрепляется по его указанию за одним или несколькими функциональными подразделениями, участвует в их развертывании, работе и отвечает за точное и своевременное выполнение возложенных на него обязанностей и поставленных задач, а также за сохранность своего оружия и вверенного ему имущества.

Санитар МП подчиняется начальнику МП, закрепляется по его указанию за одним или несколькими функциональными подразделениями, участвует в их развертывании и работает в них под руководством фельдшера (медицинской сестры, санитарного инструктора).

Водитель-санитар МП подчиняется начальнику МП и отвечает: за техническую исправность своего автомобиля, правильную его эксплуатацию и содержание; эвакуацию раненых, пораженных и больных из мест сбора раненых, МПР, ПСТ в МП соединения (воинской части), а в особых случаях — из МП в омеда или ВПГ.

Повар МП подчиняется начальнику МП и отвечает: за получение и доставку продуктов из подразделений обеспечения, их учет и хранение; своевременное и качественное приготовление пищи и выдачу ее медицинскому персоналу и личному составу МП, а также раненым и больным; санитарное состояние пункта хозяйственного довольствия.

Отделение сбора и эвакуации раненых МП. Личный состав и штатный санитарный транспорт в период подготовки к боевым действиям направляются в подразделения, где в соответствии с решением командира используются для розыска, оказания первой медицинской помощи, сбора и выноса (вывоза) раненых и больных с поля боя и очагов СП к установленным местам сбора раненых, на МПР и (или) ПСТ, с последующей их эвакуацией в МП соединения (воинской части).

Командир отделения сбора и эвакуации раненых МП подчиняется начальнику МП и отвечает за работу отделения сбора и эвакуации по розыску, сбору раненых и больных, оказанию им первой медицинской помощи, выносу (вывозу) их с поля боя, очагов СП, мест сбора раненых, МПР, ПСТ в МП соединения (воинской части).

Санитарный инструктор отделения сбора и эвакуации раненых МП подчиняется НМП и отвечает: за розыск, сбор раненых и больных, оказание им первой медицинской помощи, вынос (вывоз) их с поля боя, очагов СП, мест сбора раненых, МПР, ПСТ, расположенных в указанном для него районе, в МП соединения (воинской части).

Механик-водитель отделения сбора и эвакуации раненых МП подчиняется командиру отделения, во время боя выполняет указания санитарного инструктора и санитаря отделения сбора и эвакуации раненых, санитарного инструктора роты, санитаря взвода и отвечает: за исправность своего санитарного транспорта, правильную его эксплуатацию и содержание; вывоз раненых, пораженных и больных с поля боя, очагов СП, МПР, мест сбора раненых и больных, ПСТ в МП соединения (воинской части).

Санитар отделения сбора и эвакуации раненых МП подчиняется командиру отделения, во время боя выполняет указания санитарного инструктора отделения сбора и эвакуации раненых, санитарного инструктора роты и работает совместно с механиком-водителем своего отделения, санитарями взводов, а также стрелками-санитарами подразделений.

На *оснащении МП* имеется табельное медицинское имущество: запас средств индивидуального медицинского оснащения и оказания первой медицинской помощи; сумки медицинские — СВВ, парашютно-десантная (ПД-2), СМВ; СС; также имеются: ляжки санитарные, накладки медицинские, шлемы для раненых в голову, носилки медицинские и др.

Помимо указанного на оснащении МП имеются комплекты медицинского имущества: «Фельдшерский» (ПФ); «Перевязочные средства стерильные» (Б-1); «Шины» (Б-2); «Перевязочные средства нестерильные» (Б-3); «Перевязочные средства для обожженных стерильные» (Б-4); «Амбулатория-перевязочная» (ВБ); «Перевязочная большая» (В-1); «Приемно-сортировочный» (В-2); «Специальная помощь» (В-3); «Аптека медицинского пункта части» (В-4); «Дезинфекция» (В-5); «Стоматологический» (ЗВ); «Санитарная обработка» (СО); «Книги и бланки медицинского учета и отчетности» (БК-1); «Автоперевязочная» (АП-2).

Кроме этого МП оснащен: столом перевязочным полевым, умывальником с тазом, стойками универсальными, столиком инструментальным, кислородным ингалятором (КИ-4) с запасом кислорода в баллонах, дыхательным прибором (ДП-10), полевой мебелью.

Штатная техника МПб представлена: УАЗ-39621 — 2 шт. (или АС-66), бронированная медицинская машина БММ-1 — 3 шт.

Штатный медицинский персонал, санитарный транспорт и развернутые функциональные подразделения МПб отмечаются знаками Красного Креста.

3.11.3. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ, ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ)

В период боевой деятельности работа МП организуется в два периода: подготовительный и собственно в ходе обеспечения боевых действий.

В подготовительный к ведению боевых действий период и в тех случаях, когда передвижение соединения, воинской части, подразделения (батальона, ди-

визиона) приостанавливается, силами личного состава медицинской службы указанных формирований развертываются МП, в которые доставляются раненые, пораженные и больные.

МП перемещается и развертывается по распоряжению НМС в соответствии с планом МО соединения (воинской части) и складывающейся обстановкой.

В обороне МП воинских частей первого эшелона оперативного построения войск развертываются за вторым эшелоном боевого порядка своих частей в укрытиях с учетом защитных и маскирующих свойств местности. Для развертывания МП готовятся основная и запасная площадки, а для санитарно-транспортных средств оборудуются укрытия.

В случае вклинения противника в оборону наших войск и при угрозе его выхода в район развертывания МП он с разрешения командира части перемещается на запасную площадку. При непосредственной угрозе выхода противника в район размещения МП перемещение может быть осуществлено распоряжением НМС воинской части.

МП воинских частей 2-го эшелона оперативного построения войск развертываются в районе размещения тыла своих воинских частей.

В наступлении из положения непосредственного соприкосновения с противником МП механизированных батальонов первого эшелона оперативного построения войск не развертываются, а организуют свою работу по оказанию медицинской помощи раненым, пораженным и больным непосредственно в ходе перемещения за наступающими подразделениями на маршруте движения МП.

Маршрут движения МП устанавливается заблаговременно при планировании наступления и доводится всему личному составу медицинской службы. На маршруте движения определяются места для сбора раненых, пораженных и больных, которые доставляются к ним силами отделения сбора и эвакуации раненых, а также возможные места развертывания МП.

При овладении основными рубежами обороны противника основные силы и средства МП воинских частей развертываются на безопасном удалении от района ведения боевых действий. Часть сил и средств МП воинских частей находится в резерве и обеспечивает оказание медицинской помощи в ходе дальнейшего наступления. Резерв сил и средств медицинской службы может быть определен и создан решением НМС соединения и за счет полного состава одного из МП воинской части (подразделения), входящих в соединение. Маневр силами и средствами позволяет обеспечить принцип непрерывности в организации оказания медицинской помощи раненым, пораженным и больным в ходе боя. В течение суток МП воинских частей могут развертываться 2–3 раза, в связи с чем время нахождения МП в каждом новом месте развертывания, как правило, не будет превышать 4–6 ч.

При прогнозировании значительных СП с целью усиления медицинской службы подразделений и обеспечения непрерывности в оказании медицинской помощи решением вышестоящего НМС МП механизированных батальонов могут быть приданы дополнительные силы и средства, что позволяет НМС создать медицинские группы и обеспечить поочередное их выдвижение и развертывание на маршруте движения для оказания медицинской помощи в установленном

объеме. Наиболее оптимальным вариантом является усиление МП путем придания ему врача, фельдшера, санитаря, водителя-санитара и автоперевязочной.

МП воинских частей, обеспечивающих наступление боевых частей первого эшелона оперативного построения войск, к началу боя развертываются за первым эшелоном боевого порядка своих частей и в случае необходимости участвуют в проведении ЛЭМ военнослужащим боевых воинских частей и подразделений первого эшелона.

МП боевых воинских частей второго эшелона оперативного построения войск развертываются на рубеже перехода своих частей в наступление или ввода в бой, максимально ближе к рубежам наибольших СП с таким расчетом, чтобы обеспечить оказание первой врачебной помощи раненым в первые 1–2 часа с момента ранения.

Срок и район развертывания МП определяются решением командира воинской части исходя из предложений НМС.

Для развертывания и оборудования МП с целью обеспечения защиты раненых, пораженных и больных и личного состава МП от поражающих факторов оружия и неблагоприятных факторов окружающей среды используют убежища, подвалы в достаточно прочных строениях, имеющиеся оборонительные сооружения, укрытия, оборудованные в инженерном отношении. При отсутствии указанных объектов для развертывания МП используют табельные палатки различных модификаций, размещаемые на площадках, которые выбирают с учетом имеющихся защитных свойств местности, а также с целью обеспечения максимальной приближенности их как к путям выноса (вывоза) раненых, пораженных и больных из мест сбора раненых, медицинских постов рот и ПСТ, так и к путям подвоза и эвакуации, по возможности в стороне от объектов наиболее вероятного воздействия средств поражения противника.

3.11.3.1. Выбор и подготовка места для развертывания медицинского пункта

Для развертывания МП в палатках выбирается площадка размером не менее 100×100 м, которая должна находиться не ближе 50–70 м от основного пути подвоза и эвакуации, чтобы не создавалась помеха движению автотранспорта. По прибытии сил и средств МП к месту развертывания проводится радиационная и химическая разведка района развертывания с помощью приборов ДП-5В и ПХР-МВ. Затем начальник МП указывает на выбранном участке местности места развертывания каждого функционального подразделения в соответствии со схемой развертывания

3.11.3.2. Схемы развертывания функциональных подразделений медицинского пункта соединения (воинской части, подразделения)

Схема развертывания МП зависит от задач и ОШС МП, задач боевого применения их воинской части, а также от состава поступающих раненых, пораженных и больных, условий местности и обстановки.

На схему развертывания МП соединений, воинских частей влияют условия боевой обстановки:

- способы развязывания войны, продолжительность, интенсивность, пространственный размах и прогнозируемые масштабы военного конфликта;
- формы и способы ведения предстоящих боевых действий, применяемые противником, виды современных средств вооружения;
- особенности формирования и применения группировок войск, организация и построение боевого порядка войск, оборонительных систем и инженерных заграждений;
- прогнозируемые величина и структура СП, степень и характер поражения живой силы;
- организация применения сил и средств медицинской службы, а также соответствие их структуры и возможностей решаемым задачам с учетом организационных форм, стратегии и тактики применения;
- санитарно-эпидемиологическое состояние войск и занимаемой ими территории;
- состояние боевой и мобилизационной готовности всех звеньев медицинской службы;
- уровень развития экономики и хозяйственного комплекса страны, позволяющий всесторонне обеспечить потребности войск в мобилизационный и военный период.

В соответствии с ОШС и установленной схемой развертывания в составе МП развертываются функциональные подразделения (рис. 3.11):

- сортировочно-эвакуационное отделение, в составе: сортировочный пост, сортировочная площадка, приемно-сортировочная, площадка специальной обработки и эвакуационная;
- перевязочная;
- аптека;
- изолятор.

Данные функциональные подразделения развертываются в том случае, если передвижение соединения (воинской части — батальона или дивизиона) приостанавливается на длительное время. Если предполагается передвижение войск, то развертываются лишь подразделения 1-й очереди — сортировочно-эвакуационное отделение и перевязочная.

Необходимо отметить, что в соответствии с ОШС в составе некоторых МП для развертывания перевязочной имеются и используются автоперевязочные на базе автомобиля ГАЗ-66 (АП-2).

В отдельных воинских частях АП-2 является дополнительным функциональным подразделением МП и используется для разделения потока раненых в период проведения МС (в перевязочную направляются тяжелораненые и раненые средней степени тяжести, а в АП-2 — легкораненые) либо для осуществления маневра силами и средствами в различные периоды ведения боевых действий.

В соответствии с представленной ОШС и схемой развертывания МП подразделениями *первой очереди* являются сортировочно-эвакуационное отделение (без площадки специальной обработки и эвакуационной) и перевязочная, а *второй очереди* — площадка специальной обработки, эвакуационная сортировочно-эвакуационного отделения и изолятор.

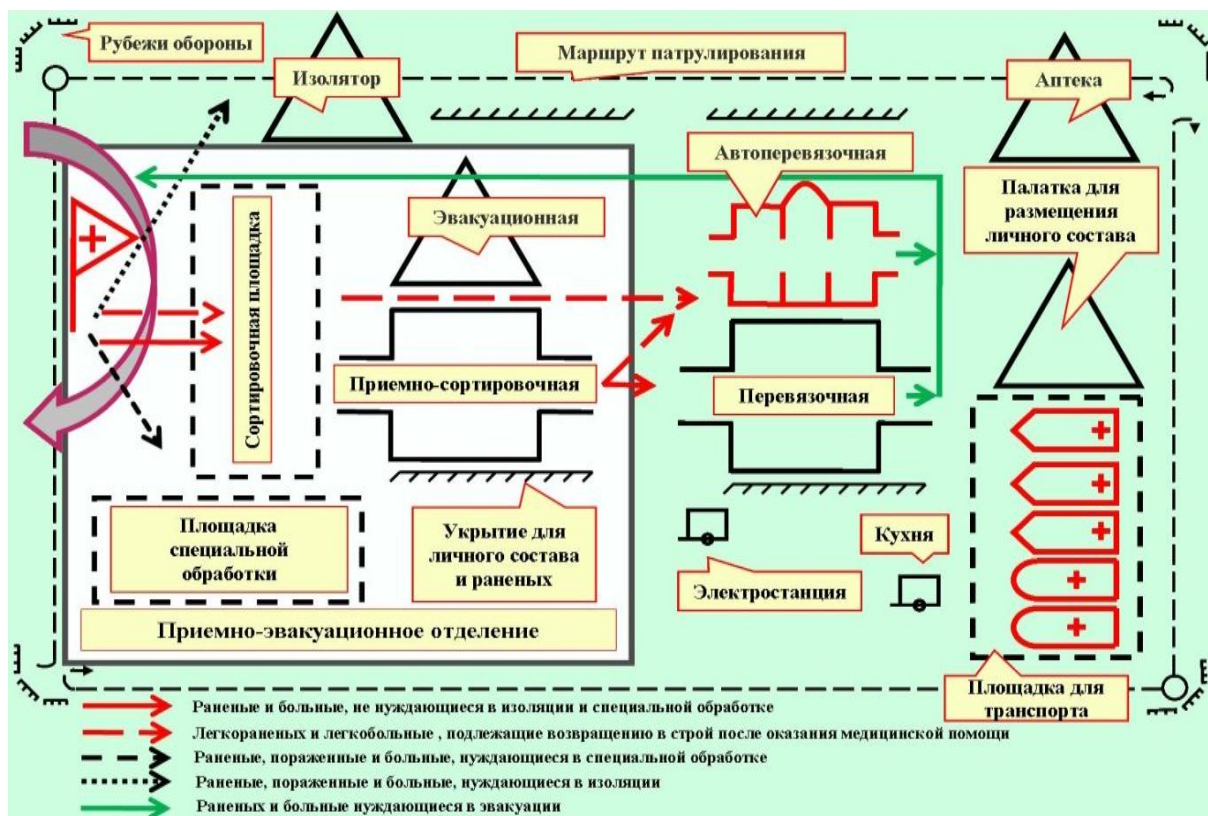


Рис. 3.11. Принципиальная схема развертывания МП соединения (воинской части)

В составе МПб аптека не развертывается. Комплектно-табельное медицинское имущество и техника, а также другое необходимое имущество истребуется, получается, учитывается и выдается начальником и фельдшером МПб.

В МП боевых воинских частей, имеющих по штату врача и соответствующее оснащение, при позволяющих условиях боевой обстановки медицинская помощь оказывается в объеме первой врачебной помощи, в остальных случаях — в объеме доврачебной медицинской помощи. В МП частей обеспечения, не имеющих по штату врача, медицинская помощь оказывается в объеме доврачебной медицинской помощи.

Сортировочно-эвакуационное отделение МП. Для развертывания функциональных подразделений сортировочно-эвакуационного отделения выбирается место (площадка 50×50 м), на которой развертывают сортировочный пост, сортировочную площадку (СПл) (20×30 м), устанавливают приемно-сортировочную (8×10 м) и эвакуационную (4×4 м) палатки, а также развертывают площадку специальной обработки (15×30 м), которая должна быть с подветренной стороны и не ближе, чем 20 м от приемно-сортировочной палатки. Рядом с площадкой специальной обработки оборудуется место для дезактивации, дегазации и дезинфекции автотранспорта.

Для сортировочного поста отводится место при въезде на площадку МП, а указанные функциональные подразделения МП размещают на площадке развертывания с таким расчетом, чтобы обеспечить беспрепятственное движение автомобильного транспорта между ними и быструю разгрузку (погрузку) раненых и больных.

ных, пораженных и больных. Для этого при трассировке площадки следует руководствоваться размерами палаток и расстояниями между ними.

СПл оборудуется перед приемно-сортировочной палаткой. Размеры сортировочной площадки должны обеспечить въезд и движение по ней транспорта, размещение подставок под носилки с ранеными и больными, скамеек для легкораненых.

Приемно-сортировочная оборудуется в палатке УЗ-68 (или УСТ-56), полевом укрытии или в приспособленном помещении. В приемно-сортировочной палатке размещаются: умывальник, стол для регистратора; стулья складные; станок шестиместный СП-6 для носилочных раненых; подставка для кислородного ингалятора; подставки низкие под носилки; стол для лекарственных средств и инструментов; ящик для предметов ухода; ящик для оружия; подставка для аппарата ИВЛ; стол для продуктов питания; скамья складная; печь; переносной столик с медикаментами, шприцами; комплекты перевязочных средств и шин.

Эвакуационная оборудуется в палатке, укрытии или в приспособленном помещении. При выборе места для развертывания приемно-сортировочной и эвакуационной МП необходимо учитывать возможность обеспечения одновременного размещения в каждой из них до 10–15 раненых, пораженных и больных. В эвакуационной палатке размещаются: станки для многоярусного размещения раненых и больных, подставки под носилки, скамьи складные, стол хозяйственный с хозяйственными принадлежностями, стул складной, умывальник, стол для лекарственных и перевязочных средств, стерилизатор (сухожаровой шкаф), мачта палатки, печь, необходимое имущество для оказания медицинской помощи тяжелораненым, аппарат для ИВЛ «ДАР-05», позволяющие обеспечить тяжелораненым уход и согревание.

Площадка специальной обработки оборудуется на открытой местности с подветренной стороны от других функциональных подразделений. Площадка делится на две части, одна из которых предназначена для частичной санитарной обработки раненых, пораженных и больных, а вторая — для проведения частичной специальной обработки транспорта, оружия и носилок.

На площадке специальной обработки размещаются: стойки металлические для закрепления шнуров ограничения; шнуры ограничения площадки специальной обработки; пикетажные знаки «заражено»; ящик для сбора оружия; прорезиненные мешки для сбора зараженного обмундирования и средств защиты; стол для противохимических средств (ИПП-8,9,10 и ИДП-С); яма для сбора отработанных тампонов ветоши; стол для антидотов из комплекта В-3 («Специальная помощь»); комплект В-5 («Дезинфекция»); место для специальной обработки носилочных; место для смены обмундирования и переключивания пострадавших на чистые носилки; чистое белье и обмундирование в ящике; стойка с вешалками для дезактивации обмундирования; умывальник.

Перевязочная и *АП-2 МП* развертываются в непосредственной близости от ПЭО. Перевязочную МП развертывают в палатке УЗ-68 (УСТ-56), полевом укрытии или в приспособленном помещении.

В перевязочной палатке (УЗ-68, УСТ-57) размещаются: стол для стерильных инструментов; стол для стерильных материалов; инструментальный столик;

перевязочные столы; флаконодержатель; подставка для кислородного ингалятора и аппарата ИВЛ; стол для регистратора; стул складной; умывальник; тазы для обработки рук; стерильные щетки для обработки рук; скамья складная; комплекты перевязочных средств и шин; стол для медикаментов, растворов, ампульных средств; печь. В ней используются комплекты Б-1, Б-2, Б-3, Б-4, В-1, АП-2, аппараты ИВЛ, КИ-4, системы для разового переливания крови и кровезаменителей, учетная медицинская документация.

Автоперевязочная размещается на базе автомобиля ГАЗ-66 (рис. 3.12).

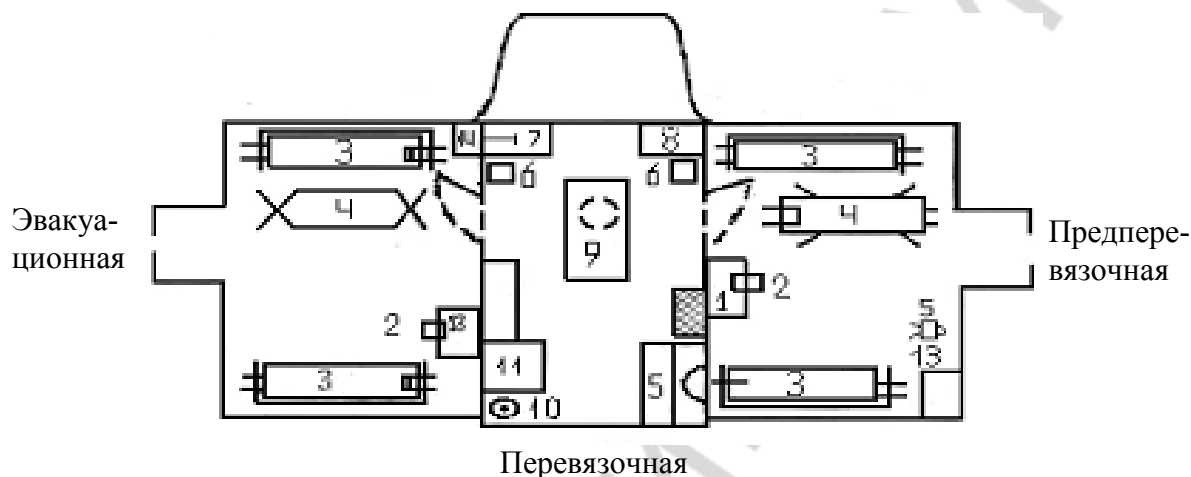


Рис. 3.12. Схема размещения медицинского имущества и полевой мебели в АП-2

В палатках размещаются: стол для инструментов, регистрационных документов; табуреты складные; трехъярусные станки для носилок; подставки под носилки; умывальники; сиденья откидные; стол для стерильных инструментов; стол для стерильных материалов; стол перевязочный; баллон для кислорода; стол с выдвижными ящиками для лекарственных средств, отдельных предметов медицинского оснащения; ящик для шин; стол складной хозяйственный; термоконтейнер.

Аптеку развертывают в лагерной палатке (4 × 4 м) или приспособленном помещении как можно ближе к перевязочной. В аптечной палатке размещаются: АППИ, в т.ч. индивидуальные противохимические пакеты в специальной таре, пакеты перевязочные индивидуальные в фанерных ящиках; табуреты; стол для выдачи имущества и ведения учета (из комплекта полевой штабной мебели или изготовленный самостоятельно); комплекты Б-1 и Б-4; комплект «Луч»; комплект РО-1; стол для приготовления лекарств (из комплекта полевой штабной мебели); комплект В-4; комплект Б-2; комплект Б-5; запасные баллоны с кислородом на 2 л в ящике № 2; умывальник с тазом на унифицированной стойке; средняя стойка.

Изолятор развертывают в лагерной палатке (4 × 4 м) как можно ближе к въезду на площадку МП, в 20–30 м от приемно-сортировочной палатки с таким расчетом, чтобы инфекционные больные могли быть направлены в него непосредственно с сортировочного поста. В палатке изолятора МП размещены: подставки под носилки, ящик для хранения посуды, мачта палатки, вешалка, умы-

вальник, емкость с дезинфицирующим раствором, предметы ухода за больными, стул складной, бак для дезинфекции предметов ухода, бак для замачивания белья.

Кроме того, на площадке МП оборудуются места для размещения электростанции, кухни, транспорта, отрывают открытые и перекрытые щели для укрытия личного состава и раненых (2–3 щели на 10–12 человек каждая), окопы для обороны (2–3 окопа на 3–5 человек каждый) (см. рис. 3.11).

При длительном нахождении в районе развертывания устанавливается палатка для размещения личного состава.

Указанные выше возможные условия боевой обстановки не всегда позволяют обеспечить развертывание МП с описанной схемой развертывания. Однако при любых обстоятельствах при развертывании МП необходимо оборудовать: место для приема и осмотра раненых, пораженных и больных, их сортировки и оказания им доврачебной и первой врачебной помощи; место стоянки санитарного транспорта (транспорта МП и санитарного транспорта, прибывающего для эвакуации раненых); место для раненых, пораженных и больных, ожидающих эвакуации (выделяются места в случаях, когда существует опасность перебоев в эвакуации); место для размещения личного состава МП и резерва медицинского имущества.

МП *омб* может размещаться в оборудованных в инженерном отношении для этой цели укрытиях, блиндажах, заглубленных капонирах и т. п. (рис. 3.13). Для сокращения времени и расстояния вывоза (выноса) раненых из подразделений к МП на путях эвакуации организуются ПСТ, которые выдвигают как можно ближе к МПР.

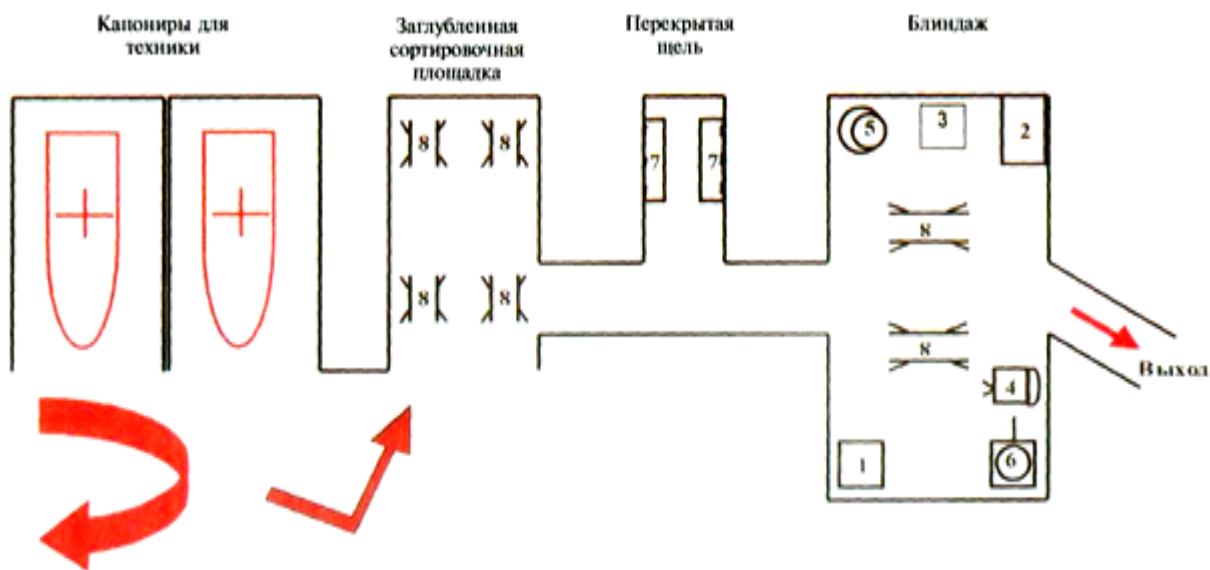


Рис. 3.13. Схема развертывания медицинского пункта механизированного батальона в укрытиях:

1 — комплект ВФ, СМВ, аппараты КИ-4, ДП-10; 2 — комплекты Б-1, Б-2; 3 — предметы ухода; 4 — умывальник с тазиком; 5 — печь; 6 — бачок с питьевой водой; 7 — скамья для легкораненых; 8 — подставка под носилки

3.11.4. ПОРЯДОК РАБОТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА

МП является основным подразделением медицинской службы воинской части. Его значение и роль в общей системе организации ЛЭМ определяются тем, что здесь раненый (больной) впервые встречается с врачом. В МП воинской части раненому и больному впервые врачом ставится диагноз. Здесь же принимается соответствующее лечебно-эвакуационное решение.

Работа МП воинской части как ЭМЭ в боевой обстановке зависит от многих факторов и, прежде всего, от вида боя и конкретной обстановки, особенно от числа раненых и больных, сроков их поступления, характера ранений и заболеваний, подготовленности медицинского состава, климато-географических условий.

В условиях современного боя поступление раненых и больных в МП воинских частей может быть еще более неравномерным, чем это было во время ВОВ. В сравнительно короткие сроки возможно поступление значительного числа раненых и больных, особенно в случае применения противником ОМП. Возросшие глубина задач и темпы наступления войск обусловят необходимость своевременного и довольно частого (до 2–3 раз в сутки) перемещения МП. Все это усложняет работу МП и предъявляет к ней высокие требования организации.

На СП постоянно находится и работает *санитарный инструктор-дезинфектор* (СИ-Д), имеющий на оснащении общевойсковой защитный комплект, противогаз, защитные очки, респиратор, резиновые перчатки, защитные чулки, которые используются в условиях применения противником ОМП.

СИ-Д встречает и останавливает транспорт, доставивший раненых и больных у пикетажного знака «СТОП», оповещает установленным сигналом об их прибытии личный состав МП, на основании опроса водителей и старших машин, результатов дозиметрического контроля и осмотра доставленных раненых и больных проводит первичную сортировку с целью выявления среди них лиц, представляющих опасность для окружающих.

На СП раненые и больные распределяются на следующие группы:

– *подлежащие изоляции* — инфекционные больные и лица с заболеваниями, подозрительными на заразные (направляются в изолятор);

– *лица с психическими расстройствами* и нервно-психической неустойчивостью (направляются в палатку психоэмоциональной разгрузки);

– *нуждающиеся в частичной санитарной обработке* — имеющие загрязнение открытых частей тела и обмундирования РВ с мощностью дозы излучения, превышающей безопасные; зараженные стойкими ОВ или БС (направляются на площадку специальной обработки);

– *остальные раненые и больные* — направляются на сортировочную площадку на том транспорте, которым они были доставлены в МП, при этом выделяются раненые, сохранившие способность к самостоятельному передвижению.

По команде СИ-Д раненые и больные, сохранившие способность к самостоятельному передвижению, выходят из автомашины и на основании осмотра, опроса, оценки внешних проявлений ранения (заболевания) и жалоб, а также дозиметрического контроля радиоактивного заражения открытых частей тела и обмундирования направляются в соответствующее подразделение МП.

Далее СИ-Д проводит сортировку носилочных раненых и больных непосредственно в автомобиле, выявляя среди них тех, кто нуждается в санитарной обработке или подлежит изоляции. После их выгрузки автомобиль направляется на сортировочную площадку.

Помимо этого СИ-Д проводит дозиметрический контроль радиоактивного заражения транспорта, наблюдает за воздушной, радиационной, химической обстановкой и в случае опасности оповещает о ней личный состав медицинского пункта бригады, контролирует соблюдение мер маскировки личным составом и водителями автомобилей.

На СПл работает сортировочная бригада в составе врача (начальника МП), двух средних медицинских работников, двух регистраторов, 1–2 звена санитаров-носильщиков. При необходимости для работы на СПл привлекаются терапевт и психоневролог, а в период одномоментного поступления большого числа раненых создаются дополнительные сортировочные бригады за счет временного привлечения личного состава из других подразделений.

Снятые с транспортных средств носилочные раненые и больные размещаются рядами на подставках или подручных средствах. Ходячие раненые и больные размещаются отдельно на скамейках.

На СПл (при плохой погоде — в приемно-сортировочной) сортировочная бригада проводит МС. Она начинается с быстрого обхода и осмотра всех раненых и больных с целью выявления тех из них, кто нуждается в немедленном оказании неотложной врачебной помощи в перевязочной (выборочная сортировка). Эти раненые сразу направляются в перевязочную, получив при необходимости соответствующую неотложную помощь на СПл (в приемно-сортировочной).

В результате МС на СПл (в приемно-сортировочной) раненых и больных делят на следующие группы:

а) раненые, нуждающиеся в первой врачебной помощи по жизненным показаниям в перевязочной, например, с неостановленным наружным кровотечением, явлениями асфиксии, открытым и клапанным пневмотораксом, в состоянии шока, с недостаточной транспортной иммобилизацией;

б) раненые, нуждающиеся во врачебной помощи в перевязочной в порядке очередности;

в) раненые и больные, первая врачебная помощь которым может быть оказана на СПл или в приемно-сортировочной;

г) раненые и больные, которые, минуя перевязочную, должны быть срочно эвакуированы на последующий ЭМЭ, т. е. нуждающиеся в оказании неотложной КМП по жизненным показаниям (например, с открытыми и закрытыми повреждениями органов брюшной, грудной полостей, таза, раненые в череп с нарастающей компрессией мозга);

д) легкораненые и легкобольные, которые должны быть обязательно осмотрены врачом для принятия решения об их дальнейшей эвакуации или возвращении в строй.

В процессе МС на сортировочной площадке раненым и обожженным, не направляемым в перевязочную, а также больным оказывается необходимая медицинская помощь (введение столбнячного анатоксина, антибиотиков, обезбо-

ливающих средств, сердечно-сосудистых и дыхательных аналептиков, наложение шин, улучшение иммобилизации переломов, исправление повязок, подбинтовывание и др.).

После выявления раненых, нуждающихся в неотложных мероприятиях первой врачебной помощи в перевязочной, сортировочная бригада продолжает сортировку и оказание медицинской помощи раненым и больным, не нуждающимся в направлении в перевязочную.

На основе оценки общего состояния раненого (больного), его жалоб, данных дозиметрии, осмотра места повреждения, повязки, шины (без их снятия) врач принимает сортировочное решение, делает назначения и диктует регистратору данные для записи в первичную медицинскую карточку, дает указания об обозначении сортировочного заключения сортировочной маркой. Пока фельдшер выполняет назначения, врач с другим средним медицинским работником и регистратором переходит к следующему раненому или больному.

В сортировочной оценивают состояние раненого (сознание, частота и ритм дыхания, цвет кожных покровов и слизистых оболочек); измеряют пульс и артериальное давление, наполняемость капилляров; при необходимости проводят перкуссию, пальпацию и аускультацию груди и живота; осматривают повязки. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий в сортировочной включает введение столбнячного анатоксина, антибиотиков, обезболивающих средств. По показаниям вводятся сердечно-сосудистые и дыхательные аналептики, проводятся ингаляции кислорода, ИВЛ, исправляются ранее наложенные шины и повязки.

При поступлении в МП пораженных отравляющими и высокотоксичными веществами вводят антидоты, противосудорожные, дыхательные и сердечные средства, проводят ингаляцию кислорода и ИВЛ. При поражениях ОВ типа иприт на пораженные участки кожи накладываются повязки с лекарственными средствами, промываются глаза, желудок, даются адсорбенты.

При поражении ионизирующим излучением производится купирование первичной реакции. Если МС и оказание медицинской помощи из-за плохих погодных условий нельзя проводить на СП, она переносится в сортировочные.

В ходе проведения МС выделяются группы раненых и больных по степени тяжести ранения и заболевания. В результате внутривидовой МС тяжелораненые и раненые средней степени тяжести разделяются на следующие группы:

– нуждающиеся в неотложных мероприятиях первой врачебной помощи в перевязочной (их направляют в перевязочную для тяжелораненых в первую очередь);

– раненые, которым первая врачебная помощь может быть оказана в сортировочной или в перевязочной для тяжелораненых во вторую очередь;

– нуждающиеся в срочной эвакуации в омедо для оказания неотложной квалифицированной хирургической помощи.

В ходе проведения МС легкораненых и больных выделяются следующие группы:

– раненые, имеющие тяжелое ранение, но сохранившие способность к самостоятельному передвижению (направляются в перевязочную для тяжелораненых или готовятся к эвакуации);

- легкораненые и больные, нуждающиеся в оказании первой врачебной помощи (направляются в перевязочную для легкораненых);
- легкораненые и больные, нуждающиеся в дальнейшей эвакуации (направляются в эвакуационную);
- подлежащие возвращению в строй.

В сортировочной проводят опрос раненых и больных, их осмотр (без снятия повязок), а нуждающимся может оказываться необходимая медицинская помощь. Лечебно-профилактические мероприятия в сортировочной для легкораненых заключаются в исправлении повязок, шин; введении столбнячного анатоксина и антибиотиков. Больным в сортировочной вводят антитоксические средства, проводят кислородные ингаляции, инфузионную терапию, купируют психомоторное возбуждение, судорожный синдром и рвоту.

Для оказания медицинской помощи в ПСО используются перевязочные и лекарственные средства, шины, инструменты из соответствующих комплектов, ингалятор кислорода, аппарат ИВЛ, инъектор безыгольный. Кроме того, приемно-сортировочную оснащают предметами ухода за ранеными и больными, умывальником, ведрами, тазами, фонарем и другим имуществом.

Тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, подлежащих дальнейшей эвакуации, после оказания им медицинской помощи на сортировочной площадке сосредотачивают в эвакуационной, где определяют очередность и порядок их эвакуации.

На всех раненых заполняется *первичная медицинская карточка* (форма № 100), проводится учет в *книге учета раненых и больных* (форма № 106).

В эвакуационной палатке осуществляется временное размещение и проведение предэвакуационной подготовки раненым и больным, направляемым на следующий ЭМЭ. В ней работают фельдшер, медицинская сестра, санитар. Для погрузки на транспортные средства выделяется 1–2 звена санитаров-носильщиков.

Предэвакуационная подготовка тяжелораненых включает: переливание кровезамещающих растворов, инъекции обезболивающих средств, сердечных и дыхательных analeптиков, ингаляцию кислорода, ИВЛ; исправление повязок; наложение и исправление транспортных шин; повторное применение средств профилактики раневой инфекции; опорожнение мочевого пузыря и кишечника; кормление раненых и больных; заполнение необходимой документации.

В эвакуационной палатке в отношении *легкораненых и больных* проводятся мероприятия подготовки их к эвакуации: подбинтовывание, исправление повязок, обеспечивается согревание и питание, при необходимости вводятся сердечные и болеутоляющие средства, организуются погрузка на транспортные средства.

На площадке санитарной обработки проводятся мероприятия частичной санитарной обработки в отношении всех раненых и больных, подвергшихся заражению отравляющими и высокотоксичными веществами, РВ, баксредствами. Здесь работает СИ-Д и (или) подготовленный санитар, а также водитель-санитар. Контроль за его работой осуществляет один из фельдшеров МП.

При поступлении раненых и больных с заражением кожных покровов и обмундирования РВ с мощностью дозы излучения, превышающей безопасные, производится обмывание водой открытых участков тела (лицо, шея, руки), про-

мывание глаз, полоскание рта и носоглотки. Обмундирование подвергают механической очистке путем встряхивания, выколачивания, обметания веником, чистки щетками.

Деактивация индивидуальных средств защиты, обмундирования и обуви выполняется ходячими ранеными и больными самостоятельно путем встряхивания, выколачивания, обметания веником и чистки щетками на «грязной» половине площадки. После этого ходячие раненые и больные переходят на «чистую» половину, где обмывают водой открытые участки тела (лицо, руки, шею), прополаскивают водой полость рта и промывают глаза 3 % раствором борной кислоты. Деактивацию индивидуальных средств защиты, обмундирования, обуви и санитарную обработку носилочных раненых и больных осуществляет санитар. Он и другие лица, работающие на площадке, пользуются индивидуальными средствами защиты. После санитарной обработки раненые и больные направляются по показаниям (переносятся) в соответствующие функциональные подразделения МП.

При поступлении раненых и больных, зараженных стойкими отравляющими и высокотоксичными веществами, с них снимаются индивидуальные средства защиты (кроме противогаза), а открытые участки кожи и лицевая часть противогаза обрабатываются содержимым индивидуального противохимического пакета (ИПП-11). При невозможности произвести смену обмундирования, его опыляют содержимым дегазирующего селикагелевого пакета. Противогаз с пораженных может быть снят после тщательно проведенной частичной санитарной обработки со сменой обмундирования. На площадке также может оказываться неотложная помощь, для чего предусмотрен запас антидотов и перевязочных пакетов.

После проведения частичной санитарной обработки раненых и больных направляют по показаниям в соответствующие функциональные подразделения МП.

На площадке специальной обработки транспорта и имущества СИ-Д проводит деактивацию, дегазацию и дезинфекцию небольших количеств войскового и медицинского имущества, в том числе носилок, клеенок, простыней и т. п. Частичная деактивация, дегазация транспорта проводится самими водителями с использованием комплекта для дегазации и деактивации ДК-4.

Перевязочная (автоперевязочная, АП-2) предназначена для оказания первой врачебной помощи раненым и больным хирургического профиля. В перевязочной работает бригада в составе врача-хирурга (может привлекаться стоматолог), двух медицинских сестер, санитара и регистратора.

Одновременное развертывание на одной площадке перевязочной и АП-2 может организовываться в случае, если прогнозируется значительное поступление раненых, пораженных и больных на направлении (районе) действия воинской части. В этом случае на первом этапе поступления в АП-2 направляется поток легкораненых и легкобольных, в перевязочную — остальные. В дальнейшем в зависимости от загруженности МП, складывающихся условий боевой обстановки, прогнозируемых СП автоперевязочная может быть свернута и выдвинута в другой район с целью приближения к вероятным очагам СП.

Работа в перевязочной проводится с соблюдением всех требований асептики и антисептики: врач работает в стерильных масках и перчатках, меняя их после оказания помощи каждому раненому, медицинская сестра, подающая стерильные инструменты и стерильные перевязочные средства, — в стерильном халате. Использованные инструменты санитар стерилизует кипячением. Диагностические мероприятия в перевязочной во время оказания неотложной медицинской помощи заключаются в снятии повязки и оценке состояния раны.

К мероприятиям первой врачебной помощи, проводимым в перевязочной, относятся: устранение асфиксии, острой дыхательной недостаточности и открытого пневмоторакса; проведение пункции плевры при клапанном пневмотораксе; остановка наружного кровотечения; переливание кровезаменителей при значительном обескровливании; катетеризация или надлобковая пункция мочевого пузыря; новокаиновые блокады и транспортная иммобилизация конечностей; отсечение сегментов конечностей при их неполных отрывах; частичная санитарная обработка раны при попадании в нее отравляющих и высокотоксичных веществ; введение антибиотиков, анальгетиков и столбнячного анатоксина.

Объем первой врачебной помощи может быть расширен за счет устранения асфиксии посредством интубации трахеи с последующим проведением ИВЛ, остановки профузного кровотечения из небольших и поверхностно расположенных сосудов путем их перевязки, катетеризации магистральных вен конечностей, проведения комплекса противошоковых мероприятий с внутривенным вливанием кристаллоидных и коллоидных растворов.

При сокращении объема медицинской помощи в перевязочной проводятся неотложные мероприятия первой врачебной помощи: устранение всех видов асфиксии путем очищения полости рта от крови, рвотных масс и инородных тел тампоном или вакуумным отсосом, устранение западания языка S-образной трубкой или воздуховодом, наложение трахеостомы, интубация трахеи с последующим проведением ИВЛ; устранение напряженного пневмоторакса путем введения иглы Дюфо с лепестковым клапаном или дренажа диаметром 5–6 мм с лепестковым клапаном во втором межреберье; устранение открытого пневмоторакса путем наложения окклюзионной повязки по Банайтису; временная остановка наружного кровотечения путем тугой тампонады раны, прошиванием и перевязкой сосуда в ране, наложением жгута с периодическим проведением временной рециркуляции крови в конечности; проведение комплекса противошоковых мероприятий; катетеризация или капиллярная пункция мочевого пузыря при острой задержке мочи; отсечение сегментов конечностей при их неполных отрывах с последующей транспортной иммобилизацией; санитарная обработка раны с заменой повязки при заражении ран отравляющими и высокотоксичными веществами; внутривенное введение растворов при внутренних кровотечениях в процессе эвакуации путем установки полиэтиленового контейнера со встроенной системой переливания.

К отсроченным мероприятиям первой врачебной помощи в перевязочной относятся: новокаиновые блокады при отсутствии шока; туалет загрязненных земель ран и введение антибиотиков в окружность раны; смена повязки; туалет ран, зараженных РВ.

К мероприятиям, проводимым в отношении легкокораненых в перевязочной, относят: снятие шин и повязок; осмотр ран и окружающих мягких тканей; выявление клинических признаков повреждений магистральных сосудов, нервов, костей, развития раневой инфекции; проведение пальпации с целью выявления патологической подвижности и крепитации костей; проверка сохранности активных и пассивных движений, чувствительности; определение пульсации периферических артерий.

К лечебно-профилактическим мероприятиям в перевязочной в отношении легкокораненых и больных относятся также: остановка продолжающегося кровотечения из поверхностных ран; ампутация разрушенных фаланг и пальцев кисти, стопы; обработка поверхностных ран, зараженных радиоактивными или ОВ; паравульнарное введение антибиотиков; туалет ожоговых поверхностей II–IIIa степени, площадь которых не превышает 10 % поверхности тела, а также ограниченных ожогов (не более 30–50 см²) IIIb степени; транспортная иммобилизация по показаниям.

На всех раненых, получивших первую врачебную помощь в перевязочной (АП-2), заполняется ПМК ф. 100. Регистратор, обозначив сортировочной маркой очередность эвакуации, дает команду звену санитаров на переноску носилочного раненого в эвакуационную.

Изоляторы предназначены для временного размещения инфекционных больных и лиц с заболеваниями, подозрительными на инфекционные, оказания им первой врачебной помощи и подготовки к дальнейшей эвакуации.

Вблизи палатки-изолятора отрывается ровик. При входе в изолятор врач (фельдшер) надевает, а при выходе снимает халат, закрепленный за изолятором, обрабатывает руки дезинфицирующим раствором и моет их. Наблюдение за больными возлагается на фельдшера. Инфекционных больных эвакуируют на специально выделенном санитарном транспорте непосредственно в инфекционное отделение ВПП или соответствующие отделения УЗ МЗ.

В изоляторе больным измеряют температуру, артериальное давление, частоту пульса, проводят осмотр кожных покровов, видимых слизистых оболочек, испражнений и мочи, анализируют физикальные данные, оценивают общее состояние, ставят предварительный диагноз, принимают решение о нуждаемости инфекционных больных в неотложной медицинской помощи и дальнейшей эвакуации.

В комплексе лечебно-профилактических мероприятий проводится симптоматическая терапия, оказание неотложной медицинской помощи при развитии критических состояний — инфекционно-токсического шока, инфекционно-токсической энцефалопатии, церебральной гипертензии, острой дыхательной недостаточности, дегидратационного синдрома.

Личный состав, обслуживающий больных в изоляторе, должен быть обучен правилам ухода за инфекционными больными и знать правила работы в условиях противоэпидемического режима.

Посуда, ложки и другие предметы, бывшие в пользовании больного, дезинфицируются, моются и хранятся в изоляторе. Выделения больных, остатки пищи подвергаются дезинфекции путем двухчасовой экспозиции в дезинфицирующем растворе. Транспорт, доставивший больных в МП, а также носилки подвергаются дезинфекции. В изоляторе проводится текущая и заключительная дезинфекция.

В *палатке психоэмоциональной разгрузки* (психоизоляторе) размещаются лица с психическими расстройствами и нервно-психической неустойчивостью для оказания неотложных мероприятий первой врачебной помощи лицам с аффективно-шоковыми реакциями и другими психотическими состояниями, а также проведения психологической коррекции у военнослужащих с психологическими стрессовыми реакциями или испытывающих затруднения в военно-профессиональной адаптации, подготовки больных к эвакуации в омедо.

В психоизоляторе работают врач-терапевт (психоневролог) и санитар. Здесь устанавливаются носилки, которые должны быть закреплены, а также столы для аппаратуры и проведения методик, закрывающийся ящик с медикаментами. В палатке ведется журнал учета военнослужащих с указанием диагнозов и проведенных медико-психологических мероприятий.

В МП в военное время ведутся следующие *учетные документы*: первичная медицинская карточка (ф. 100), книга учета раненых и больных (ф. 106), книга учета переливания крови и кровезамещающих жидкостей (ф. 20), карточка эпидемиологического обследования инфекционного заболевания (ф. 23).

3.12. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТРЯДА

Отдельный медицинский отряд — это отдельная военная медицинская часть, формируемая в военное время на базе медр общевойскового соединения и предназначенная для МО ее частей и подразделений.

Деятельность омедо общевойскового соединения организуется в соответствии с требованиями приказов (директив) МО РБ, начальника ГШ ВС — 1-го заместителя МО, ЗМО по тылу — НТ ВС и распоряжениями НВМУ МО, приказами и распоряжениями начальника отряда.

Штат омедо определяется Главным организационно-мобилизационным управлением ГШ ВС и утверждается Приказом МО РБ. Материально-техническое оснащение омедо определяется в соответствии с установленными нормами снабжения согласно табелю к штату омедо.

Объем медицинской помощи, сроки лечения раненых и больных в омедо зависят от оперативной, тыловой и медицинской обстановки и определяются НМС объединения.

На омедо возлагаются следующие **задачи**:

– отмотелизование в установленные сроки сил и средств омедо, организация и проведение мероприятий боевого слаживания подразделений омедо, поддержание их в готовности к выполнению задач по предназначению;

– участие в проведении мероприятий медицинской разведки в полосе действия воинских частей соединения и на путях эвакуации, а также в районе развертывания омедо;

– проведение рекогносцировки местности в районе, назначенном для развертывания омедо, выбор места и подготовка площадки для развертывания омедо;

– выдвижение и своевременное развертывание подразделений омедо в назначенном районе;

- эвакуация раненых и больных из медицинских подразделений воинских частей, а также из очагов (районов) СП в омедо (на себя), а при возможности, необходимости и целесообразности — на дальнейшие ЭМЭ по назначению (от себя);
- прием, регистрация, МС, оказание раненым и больным первой врачебной и КМП в установленном объеме;
- госпитализация и лечение легкораненых и легкобольных до полного выздоровления со сроками лечения до 7 суток;
- временная госпитализация и лечение тяжелораненых и тяжелобольных, не подлежащих эвакуации по тяжести состояния;
- уход за ранеными, получившими ранения и поражения, несовместимые с жизнью, проведение им симптоматической терапии (агонирующие);
- временная изоляция и госпитализация инфекционных больных и военнослужащих, подвергшихся воздействию поражающих факторов ОМП, до их эвакуации в инфекционные отделения ВПГ, ГВКМЦ или УЗ МЗ, работающие в интересах ВС РБ;
- проведение полной санитарной обработки раненых и больных, поступающих из очагов, зараженных РВ, ОВ, БС, а также специальная обработка обмундирования, имущества, оружия и доставивших их транспортных средств;
- усиление медицинских подразделений воинских частей и подразделений соединения силами и средствами омедо;
- подготовка раненых и больных к эвакуации в ВПГ, ГВКМЦ, УЗ МЗ и при необходимости участие в ее проведении;
- осуществление контроля за своевременностью, полнотой и качеством оказания медицинской помощи раненым и больным на предыдущих ЭМЭ, оказание консультативной и практической помощи медицинской службе воинских частей соединения;
- организация и проведение в установленном объеме санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в районе размещения омедо;
- организация и проведение мероприятий медицинского контроля за соблюдением установленных санитарно-гигиенических норм и правил размещения, питания, водоснабжения, обитаемости, банно-прачечного обслуживания личного состава омедо и находящихся в омедо раненых и больных;
- истребование и получение медицинского имущества и техники, обеспечение ими функциональных подразделений омедо и медицинских подразделений воинских частей соединения, организация учета и контроля его хранения и использования;
- организация и проведение мероприятий медицинской защиты личного состава и находящихся на лечении в омедо раненых и больных, а также материальных средств от воздействия поражающих факторов РХБ природы, неблагоприятных факторов окружающей среды.
- организация и проведение мероприятий по защите, охране и обороне омедо в ходе передвижения и в районе его размещения;
- ведение установленных документов военно-медицинского учета и отчетности, сбор материалов и обобщение опыта работы подразделений омедо;

– организация и проведение идеологической и воспитательной работы, а также психопрофилактических мероприятий среди раненых, больных и личного состава омедо;

– выделение сил и средств в отряд ликвидации последствий, возникших после применения противником ОМП.

3.12.1. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА ОТДЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТРЯДА

Организационная структура омедо представлена управлением, основными подразделениями и подразделениями обеспечения (табл. 3.10, 3.11).

Таблица 3.10

Организационно-штатная структура омедо

	Количество л/с в подразделении
Управление	
Командование	2
Медицинская часть	3
Финансовая служба	2
Отделение материально-технического обеспечения	3
Итого	10
Основные подразделения	
Приемно-сортировочное отделение	15
Хирургическое отделение	26
Отделение анестезиологии и интенсивной терапии	10
Отделение госпитализации (на 50 коек)	10
Лаборатория	3
Стоматологический кабинет	2
Рентгеновский кабинет	3
Итого	69
Подразделения обеспечения	
Аптека	4
Отделение связи	5
Автомобильный санитарный взвод	38
Взвод обеспечения	40
Итого	87
Всего по штату	166
Офицеры	25
Прапорщики	8
Сержанты	45
Солдаты	88

Управление омедо включает командование, медицинскую часть, финансовую службу и отделение МТО.

Командование омедо представлено: начальником омедо, заместителем начальника омедо по медицинской части — начальником медицинской части, заместителем начальника омедо по идеологической работе, помощником начальника отряда по МТО — начальником отделения МТО.

Основное вооружение и техника

	Количество единиц техники
Установки дезинфекционно-душевые ДДА-66	1
Стерилизационно-дистилляционные прицепы типа СДП	1
Автоперевязочные АП-2	2
Полевые рентгеновские кабинеты ОР	1
Автомобильная техника	
Автомобили:	36
легковые	1
грузовые	9
Специальные автомобили общевойскового назначения	20
Специальные автомобили родов войск	6
Автоприцепы транспортные	2

Начальник омедо подчиняется командиру и заместителя командира по тылу (ЗКТ), а по специальным вопросам — НМС бригады. Он отвечает: за боевую и мобилизационную готовность омедо; боевую и специальную подготовку, воспитание, воинскую дисциплину и морально-психологическое состояние личного состава омедо; обеспечение своевременного выдвижения, прибытия и развертывания омедо в назначенном районе; своевременное и качественное выполнение в установленном объеме мероприятий по МО бригады при подготовке к бою и в ходе его; организацию защиты, охраны и обороны омедо; медицинскую защиту личного состава, а также раненых и больных, поступивших в омедо, от воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, а также неблагоприятных факторов боевой обстановки и окружающей среды; поддержание связи с командованием и НМС бригады для обеспечения непрерывного управления подчиненными силами и средствами; представление командиру, заместителю командира бригады по тылу и НМС соединения донесений согласно табелю срочных донесений, других отчетных документов; состояние и сохранность вооружения, техники, других материальных средств омедо.

Начальник омедо в своей работе руководствуется приказами (распоряжениями) НМС оперативного объединения и начальника ВМУ МО.

Заместитель начальника омедо по медицинской части — **начальник медицинской части** подчиняется начальнику омедо и отвечает: за организацию работы ЛДО и кабинетов омедо, ведение документов медицинского учета, отчетности омедо и служебной переписки, разработку необходимых инструкций, графиков работы и дежурств медицинского персонала.

Заместитель начальника омедо по идеологической работе подчиняется начальнику омедо и отвечает за воспитание, морально-психологическое состояние, воинскую дисциплину личного состава омедо, их социально-правовое, информационное, психологическое и культурно-досуговое обеспечение.

Медицинская часть омедо представлена: заместителем начальника отряда по медицинской части — начальником медицинской части, главной медицинской

сестрой, делопроизводителем — медицинским статистиком (секретарем военно-врачебной комиссии).

Медицинская часть омедо организует, обеспечивает и контролирует работу лечебно-диагностических отделений, соблюдение единых принципов обследования, лечения и реабилитации раненых и больных, ведение документов медицинского учета, отчетности омедо и служебной переписки, разрабатывает необходимые инструкции, графики работы и дежурств медицинского персонала. Инструкции и графики подписываются заместителем начальника омедо по медицинской части и утверждаются начальником омедо. Истории болезни и другие медицинские документы на выписанных из омедо или на умерших раненых и больных хранятся в медицинской части до передачи их в архив в установленном порядке.

Финансовая служба омедо представлена начальником службы и бухгалтером. Служба организует и ведет финансовую деятельность омедо; обеспечивает полное и своевременное удовлетворение л/с, а также раненых и больных, находящихся на лечении в омедо, денежными средствами; осуществляет контроль законного и экономного использования выделяемых и поступающих в омедо денежных средств, а также соблюдения финансовой и штатной дисциплины.

Отделение материально-технического обеспечения омедо составляют помощник начальника отряда по МТО — начальник отделения, начальник продовольственной и вещевой службы и делопроизводитель.

Отделение МТО осуществляет: бесперебойное обеспечение подразделений омедо материальными средствами, вооружением и техникой, экономное расходование и своевременное пополнение запасов, а также их хранение, распределение и ремонт; организует правильную эксплуатацию, своевременное восстановление и поддержание техники и вооружения в исправном состоянии и в постоянной готовности к применению; организует и обеспечивает хозяйственно-бытовое обслуживание раненых и больных, а также л/с омедо, отправку умерших в омедо к месту сбора, приема, обработки, отправки (к месту захоронения); осуществляет ведение документов учета и отчетности, представление донесений, заявок по службам тыла в довольствующие органы.

Основные подразделения омедо представлены следующими отделениями: приемно-сортировочным, хирургическим, анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии, госпитализации (на 50 коек), стоматологическим и рентгеновским кабинетами и лабораторией.

Подразделения обеспечения представлены: аптекой, взводом обеспечения, отделением связи, автомобильным санитарным взводом, отделением технического обслуживания, отделением охраны.

На оснащении омедо имеется необходимый запас медицинского имущества и техники для оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи, а также все необходимые материально-технические и другие средства (персональные электронные вычислительные машины, легковые и грузовые автомобили, пассажирские автобусы, дезинфекционно-душевые установки, полевые рентгеновские кабинеты, стерилизационно-дистилляционные установки, автоцистерны, прицепы-фургоны изотермические и хлебные, санитарные авто-

мобили, автоперевязочные, радиостанции, мастерские технического обслуживания автомобильной техники, электростанции, плиты и кухни на прицепах), необходимые для выполнения задач по предназначению.

3.12.2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТРЯДА

Омедо перемещается и разворачивается в соответствии с распоряжением командира соединения (ЗКТ) по представлению НМС на безопасном удалении от объектов вероятного воздействия противника, в полосе ответственности соединения(ний) на отдельном эвакуационном направлении, на удалении от переднего края около 10–12 км, а также на таком удалении от войск, чтобы первая врачебная и КМП раненым (пострадавшим) могла быть оказана не позже 4–6 часов с момента ранения.

Омедо может разворачиваться в населенном пункте и вне населенного пункта. Площадка для отряда должна быть размером не менее 300 × 400 м.

С момента прибытия в район *время развертывания* подразделений омедо 1-й очереди (пункт управления, ПЭО, оперативно-перевязочное отделение, палата интенсивной терапии ГО, рентгеновский кабинет, стоматологический кабинет, лаборатория и аптека) не должно превышать 1 часа летом и 2 часов зимой, а в полном составе — 4 часов летом и до 8 часов зимой. При возможности перемещения одним рейсом и наличии необходимого для работы в полевых условиях оснащения омедо в ходе боевых действий разворачиваются за боевыми порядками бригады, обеспечивая совместно с МПб непрерывность в оказании первой врачебной и КМП раненых и больных.

За счет сил и средств управления разворачивается пункт управления, на базе которого организуется работа командования, медицинской части, финансовой службы и отделения МТО омедо.

Силами и средствами основных структурных подразделений омедо разворачиваются приемно-эвакуационное, оперативно-перевязочное и госпитальное отделения, а также ОСО, лаборатория, рентгеновский и стоматологический кабинеты.

Силами и средствами подразделений обеспечения разворачиваются и оборудуются: аптека, узел связи, места для размещения личного состава, пункт питания, склады, электростанция, пункт ремонта и технического обслуживания автомобильного транспорта, заправочный пункт, караульное помещение, а также место для размещения автомобильного транспорта и вертолетная площадка.

Пропускная способность омедо при оказании КМП в полном объеме может составить около 200 раненых и больных в сутки, при сокращенном объеме помощи (неотложные мероприятия КМП по жизненным показаниям) — около 300 человек.

Для госпитализации раненых и больных со сроками лечения до 5 суток, в том числе нетранспортабельных, в омедо разворачивается госпитальное отделение на 50 коек. При омедо может содержаться команда выздоравливающих численностью до 100 человек, которые до отправки в воинские части могут привлекаться для обслуживания тяжелораненых.

3.12.2.1. Приемно-сортировочное отделение

Приемно-сортировочное отделение представлено: начальником отделения (хирургом), старшим ординатором (терапевтом), фельдшером, старшей медицинской сестрой, 3 медицинскими сестрами, СИ-дозиметристом, СИ-дезинфектором, старшим санитаром, 3 санитарями, водителем-электриком, кочегаром-паропроводчиком. Всего 15 чел.

На ПСО возложены следующие задачи:

- прием, временное размещение и регистрация поступающих в отряд раненых и больных;
- МС раненых и больных с целью выявления и изоляции инфекционных (подозрительных) больных, выявления раненых и больных, имеющих заражение открытых участков тела и обмундирования радиоактивными, ОВ и БС и нуждающихся в специальной обработке;
- полная санитарная обработка поступивших раненых и больных, специальная обработка личного обмундирования и вещей, а также дезактивация, дегазация и дезинфекция доставившего их транспорта;
- оказание неотложной медицинской помощи всем нуждающимся раненым и больным;
- подготовка к эвакуации раненых и больных, нуждающихся в лечении в других лечебных учреждениях МО и МЗ РБ.

Основная работа омедо начинается в ПЭО. ПЭО является функциональным подразделением омедо и разворачивается силами и средствами ПСО с привлечением личного состава хирургического отделения, отделения госпитализации и взвода обеспечения.

В составе ПЭО разворачиваются следующие функциональные элементы: сортировочный пост, сортировочная площадка, сортировочная палатка для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, сортировочная палатка для легкораненых, эвакуационная палатка для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, эвакуационная палатка для легкораненых, перевязочная для легкораненых, ОСО, вертолетная площадка.

Сортировочный пост размещается у въезда на площадку отряда. Он оборудуется флагом с изображением Красного Креста, шлагбаумом, указателями с надписью «ОМЕДО», «СОРТИРОВОЧНЫЙ ПОСТ», «СТОП», средствами для подачи звуковых сигналов, таблицей с сигналами оповещения и оснащается приборами радиационной и химической разведки. В темное время суток вывешивается фонарь с красным крестом.

Задачи СП следующие: встреча санитарного транспорта и проведение МС поступающих в омедо раненых и больных для выделения контингентов, представляющих опасность для окружающих и нуждающихся в санитарной обработке или изоляции; наблюдение за воздушной обстановкой и обстановкой на окружающей территории с целью своевременного обнаружения возникающей угрозы поражения личного состава омедо, находящихся в нем раненых и больных средствами радиационной, химической и биологической природы и другими средствами поражения противником, а также с целью своевременной подачи сигналов воздушной, химической и другой тревоги в соответствии с таблицей сигналов.

Организация работы СП заключается в следующем: подготовка к работе на сортировочном посту санитарного инструктора-дозиметриста, оснащение его необходимым имуществом для наблюдения за воздушной обстановкой и обстановкой на окружающей территории; остановка транспорта, доставившего раненых, перед сортировочным постом и недопущение попадания на сортировочную площадку омеда поступающих раненых и больных, нуждающихся в изоляции и санитарной обработке; оповещение личного состава омеда о прибытии раненых путем подачи установленного звукового сигнала, а при необходимости вызов помощи на сортировочный пост; сбор информации о характере поражения (получение сведений у водителя транспортного средства или сопровождающего транспортное средство медицинского работника), о воздействии противника ОМП на подразделение, из которого поступают раненые и больные, или об эвакуации их через районы радиационного, химического или биологического заражения; проверка имеющейся медицинской документации (первичной медицинской карточки, истории болезни и др.) на предмет указаний о необходимости изоляции или специальной обработки (сигнальные полосы первичной медицинской карточки).

СИ-дозиметрист СП оснащается радиометром-рентгенметром ДП-5М, прибором химической разведки ВПХР или ПХР-МВ с целью выявления среди поступающих раненых и больных лиц, опасных для окружающих, нуждающихся в санитарной обработке, определения загрязнения транспортных средств радиационными и химическими веществами.

Сортировочная площадка оборудуется непосредственно перед сортировочными омедами, должна быть размером не менее 30 × 30 м с таким расчетом, чтобы на ней можно было разместить в 2–3 ряда подставки под носилки, скамьи и обеспечить въезд и движение по ней транспорта с ранеными и больными.

На сортировочной площадке раненые и больные выгружаются из автомобилей. В теплое время года их здесь размещают, проводят МС, оказывают нуждающимся неотложную медицинскую помощь, регистрируют, направляют для оказания необходимой медицинской помощи в соответствующие лечебные отделения или в эвакуационную, где готовят к дальнейшей эвакуации. Для оказания медицинской помощи на сортировочной площадке следует иметь переносный столик с лекарственными средствами и необходимым инструментарием, перевязочный материал, транспортные шины, кислородные ингаляторы, аппарат ИВЛ.

На сортировочной площадке работают сортировочные бригады в составе: 1 врач, 2 средних медицинских работника, 2 регистратора. Для переноски раненых привлекается 1–2 звена санитаров-носильщиков. При необходимости для работы на сортировочной площадке привлекаются терапевт и психоневролог, а в период одномоментного поступления большого числа раненых и больных создаются дополнительные сортировочные бригады за счет временного привлечения медицинского персонала из других подразделений.

Снятые с транспортных средств носилочные раненые и больные размещаются рядами на подставках или подручных средствах (например, двух параллельно положенных бревнах). Ходячие раненые и больные размещаются отдельно на скамейках.

На сортировочной площадке (при плохой погоде — в сортировочной палатке) сортировочная бригада проводит МС. Она начинается с быстрого обхода и осмотра всех раненых и больных с целью выявления тех из них, кто нуждается в немедленном оказании неотложной врачебной помощи в операционно-перевязочном отделении. Эти раненые сразу направляются в центральный операционный блок, получив при необходимости соответствующую неотложную помощь на сортировочной площадке (в приемно-сортировочной).

В результате МС на сортировочной площадке (в сортировочной) из раненых и больных хирургического профиля выделяют нуждающихся в неотложной помощи. Их незамедлительно направляют в соответствующие функциональные подразделения: операционную, перевязочную для тяжелораненых, отделение анестезиологии и реанимации, анаэробную. После этого проводится медицинская (внутрипунктовая и эвакуационно-транспортная) сортировка в порядке очереди.

МС осуществляется, как правило, без снятия повязок — на основании опроса и осмотра раненого (внешний вид, состояние сознания, частота и характер дыхания, пульс, артериальное давление, локализация раны), учета данных первичной медицинской карточки.

Медицинская сестра выполняет указания врача, регистратор вносит соответствующие записи в книгу учета раненых и первичную медицинскую карточку. Результат сортировки обозначается соответствующей *сортировочной маркой*, прикрепляемой к раненому.

Раненые, нуждающиеся в неотложных полостных вмешательствах, направляются в операционную. При отсутствии в операционной свободных столов раненые из этой группы, имеющие симптомы шока, направляются в палату интенсивной терапии для раненых, а без признаков шока — в предоперационную.

Раненые в конечности, нуждающиеся в неотложной операции и реаниматологической помощи, направляются, соответственно, в перевязочную для тяжелораненых или в палату интенсивной терапии для раненых.

Раненые с признаками анаэробной инфекции направляются непосредственно в анаэробную палату, размещенную в терапевтическом отделении.

Агонирующие раненые направляются в палатку проведения симптоматической терапии госпитального отделения.

В отношении раненых, не нуждающихся в квалифицированной хирургической помощи, сразу решаются вопросы эвакуационно-транспортной сортировки: в какой госпиталь (ЛУ), каким транспортом, в какую очередь и в каком положении должен быть отправлен раненый.

Эти раненые эвакуируются по назначению непосредственно из сортировочно-эвакуационного отделения. Перед эвакуацией им оказывается первая врачебная помощь, если она не была оказана ранее либо оказывалась не в полном объеме.

Палатки для обеспечения потока легкораненых оборудуются нарами и скамейками. В них размещаются столы с соответствующими медикаментами, перевязочными материалами и столы для хозяйственных предметов, пищи, воды.

МС ходячих раненых осуществляется по типу амбулаторного приема: санитар по очереди подводит раненых к столу врача, где ставится диагноз и осуществляются необходимые назначения.

В первую очередь выявляют «непрофильных» раненых, которых переводят в поток носилочных раненых.

Сортировка осуществляется преимущественно без снятия повязок. Лишь в отдельных случаях для уточнения диагноза или при необходимости оказания врачебной помощи (остановка кровотечения, замена повязки и др.) раненые направляются в перевязочную для легкораненых. В составе отделения госпитализации развертывается палатка для размещения легкораненых со сроками лечения до 7–10 суток.

Легкораненые со сроками лечения свыше 5 суток направляются в ВПГ и (или) 432 ГВКМЦ и (или) СБ УЗ МЗ РБ.

МС раненых и больных терапевтического профиля осуществляется исходя из следующих нескольких принципов:

1. Выделение опасных для окружающих. К пораженным и больным, представляющим опасность для окружающих и нуждающихся в направлении на санитарную обработку или в изоляции, относятся: а) пораженные стойкими ОВ (ФОВ, иприты); б) инфекционные больные и лица с подозрением на инфекционные заболевания; в) больные с выраженными нервно-психическими нарушениями (психозами); г) лица с загрязнением кожи и обмундирования РВ свыше предельно допустимого уровня.

2. Определение нуждаемости в медицинской помощи, месте и очередности ее оказания. В первую очередь выделяются лица, нуждающиеся в неотложной помощи на данном этапе, и определяется функциональное подразделение, где эта помощь должна быть оказана на этапе КМП. Выделяют также лиц, подлежащих направлению в команду выздоравливающих (легкопораженные и легкобольные со сроками лечения 5–10 суток).

3. Возможность и целесообразность дальнейшей эвакуации с учетом вида транспортных средств, очередности и способа транспортировки, начиная с этапа КМП и эвакуационного назначения.

Сортировочные палатки омедо предназначены для приема, размещения, регистрации раненых и больных, в том числе проведения МС, оказания первой врачебной помощи раненым, не нуждающимся в направлении в перевязочную, согревания и питания раненых и больных.

В сортировочных оценивают состояние раненого (сознание, частота и ритм дыхания, цвет кожных покровов и слизистых оболочек); измеряют пульс и артериальное давление, наполняемость капилляров; при необходимости проводят перкуссию, пальпацию и аускультацию груди и живота; осматривают повязки. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий в сортировочной включает введение столбнячного анатоксина, антибиотиков, обезболивающих средств. По показаниям вводятся сердечно-сосудистые и дыхательные analeптики, проводятся ингаляции кислорода, ИВЛ, исправляются ранее наложенные шины и повязки.

При поступлении в омедо пораженных отравляющими и высокотоксичными веществами вводят антитоты, противосудорожные, дыхательные и сердечные средства, проводят ингаляцию кислорода и ИВЛ. При поражениях ОВ типа иприт на пораженные участки кожи накладываются повязки с лекарственными средствами, промываются глаза, желудок, даются адсорбенты.

При поражении ионизирующим излучением производится купирование первичной реакции.

Сортировочные оборудуют из расчета одновременного размещения не менее 15 носилочных и ходячих раненых. В палатке оборудуют стол для регистратора, на котором должны быть первичные медицинские карточки, книга учета раненых и больных, сортировочные марки

Сортировочная для тяжелораненых предназначена: для приема, регистрации, временного размещения тяжелораненых; проведения МС; оказания первой врачебной помощи раненым, не нуждающимся в направлении в перевязочную для тяжелораненых; сосредоточения раненых, ожидающих очереди в перевязочную; обогрева (защиты от перегревания) раненых, ухода за ними.

Сортировочная для легкораненых и сортировочная для больных предназначена: для приема, регистрации, временного размещения поступивших в омето легкораненых и больных; выявления раненых и больных, представляющих опасность для окружающих; оказания нуждающимся неотложной медицинской помощи; проведения внутривенной и эвакуационно-транспортной медицинской сортировки; подготовки нуждающихся к эвакуации в ВПП и (или) ГВКМЦ и лечебные учреждения Министерства здравоохранения.

Эвакуационная предназначена для временного размещения и подготовки к эвакуации раненых и больных, ожидающих эвакуации в ГВКМЦ и УЗ МЗ, а также предоставления им кратковременного отдыха и питания, медицинского контроля за их общим состоянием, подготовки к дальнейшей эвакуации, контроля за полнотой оформления медицинской документации, учета эвакуируемых, доставки их к транспорту и размещении на нем. Эвакуационная может размещаться в палатке УСБ-56 (УЗ-68) или приспособленном для этого укрытии.

В случае размещения эвакуационной в палатке в оснащение входят: подставки под носилки, скамьи складные, стол и стул хозяйственные, умывальник, стол для лекарственных и перевязочных средств, предметы ухода за ранеными, одеяла, спальные мешки. У заднего тамбура эвакуационной палатки устраивается навес для обменного фонда носилок. Вблизи эвакуационной в укрытом и замаскированном месте оборудуют площадку для стоянки транспорта, отрывают капоныры, защищающие транспорт от осколков бомб и снарядов.

В эвакуационной работают фельдшер или медицинская сестра, а также санитары. В эвакуационной необходимо постоянно вести опрос, выявление жалоб на усиление, изменение характера болей; оценку общего состояния (степень нарушения сознания, признаки неадекватности); контроль пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений, температуры тела, состояния повязок и иммобилизации, характера и количества отделяемого из ран в динамике.

Лечебно-профилактические мероприятия, проводимые в эвакуационной при отсутствии противопоказаний: утоление жажды, питание; по показаниям — повторное введение анальгетиков, дыхательных и сердечных аналептиков, продолжение инфузионной терапии; контроль за наличием и состоянием медицинской документации, при необходимости ее дооформление.

Подготовка раненых и больных к дальнейшей эвакуации включает инъекции наркотических средств, сердечных и дыхательных аналептиков, различных

сывороток, антидотов, а также дачу кислорода, исправление повязок и транспортной иммобилизации.

Эвакуационная для тяжелораненых в омето предназначена для их временного размещения и проведения предэвакуационной подготовки. В ней работают фельдшер, медицинская сестра, санитар. Для погрузки на транспортные средства выделяется звено санитаров. Эвакуации в первую очередь подлежат тяжелораненые, нуждающиеся в неотложных мероприятиях КМП.

Эвакуационная оснащается необходимым имуществом для оказания медицинской помощи тяжелораненым, аппаратом ИВЛ «ДАР-05», оборудуется станками для размещения носилок, столами для медикаментов, перевязочного материала, регистрации, хозяйственных принадлежностей, позволяющих обеспечить тяжелораненым уход и согревание.

Предэвакуационная подготовка тяжелораненых должна включать: переливание кровезамещающих растворов, инъекции обезболивающих средств, сердечных и дыхательных analeптиков, ингаляцию кислорода, ИВЛ; исправление повязок; наложение и исправление транспортных шин; повторное применение средств профилактики раневой инфекции; опорожнение мочевого пузыря и кишечника; кормление раненых и больных; заполнение необходимой документации.

Эвакуационная для легкораненых и больных предназначена для временного размещения легкораненых и больных и подготовки их к эвакуации. В эвакуационной работает один из фельдшеров и санитар. Они готовят легкораненых и больных к дальнейшей эвакуации (проводится подбинтовывание, исправление повязок, обеспечивается согревание и питание легкораненых и больных, при необходимости вводятся сердечные и болеутоляющие средства), организуют их погрузку на транспортные средства.

Эвакуационная оборудуется станками для многоярусного размещения раненых и больных, скамейками, столами для медикаментов, регистрации, хозяйственных принадлежностей.

Для погрузки раненых и больных на транспортные средства привлекаются 1–2 звена санитаров. Фельдшер осуществляет контроль за состоянием раненых и больных, подготавливает их к дальнейшей эвакуации (введение при необходимости болеутоляющих, сердечных средств, исправление повязок, согревание и питание), организует погрузку раненых и больных на транспортные средства.

Отделение специальной обработки разворачивается для проведения полной санитарной обработки поступающих в омето раненых и больных, имеющих заражения РВ, ОВ и БС выше предельно допустимых и безопасных уровней, а также для частичной дегазации, дезактивации и полной дезинфекции обмундирования, средств защиты, обуви и снаряжения раненых и больных, доставившего их транспорта и санитарных носилок.

ОСО разворачивается силами личного состава ПСО с привлечением сил и средств СЭЛ, в связи с чем все силы и средства, задействованные для работы на площадке специальной обработки, входят в состав функционального подразделения омето как функциональное ОСО.

Кроме указанных мероприятий в ОСО пострадавшим оказывается медицинская помощь по неотложным показаниям (вводятся антидоты, противосудо-

рожные, сердечно-сосудистые, обезболивающие, противорвотные и другие симптоматические средства, производится очистка дыхательных путей от слизи, рвотных масс, ИВЛ, оксигенотерапия).

Санитарная обработка тяжелораненых и тяжелообольных осуществляется частично и заключается в простом протирании влажным полотенцем (марлевыми тампонами) с последующим переодеванием в чистое белье. После проведения полной санитарной обработки тяжелопострадавших перекалывают на чистые носилки и переносят их в одевальное помещение, а зараженные носилки доставляются на площадку специальной обработки имущества. Легкопострадавшие проводят полную санитарную обработку самостоятельно. В зависимости от тяжести состояния пострадавших пропускная способность ОСО может достигать 15–25 человек в час.

Руководит работой ОСО фельдшер из штата ПСО, в помощь которому выделяется санитарный инструктор-дозиметрист и СИ-Д, а также необходимое количество личного состава из подразделений ВПП и из числа легкораненых или выздоравливающих.

Для развертывания отделения специальной подготовки необходимо: палатки — одна палатка УСБ-56 и одна УСТ-56 (возможен вариант — три палатки УСТ-56), комплект СО «Санитарная обработка», комплект В-5 «Дезинфекция», дезинфекционно-душевая установка на базе прицепа одноосного ДДП-2 или автомобиля ДДА-66 (на базе ГАЗ-66), ДДА-2(3) (на базе ЗИЛ, КАМАЗ), ведра, тазики, типовое медицинское оснащение ЭМЭ (стойки универсальные, держатели таза и умывальника, умывальники, стол, скамейки и табуреты складные, флакодержатели), кислородные ингаляторы, хозяйственное имущество, а также средства для оказания неотложной медицинской помощи (перевязочные материалы, антитоты, жгуты и др.).

Кроме типового табельного оснащения необходимо подготовить для оборудования площадки следующее имущество: занавес разгораживающий для ограничения пространства моечной; решетка под ноги (можно заменить резиновыми ковриками); пирамида или ящик для сбора оружия; вешалки; носилки сетчатые; вешалки.

Отделение развертывается на удалении 25–50 м от других функциональных подразделений ЭМЭ с подветренной стороны, по возможности вблизи источника воды, которую можно использовать для проведения полной санитарной обработки. В составе ОСО развертывают три площадки: санитарной обработки пораженных; специальной обработки обмундирования и имущества; специальной обработки транспорта.

Площадка санитарной обработки создается по типу санитарного пропускника, имеет сортировочную площадку, раздевальню, моечную и одевальную. В зимнее время на площадке санитарной обработки раздевальня, моечная и одевальная развертывается в палатках или в других помещениях. В летнее время раздевальная и одевальная могут быть развернуты на открытом воздухе или под навесом.

Раздевальня, моечная и одевальная развертываются в помещениях или палатках типа УСТ-56 и УСБ-56. Для раздевальной устанавливается палатка УСТ-56.

Моечная и одевальная могут быть развернуты в одной палатке УСБ-56 или же каждая в отдельной палатке УСТ-56. Между тамбурами раздевальной и моечной делается разрыв («воздушный коридор», который достигается закреплением плащ-накидок на стойках) в 2–3 м, чтобы пары ОВ не проникали в моечную.

При неблагоприятных погодных условиях (низкая температура воздуха, сильный ветер и т. д.) на сортировочной площадке ОСО развертывается сортировочная палатка, в которой сосредоточиваются пострадавшие, нуждающиеся в санитарной обработке.

Перед раздевальной отводятся места для разгрузки транспорта, доставившего пораженных, и для сбора снимаемого с них обмундирования и снаряжения. Для руководства движением и разгрузкой прибывающего в ОСО транспорта выделяется санитар или санитарный инструктор. Он же направляет легкопораженных, способных самостоятельно выполнять частичную дезактивацию (дегазацию) обмундирования, на площадку, предназначенную для этой цели. С остальных пораженных, направляемых непосредственно в раздевальню, санитар снимает снаряжение, а также, при возможности, часть верхнего обмундирования (шинели, головные уборы, иногда обувь).

Легкопораженные, которые самостоятельно проделали частичную дезактивацию (дегазацию), в последующем также направляются в раздевальню.

Руководит работой сортировочной площадки ОСО, движением и разгрузкой прибывающего в отделение транспорта санитар или санитарный инструктор.

Легкопораженные, способные выполнять частичную дезактивацию (дегазацию) обмундирования, выполняют ее сами. Остальных пораженных обрабатывают санитары. Легкопораженные, которые самостоятельно проделали частичную дезактивацию (дегазацию) жидкостью ИПП-11 (ИПП-8), в последующем также направляются в раздевальню.

В дальнейшем после проведения частичной дезактивации (дегазации) фельдшер осуществляет сортировку поступивших раненых, и результаты сортировки закрепляются марками:

- ПСО-1 — полная санитарная обработка в 1-ю очередь (зараженные ФОВ и бактериальными средствами).
- ПСО-2 — полная санитарная обработка во 2-ю очередь (зараженные ОВ кожно-нарывного действия).
- ЧСО — частичная санитарная обработка (зараженные РВ).

Раздевальня предназначена для приема, регистрации, определения объема и очередности санитарной обработки в соответствии с характером ранения, степенью заражения ОВ, РВ, БС пораженных, оказания им неотложной медицинской помощи по жизненным показаниям и подготовкой их к санитарной обработке.

В раздевальне оборудуются места для носилочных и для сидячих пораженных. Здесь производят дозиметрический контроль, осмотр пораженных для решения вопроса об очередности и способе их санитарной обработки (мытьё под душем, обработка средствами специальной обработки или комбинированным способом), при необходимости снимают верхние слои повязки, исправляют плохо наложенные повязки и шины, промывают пораженному глаза и полость рта, оказывают неотложную медицинскую помощь, вводят по показаниям постра-

давшим антидоты (будаксим, афин, атропин), противосудорожные препараты (феназепам) и симптоматические средства (анальгетики), осуществляют подготовку пораженных к направлению в моечную (обмундирование, белье и повязки защищают водонепроницаемыми чехлами). Раздевальня обычно разворачивается в одной малой палатке. В тех случаях, когда ожидается массовое поступление пораженных, емкость раздевальни увеличивается или отводятся дополнительные места для ожидающих санитарную обработку.

В раздевальне организуется место для принятия от пораженных документов, ценностей и оружия. Если частичная санитарная обработка на сортировочной площадке ОСО с использованием жидкости ИПП-11 (ИПП-8) или дегазирующим порошком табельных пакетов ДПС-1 (ДПС, ДПП) проведена не была, то она проводится непосредственно перед раздевальней.

Пораженным крайне тяжелой степени полная санитарная обработка противопоказана, поэтому ограничиваются ЧСО со сменой белья и обмундирования.

В раздевальной работают фельдшер, регистратор-парикмахер, 2 санитар-раздевальщика, 2 санитар-носильщика.

Раздевальня ОСО оснащается комплектами СО и В-5, а также ИПП, ШР, ВПХР, ПК-56, ДПС-1, антидотами в ампулах, противосудорожными, противорадиационными и противобололевыми средствами в ампулах.

При приеме пораженных ХО личный состав в раздевальной работает в противогазах, импрегнированном обмундировании, в защитных перчатках и чулках, фартуках и нарукавниках.

Моечная предназначена для проведения мытья всех поступивших теплой водой с мылом, а в необходимых случаях могут быть применены дегазирующие средства. Пораженные моются самостоятельно без помощи санитаров, а тяжелопораженных моют санитары на специально приспособленных носилках.

Моечная размещается в отгороженной части палатки типа УСБ-56. С одной стороны оборудуются места с перфорированными носилками (на прорезиненной основе) и переносными душевыми сетками для помывки теплой водой тяжелопораженных, с другой — для помывки ходячих легкопораженных под душевым прибором установки ДДА. Моечная оснащается емкостями с дегазирующими, дезактивирующими растворами, тазами, мочалками и запасом мыла (из комплекта СО).

В моечной работают 2 санитар-душера и водитель-дезинфектор установки ДДА в защитных очках, анатомических перчатках, нарукавниках и фартуках.

Полная санитарная обработка при поражениях ОВ включает обмывание тела теплой водой (подогретой до 35–40 °С) с мылом (для удаления с кожных покровов продуктов взаимодействия ОВ с дегазирующими веществами, избытка дегазатора или оставшегося ОВ) и замену белья.

Одновременно в моечной можно подвергать санитарной обработке 2 носилочных; 2–3 сидячих пораженных ОВ. Пропускная способность моечной в среднем — 20–25 человек в час. Из моечной пораженные направляются в одевальную. Раздельность потоков носилочных и ходячих сохраняется.

Одевальная разворачивается с целью определения полноты санитарной обработки путем проведения дозиметрического контроля и установления необхо-

димости повторной санитарной обработки, а также для одевания раненых (пораженных) в чистое белье, обмундирование и направление в соответствующие функциональные подразделения омеда.

Одевальная размещается в большей части палатки УСБ-56. В ней производится контроль полноты санитарной обработки при заражении ОВ, одевание пораженных, выдача им документов, противогазов, обуви (после обеззараживания), оказание при необходимости неотложной медицинской помощи и внутрипунктовая сортировка, если в одевальную выделяется врачебно-сестринская бригада. С помощью сортировочных марок обозначается, в какое функциональное подразделение медр должен быть направлен пострадавший и в какую очередь.

Одевальная оснащается средствами оказания неотложной медицинской помощи (антидоты, противосудорожные, противорадиационные и противоболевые средства в ампулах), кислородным ингалятором КИ-4, радиометром-рентгенометром ДП-5В (ИМД-1), сортировочными марками, обменным фондом белья и обмундирования, теплыми одеялами, скамейками, подставками для носилок, предметами ухода за больными. В одеальной работают санитарный инструктор-дозиметрист; санитары-одевальщики и два санитар-носильщика. При необходимости для работы в одеальную выделяются 1–2 врачебно-сестринские бригады.

Площадка специальной обработки обмундирования и имущества развертывается для проведения специальной обработки обмундирования и имущества пораженных и больных, а также носилок и оборудуется на удалении 50–80 м от площадки санитарной обработки с подветренной стороны. Ее размеры, как правило, не превышают 100 м². Площадка делится на «грязную» и «чистую» половины. Из оснащения на площадке имеются дегазационные приборы автомакс, гидропульт, радиометрическая аппаратура, дегазирующие, дезактивирующие растворы, табельные рецептуры и дезинфицирующие средства, а также ведра, крюки и др.

На площадке специальной обработки обмундирования и имущества работают санитарный инструктор-дозиметрист, 1–2 санитар и несколько солдат из команды выздоравливающих. На площадке выделяются места для дезинфекции обмундирования и имущества и оборудуются приспособления для развешивания обмундирования и белья. Наиболее простыми способами дезактивации, применяемыми на площадке, являются чистка щетками, выколачивание, проветривание, обтирание водой с растворителями. После дезактивации предметы обмундирования подвергаются дозиметрическому контролю. Дезинфекция обмундирования осуществляется в камерах дезинфекционно-душевой установки, а также с помощью дезинфицирующих средств.

На «грязной» половине оборудуются места для дезактивации обмундирования. Для размещения зараженных лицевых частей противогазов и обуви устанавливаются специальные стойки или колья, а для обмундирования — столы или стеллажи. На «чистой» половине размещают стеллажи для обезвреженных противогазов и обмундирования.

На площадке работает СИ-Д, в помощь которому выделяется несколько солдат из команды выздоравливающих.

Дегазацию обмундирования, снаряжения, обуви, средств индивидуальной защиты производят с помощью табельных дегазирующих рецептур и растворителей путем орошения из гидропульта или обработки смоченными тампонами с последующим протиранием насухо. При заражении обмундирования стойкими ОВ его дегазируют табельными порошковыми рецептурами (ДПС, ДПС-1 и др.).

Площадка специальной обработки автотранспорта разворачивается в районе ОСО в 10–15 м от площадки санитарной обработки. Здесь производится дегазация (деактивация, дезинфекция) транспорта, на котором были доставлены пораженные. Площадка также делится на «грязную» и «чистую» половины. На «грязной» половине имеются емкости, снаряженные табельными дегазирующими и дезактивирующими рецептурами, комплект ДК-4 (ИДК-1).

Прибывшие сюда автомобили обрабатываются водителями под руководством санитаров. На «грязной» половине площадки обработка автомобилей производится на настилах, под которыми отрыты сточные канавки. В 2 м от площадки отрывают поглощающий колодец для сбора зараженных стоков. На «чистой» половине осуществляется контроль полноты дегазации и укомплектование автомобилей.

3.12.2.2. Лечебные отделения и кабинеты отдельного медицинского отряда

В лечебно-диагностических отделениях и кабинетах омедо устанавливается окончательный диагноз ранения или заболевания, раненым и больным оказывается первая врачебная и (или) квалифицированная медицинская помощь, проводится их лечение и реабилитация, а также подготовка к эвакуации для продолжения лечения в ВПП и (или) других лечебных учреждениях МО и (или) МЗ РБ.

Лечебные отделения и кабинеты омедо представлены:

– *хирургическим отделением*, в составе: начальник отделения (хирургом), 3 старших ординатора (хирурга), 4 ординатора, старшая операционная сестра, 6 операционных сестер, 3 медицинские сестры, 4 медицинские сестры-анестезистки, 4 санитаров;

– *отделением анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии*, в составе: начальник отделения, ординатор, фельдшер, старшая медицинская сестра-анестезистка, 4 медицинские сестры-анестезистки, 2 санитаров;

– *отделением госпитализации*, в составе: начальник отделения, старший ординатор, фельдшер, старшая медицинская сестра, 4 медсестры, 2 санитаров;

– *лабораторией*, в составе начальника лаборатории и 2 лаборантов;

– *стоматологическим кабинетом*, в составе начальника стоматологического кабинета и медицинской сестры;

– *рентгеновским кабинетом*, в составе начальника рентгеновского кабинета, рентгенолаборанта и водителя.

Указанные выше отделения в полевых условиях, в свою очередь, разворачивают функциональные подразделения для оказания первой врачебной с элементами квалифицированной медицинской помощи.

Операционно-перевязочное отделение омедо является функциональным подразделением омедо и разворачивается силами и средствами хирургического отделения и отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Операционно-перевязочное отделение предназначено для проведения мероприятий первой врачебной и квалифицированной хирургической помощи, которая может выполняться в сокращенном или полном объеме в зависимости от конкретных условий оперативной, тыловой и медицинской обстановки (количество и интенсивность поступления раненых и больных, обеспеченность омедами и средствами, возможность эвакуации раненых и больных на этап СМП).

В составе операционно-перевязочного отделения развертываются *операционная с предоперационной*. Операционная с предоперационной предназначены для подготовки раненых к оперативному вмешательству, установления окончательного диагноза ранения, выполнения оперативных вмешательств при проникающих ранениях полостей, перевязки крупных сосудов, проведения сложных ампутаций и экзартикуляций, внутривидовой и эвакуационно-транспортной сортировки.

Перевязочная с предперевязочной для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести. Перевязочная с предперевязочной предназначены для установления окончательного диагноза, первичной хирургической обработки ран и ожоговых поверхностей, ампутаций, остановки кровотечения при повреждениях кровеносных сосудов, переливания крови и кровезаменителей.

Перевязочная для легкораненых и противошоковая. Для развертывания перевязочной для легкораненых наиболее часто используют автоперевязочную, которую размещают на площадке развертывания ПЭО.

В омеде в отношении поступивших раненых и больных могут выполняться:

1. Первая врачебная помощь. Мероприятия первой врачебной помощи по срочности выполнения делятся на следующие группы: неотложные мероприятия и мероприятия, выполнение которых может быть отсрочено.

Полный объем первой врачебной помощи включает неотложные мероприятия и мероприятия, проведение которых может быть отсрочено. Сокращение объема первой врачебной помощи осуществляется за счет мероприятий второй группы.

2. Квалифицированная хирургическая помощь в отношении раненых и пораженных с боевой хирургической травмой решает следующие задачи:

1) восстановление жизненно важных функций, то есть спасение жизни раненых. Для реализации этой задачи выполняются **неотложные хирургические вмешательства** (операции по жизненным показаниям) и проводится полный комплекс мероприятий интенсивной терапии;

2) предупреждение развития тяжелых, угрожающих жизни осложнений боевых травм;

3) подготовка раненых к эвакуации.

Отделение госпитализации является функциональным подразделением омеда и развертывается силами и средствами хирургического отделения и отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

В составе отделения госпитализации развертываются: госпитальные палаты (палата для выздоравливающих, палата для хирургических больных, палата интенсивной терапии, палата для нуждающихся в КТП и симптоматической терапии), а также изоляторы для инфекционных больных и больных с нервно-психическими и психоэмоциональными расстройствами.

Отделение госпитализации развертывается: для проведения мероприятий первой врачебной и КТП и дальнейшего стационарного лечения госпитализированных в омеда раненых и больных со сроками выздоровления до 7 суток; временной госпитализации и лечения нетранспортабельных раненых и больных; проведения мероприятий интенсивной терапии раненым и больным после оперативного лечения; ухода за ранеными и больными, нуждающимися в изоляции и симптоматической терапии.

Изоляторы для инфекционных больных развертываются и оборудуются в двух лагерных палатках согласно представленной на схеме, предназначены для временной изоляции инфекционных больных.

Один изолятор предназначается для больных острыми кишечными инфекциями, другой — для больных с респираторными инфекциями. Изоляторы развертываются в стороне от основных путей движения раненых и больных, а также от кухни, складов и источников воды. Инфекционные больные, военнослужащие с подозрением на инфекционные заболевания находятся здесь до первой возможности их эвакуации в инфекционные отделения лечебно-профилактических организаций Министерства здравоохранения.

В *психоизоляторе*, предназначенном для раненых и больных с нервно-психическими расстройствами, нуждающихся во временной изоляции, устанавливаются складные кровати или носилки, которые должны быть закреплены, а также стол для врача и запирающийся ящик с медикаментами.

Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии является функциональным подразделением омеда. Здесь проводится дифференциальная диагностика шока, устанавливается степень его тяжести, определяются показания к проведению противошоковой терапии. В отношении раненых, нуждающихся в оперативных вмешательствах, решается вопрос о наиболее целесообразном виде обезболивания; некоторым из них здесь же дают наркоз, поэтому противошоковая, как правило, развертывается встык с операционной и обеспечивается аппаратурой для наркоза.

Лаборатория развертывается для проведения установленного объема общеклинических анализов. Здесь работает клинический лаборант. Производятся следующие общеклинические анализы: гематологические (определение СОЭ, Нб, подсчет числа L, эритроцитов и L-формулы); анализ мочи (изучение ее общих физико-химических свойств, определение клеточного состава, белка, сахара, ацетона и желчных пигментов); копрологические (микроскопия нативного препарата, анализ на яйца глистов и простейших, реакция на скрытую кровь). За 1 рабочий день лаборант может произвести 25 полных и 50 неполных анализов крови.

Рентгеновский кабинет (РК) развертывается для проведения лучевой диагностики ранений и заболеваний. Для его развертывания используется передвижная рентгеновская установка (ПРДК). В нем работает начальник рентгеновского кабинета (врач-рентгенолог) и рентгенлаборант.

На РК возлагаются следующие задачи: своевременная диагностика повреждений и заболеваний у пострадавших; оказание консультативной помощи врачам отделений в определении диагноза повреждения, заболевания; участие в МС для принятия сортировочно-эвакуационного решения и тактики при оказании

помощи; контроль за эффективностью лечебных мероприятий и объективная оценка течения патологического процесса у пострадавших в динамике.

Начальник РК во время массового поступления раненых и больных может быть задействован для участия в МС и определения последовательности направления на рентгеновское исследование. При массовом поступлении пострадавших рентгенологические исследования проводятся по упрощенным методикам, но в объеме, достаточном для диагностики. Нуждаемость в лучевой диагностике раненых и больных может составить от 30 % до 90 % случаев.

Стоматологический кабинет (ППСК) предназначен для оказания терапевтической и хирургической стоматологической помощи раненым и больным с челюстно-лицевой патологией. Для его развертывания устанавливается палатка лагерьную и оснащают ее медицинским имуществом и оборудованием согласно штатным нормам. При поступлении потока раненых и больных, нуждающихся в оказании хирургической помощи, медицинский персонал стоматологического кабинета задействуется для работы в составе хирургических бригад.

3.12.2.3. Подразделения обеспечения отдельного медицинского отряда

Подразделения обеспечения представлены:

- аптекой, в составе начальника аптеки, фармацевта, санитарного инструктора и кочегара-паропроводчика;

- отделением связи, в составе начальника отделения связи, старшего телефониста, радиотелефониста и 2 телефонистов;

- автомобильным санитарным взводом, в составе: командир и заместитель командира взвода, 2 командира отделений, 2 старших водителя-радиотелефониста, 14 водителей-санитаров, 18 санитаров;

- взводом обеспечения, в составе: отделение охраны, 2 автомобильных отделения, отделение техобслуживания, столовая, склады;

- отделением охраны, в составе: командир отделения, старший стрелок, стрелок (6), пулеметчик, гранатометчик. Итого: 10 чел. Отделение организует и обеспечивает защиту, охрану и оборону подразделений омедо;

- двумя автомобильными отделениями, в составе командира отделения (2), старшего водителя (2), водителя (11) и водителя-заправщика. Итого: 16 чел.;

- отделением технического обслуживания, в составе: командир отделения, старший механик-аккумуляторщик, мастер по топливной аппаратуре, водитель-механик, электрик-моторист (2). Итого: 6 чел.;

- столовой, в составе начальника столовой, старшего повара и повара (2). Итого: 4 чел. Столовая обеспечивает приготовление и выдачу горячей пищи раненым и больным, а также личному составу отряда.

- складами, в составе двух начальников склада и кладовщика. Итого: 3 чел.

Аптека организует и обеспечивает: прием, хранение, учет медицинского имущества и техники, обеспечение ими подразделений омедо и медицинских подразделений воинских частей, действующих в районе территориальной ответственности бригады; изготовление некоторых лекарственных форм; техническое обслуживание и ремонт медимущества и техники.

Мероприятия медицинского снабжения включают: оценку обеспеченности, определение потребности и истребование медицинской техники и имущества;

заготовку, подвоз, учет, хранение, отпуск и накопление запасов медимущества и техники и их содержание в постоянной готовности к выдаче и использованию по прямому назначению; обеспечение правильной эксплуатации, техобслуживание и ремонт медимущества и техники, находящейся в эксплуатации и запасе, ее метрологическое обеспечение и списание; организацию контрольно-ревизионной работы и проведение мероприятий по экономному и рациональному расходованию медимущества; ведение учета и отчетности по медимуществу и технике.

Отделение связи предназначено для обеспечения как внешней связью начальника омедо с командованием соединения, НМС соединения, начальником ВПП, медицинской службой воинских частей соединения, так и внутренней — между функциональными подразделениями омедо. С этой целью силами личного состава отделения связи развертывается узел связи (Р-140).

Автомобильные отделения автомобильного санитарного взвода предназначены для подвоза материальных средств и другого имущества в функциональные подразделения омедо, а также для эвакуации раненых и больных.

Силами и средствами этого отделения развертываются и оборудуются:

– *площадка для автомобильного транспорта* для размещения автомобильного транспорта омедо и пунктов его технического обслуживания. Она оборудуется средствами защиты и маскировки. Площадка должна иметь не менее двух подъездов (выездов);

– *вертолетная площадка* для приземления и старта санитарного авиационного транспорта (вертолета) в целях эвакуации раненых и больных.

Взвод обеспечения. Силами и средствами взвода обеспечения осуществляется: инженерно-техническое оборудование района развертывания подразделений омедо; разведка источников водоснабжения, добыча воды, обеспечение водой и электроэнергией подразделений омедо; получение, подвоз, хранение, учет вещевого имущества, материальных и технических средств и обеспечение ими подразделений омедо; ремонт и техническое обслуживание автомобильной и другой техники; организация питания раненых и больных, а также личного состава омедо; организация хозяйственно-бытового и банно-прачечного обслуживания; организация использования местных материальных ресурсов по нарядам, согласованным с местными органами власти; обеспечение защиты, охраны и обороны.

Отделение охраны развертывается для организации и проведения мероприятий, направленных на защиту, охрану и оборону функциональных подразделений омедо как в ходе передвижения в район развертывания, так и в районе размещения.

Отделение технического обслуживания развертывается для технического обеспечения функционирования подразделений омедо (ремонт и техническое обслуживание автомобильной и другой техники, добыча и подача электроэнергии в подразделения омедо, техническое обслуживание и ремонт заправки аккумуляторных батарей, ремонт топливной аппаратуры).

Столовая предназначена для приготовления горячей пищи и ее приема ранеными и больными, поступившими в омедо, а также медицинским персоналом омедо.

Склады (продовольственный, вещевого, горюче-смазочных материалов) развертываются для хранения, накопления и выдачи в подразделения материальных средств и запасов имущества. На складах организуется истребование, получение, хранение и выдача материальных средств тыла.

3.13. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВОЕННОГО ПОЛЕВОГО ГОСПИТАЛЯ

Военный полевой госпиталь — военно-медицинская часть, предназначенная для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи (КМП и СМП) раненым и больным, их обследования, лечения и медицинской реабилитации.

Объем медицинской помощи, сроки лечения раненых и больных в ВПГ зависят от оперативной, тыловой и медицинской обстановки и определяются начальником Военно-медицинское управление МО РБ.

Штат ВПГ определяется Главным организационно-мобилизационным управлением Генерального штаба и утверждается приказом МО РБ. Материально-техническое оснащение ВПГ определяется в соответствии с установленными нормами снабжения согласно табеля к штату.

Оснащение медицинским имуществом и техникой определяется НПА, регламентирующими деятельность ВПГ и устанавливающими нормы его снабжения различными материальными средствами.

На организацию работы ВПГ существенное влияние оказывают следующие условия: мобилизационная и боевая готовность госпиталя; условия ТВД; вид, характер и способы ведения военных действий; величина и структура СП войск; построение обороны и возможность вклинения противника в оборону войск и его выхода к районам развертывания госпиталя; темпы перемещения войск и непрерывность ведения военных действий; уровень профессиональной подготовки должностных лиц и укомплектованность всех подразделений личным составом, медицинским имуществом и техникой; особенности ОМОВ, вид и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе; качественное и количественное соответствие средств эвакуации возникающим потребностям; состояние и протяженность путей эвакуации; природные и географические факторы окружающей среды; организация управления и взаимодействия в единой государственной системе оказания медицинской помощи; организация тыла и состояние коммуникаций.

Наиболее типичным вариантом использования ВПГ является его развертывание на отдельном эвакуационном направлении. ВПГ, как правило, развертывается в районе действий группировки войск так, чтобы его размещение и удаление от войск позволяло обеспечить своевременное оказание медицинской помощи раненым и больным и создать благоприятные условия для их дальнейшего лечения.

Деятельность ВПГ организуется в соответствии с приказами (директивами) МО РБ, начальника ГШ ВС — 1-го заместителя МО, заместителя МО по тылу — начальника тыла и распоряжениями начальника ВМУ МО, приказами и распо-

ряжениями начальника ВПГ, а также регламентируется руководством по работе военных госпиталей.

На ВПГ возлагаются следующие **задачи**:

1) прием, регистрация, МС, временное размещение раненых и больных, поступающих из военных медицинских подразделений и частей соединений, а также отдельных воинских частей и организаций и очагов СП;

2) проведение санитарной обработки раненых и больных, а также специальной обработки личного обмундирования раненых и больных и доставившего их транспорта;

3) оказание раненым и больным КМП и СМП и их лечение в соответствии с установленными сроками, объемом и стандартами;

4) подготовка к эвакуации раненых и больных, подлежащих лечению в лечебных учреждениях МО и МЗ РБ;

5) проведение в отношении раненых и больных, у которых наступило выздоровление, военно-врачебной экспертизы;

6) проведение мероприятий по защите личного состава госпиталя, раненых и больных, находящихся на лечении в нем, а также материальных средств от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, а также неблагоприятных факторов окружающей среды;

7) проведение мероприятий по охране и обороне района расположения госпиталя;

8) проведение идеологической и воспитательной работы с личным составом госпиталя, а также ранеными и больными;

9) создание необходимых материально-бытовых условий раненым и больным, а также личному составу госпиталя;

10) оказание консультативной и практической помощи медицинским службам соединений, воинских частей и организаций ВС, находящихся в районе дислокации (ответственности) госпиталя;

11) осуществление контроля за полнотой и качеством оказания медицинской помощи и ведением документов военного медицинского учета.

3.13.1. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ СТРУКТУРА И ШТАТ ВОЕННОГО ПОЛЕВОГО ГОСПИТАЛЯ

Организационная структура ВПГ представлена управлением, основными подразделениями и подразделениями обеспечения.

Управление ВПГ включает: командование, медицинскую часть, секретную часть, отделение кадров и строевое, финансовую службу, отдел МТО.

Командование ВПГ составляют: начальник ВПГ, заместитель начальника ВПГ по идеологической работе, начальник юридической службы, заместитель начальника госпиталя по медицинской части — начальник медицинской части, заместитель начальника госпиталя по МТО.

Заместитель начальника госпиталя по медицинской части — начальник медицинской части и заместитель начальника госпиталя по МТО одновременно являются начальниками соответствующих подразделений управления ВПГ.

Начальник ВПГ в своей работе руководствуется приказами (распоряжениями) начальника ВМУ МО, в которых указываются: сроки, порядок перемещения и район размещения госпиталя; предполагаемое число и структура контингентов раненых и больных, поступающих в госпиталь, сроки их лечения, порядок эвакуации; организация и порядок проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, а также мероприятий по защите от ОМП, охране и обороне госпиталя; порядок снабжения кровью и ее препаратами, материальными средствами; организация инженерного оборудования и обеспечения водой; выделяемые силы и средства усиления; организация связи и порядок представления донесений.

Под руководством заместителя начальника госпиталя по медицинской части — начальника медицинской части осуществляются планирование лечебно-диагностической и профилактической работы в госпитале, боевое слаживание и специальная подготовка медицинского состава основных подразделений.

Медицинская часть ВПГ представлена: заместителем начальника госпиталя по медицинской части — начальником медицинской части, главной медсестрой, фельдшером (секретарь ВВК), медсестрой (по диетическому питанию), медсестрой (статистиком).

Медицинская часть организует и обеспечивает работу лечебно-диагностического отделения госпиталя, соблюдение в госпитале единых принципов обследования, лечения и реабилитации раненых и больных, проведение военно-врачебной экспертизы. Медицинская часть организует и контролирует правильность ведения документов медицинского учета и отчетности госпиталя, разрабатывает инструкции (дежурному по госпиталю, по ликвидации последствий применения противником ОМП и др.), графики работы и дежурства медицинского персонала. Инструкции и графики подписываются заместителем начальника госпиталя по медицинской части — начальником медицинской части и утверждаются начальником госпиталя. Истории болезни и другие медицинские документы на выписанных из госпиталя или на умерших раненых и больных хранятся в медицинской части до передачи их в архив в установленном порядке.

Секретная часть ВПГ представлена начальником части и двумя писарями. Часть обеспечивает ведение и представление донесений в ВМУ, хранение нормативно-правовых документов, документов учета, отчетности и служебной переписки.

Отделение кадров и строевое ВПГ составляют начальник отделения, ответственный исполнитель, делопроизводитель и писарь. Отделение осуществляет подбор, расстановку, учет л/с ВПГ, а также лиц гражданского персонала, непосредственно организует и ведет кадровую работу в ВПГ.

Финансовая служба ВПГ представлена начальником службы, главным бухгалтером и бухгалтером. Служба планирует и обеспечивает полное и своевременное удовлетворение денежными средствами, контролирует законное и экономное использование поступающих в учреждения денежных средств, а также соблюдение финансовой и штатной дисциплины.

Отдел материально-технического обеспечения ВПГ составляют: заместитель начальника госпиталя по МТО, начальник автомобильной службы, началь-

ник продовольственной и вещевой службы, начальник службы КЭС, техник (по горюче-смазочным материалам), бухгалтер и делопроизводитель. Отдел планирует и организует обеспечение подразделений ВПП материальными средствами и техникой.

Основные подразделения ВПП представлены:

– *лечебно-диагностическими отделениями (не коечными)*: приемно-сортировочным, стоматологическим, диагностическим, патологоанатомическим, отделением заготовки крови;

– *лечебно-диагностическими отделениями (коечными)*: двумя хирургическими на 60 коек каждое, травматологическим на 60 коек, анестезиологии и реанимации на 30 коек, терапевтическим на 50 коек, психоневрологическим на 20 коек, инфекционным на 20 коек.

3.13.2. СХЕМА РАЗВЕРТЫВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВПП

Госпиталь развертывается в полосе ответственности оперативного объединения на отдельном эвакуационном направлении, на удалении от переднего края, обеспечивающем оказание медицинской помощи раненым и больным в установленном объеме и в определенные сроки, не превышающие 6–8 часов от момента ранения (поражения) для оказания КМП.

Госпиталь может развертываться в населенном пункте и вне населенного пункта. Площадка для госпиталя должна быть размером 300 × 400 м. Для подготовки 1-й очереди госпиталя к приему раненых требуется 3–4 часа. Для полного развертывания всех подразделений вне населенного пункта необходимо в среднем 8–10 часов летом и 10–12 часов зимой, в населенном пункте — 6–8 часов. Размещение функциональных подразделений госпиталя должно обеспечить наибольшие удобства для работы персонала.

ВПП можно представить в виде трех функциональных модулей. **Модуль управления** развертывается взводом связи, представлен командно-штабной машиной и радиостанцией.

Лечебно-диагностический модуль развертывается личным составом лечебно-диагностических отделений (коечных и не коечных):

1. ПСО развертывает в своем составе: сортировочную площадку с запасом носилок и приспособлениями для осуществления МС раненых и больных, поступивших в госпиталь с передовых ЭМЭ, палатку для агонирующих, эвакуационную палатку, сортировочную палатку для легкораненых, сортировочную палатку для тяжелораненых, сортировочную палатку для больных.

2. Диагностическое отделение развертывает лабораторию в палатке (в кунге авто) и рентгенодиагностический кабинет (на базе Зил-131).

3. Площадка специальной обработки развертывается силами ПСО в составе площадки для полной санитарной обработки л/с и специальной обработки транспорта.

4. Хирургические отделения развертывают операционный блок и палатки с расчетом по 60 раненых и больных хирургического профиля в каждом отделении, автоперевязочные.

5. Травматологическое отделение разворачивает палатки на 60 раненых травматологического профиля.

6. Терапевтическое отделение в своем составе разворачивает палатки для 50 терапевтических больных.

7. Инфекционное отделение разворачивает две палатки — изоляторы для больных с воздушно-капельной инфекцией и кишечными инфекциями.

8. Психоневрологическое отделение разворачивает психоизолятор для раненых и больных с реактивными состояниями, психотравмой.

9. Стоматологическое отделение разворачивает палатку с зубохирургическим креслом для оказания стоматологической помощи.

10. Патологоанатомическое отделение разворачивает палатку-морг для работы личного состава отделения.

Модуль обеспечения разворачивается подразделениями обеспечения в составе:

1. Аптека разворачивает палатки: медицинский склад, материальную и прицеп СДП.

2. Отделение заготовки крови.

3. Клуб.

4. Взвод обеспечения разворачивает прачечную, столовую, электростанцию, склады, парк транспортных машин с контрольно-техническим пунктом.

5. Автомобильная рота располагается на территории парка в готовности к совершению марша (эвакуация раненых и больных на специализированные больничные койки МЗ и (или) получение материальных средств из довольствующих органов).

Практическая деятельность госпиталя организуется в соответствии с приказами (директивами) МО РБ, начальника ГШ ВС — 1-го заместителя МО, заместителя МО по тылу — начальника тыла ВС и распоряжениями начальника ВМУ МО, а также приказами и распоряжениями начальника госпиталя, в которых определяются: группировка войск, в интересах которой действует госпиталь; эвакуационное направление для группировки войск; прогнозируемое количество и структура раненых и больных, поступающих в госпиталь, и сроки их лечения; порядок эвакуации раненых и больных за пределы госпиталя; выделяемые силы и средства усиления подразделений госпиталя; порядок снабжения материальными средствами госпиталя; организация защиты, охраны и обороны и защиты госпиталя от ОМП; организация связи с вышестоящим органом военного управления и порядок представления донесений.

Работа в госпитале организуется в военном конфликте в соответствии с двумя основными периодами его деятельности: период поступления раненых и больных (период заполнения функциональных подразделений госпиталя) и период лечения раненых и больных в соответствии с установленными сроками.

3.13.2.1. Приемно-сортировочное отделение

Приемно-сортировочное отделение представлено: начальником отделения, врачом-хирургом, врачом-терапевтом, врачом-инфекционистом, 2 фельдшерами, старшей медсестрой, 4 медсестрами, 2 СИ-регистраторами, СИ-дозиметристами, СИ-дезинфекторами, старшим санитаром, 7 санитарями, младшей медсестрой (сестрой-хозяйкой). Всего 24 чел.

В ПСО осуществляется: прием, временное размещение, регистрация, МС поступивших раненых и больных; выявление и изоляция инфекционных больных; выявление раненых и больных, имеющих заражение открытых участков тела и обмундирования радиоактивными, ОВ и БС, нуждающихся в специальной обработке; санитарная обработка поступивших раненых и больных, специальная обработка их обмундирования и личных вещей, а также дезактивация, дегазация и дезинфекция транспорта, доставившего раненых и больных; оказание неотложной медицинской помощи нуждающимся раненым и больным; подготовка раненых и больных к эвакуации в другие лечебные учреждения.

Сортировочный пост размещается у въезда на площадку ВПГ. Он оборудуется флагом с изображением Красного Креста, шлагбаумом, указателями с надписью «МЕДИЦИНСКИЙ ПУНКТ», «СОРТИРОВОЧНЫЙ ПОСТ», «СТОП», средствами для подачи звуковых сигналов, таблицей с сигналами оповещения и оснащается приборами радиационной и химической разведки. В темное время суток вывешивается фонарь с красным крестом.

Сортировочная площадка (СПл) оборудуется непосредственно перед сортировочными ВПГ. Размер СПл — не менее 30×30 м с таким расчетом, чтобы на ней можно было разместить в 2–3 ряда подставки под носилки, скамьи и обеспечить въезд и движение по ней транспорта с ранеными и больными.

Работа сортировочных бригад. На сортировочной площадке раненые и больные выгружаются из автомобилей. В теплое время года здесь их размещают, проводят МС, оказывают нуждающимся неотложную медицинскую помощь, регистрируют, направляют для оказания необходимой медицинской помощи в соответствующие лечебные отделения или в эвакуационную, где готовят к дальнейшей эвакуации. Для оказания медицинской помощи на СПл следует иметь переносный столик с лекарственными средствами и необходимым инструментарием, перевязочный материал, транспортные шины, кислородные ингаляторы, аппарат ИВЛ.

На СПл работает сортировочная бригада, состоящая из врача, двух средних медицинских работников и двух регистраторов. Для переноски раненых привлекается 1–2 звена санитаров-носильщиков. При необходимости для работы на СПл привлекаются терапевт и психоневролог, а в период одномоментного поступления большого числа раненых создаются дополнительные сортировочные бригады за счет временного привлечения личного состава из других подразделений.

Снятые с транспортных средств носилочные раненые и больные размещаются рядами на подставках или подручных средствах (например, двух параллельно положенных бревнах). Ходячие раненые и больные размещаются отдельно на скамейках.

На СПл (при плохой погоде — в сортировочной палатке) сортировочная бригада проводит МС. Она начинается с быстрого обхода и осмотра всех раненых и больных с целью выявления тех из них, кто нуждается в немедленном оказании неотложной врачебной помощи в операционно-перевязочном отделении. Эти раненые сразу направляются в центральный операционный блок, получив при необходимости соответствующую неотложную помощь на сортировочной площадке (в приемно-сортировочной).

В результате МС на СПл (в сортировочной) раненых и больных хирургического профиля разделяют на несколько групп.

При поступлении каждой партии раненых, прежде всего, в порядке выборочной сортировки выявляют: **нуждающихся в неотложной помощи** (асфиксия, признаки наружного или внутреннего кровотечения, наложенный жгут, эвентрация органов живота, травматический или ожоговый шок, анаэробная инфекция). Их незамедлительно направляют в соответствующие функциональные подразделения — операционную, перевязочную для тяжелораненых, отделение анестезиологии и реанимации, анаэробную. После этого проводится медицинская (внутрипунктовая и эвакуационно-транспортная) сортировка в порядке очереди.

МС осуществляется, как правило, без снятия повязок — на основании опроса и осмотра раненого (внешний вид, состояние сознания, частота и характер дыхания, пульс, артериальное давление, локализация раны), учета данных первичной медицинской карточки. Медицинская сестра выполняет указания врача, регистратор вносит соответствующие записи в книгу учета раненых и первичную медицинскую карточку. Результат сортировки обозначается соответствующей сортировочной маркой, прикрепляемой к раненому.

Раненые, нуждающиеся в неотложных полостных вмешательствах, направляются в операционную. При отсутствии в операционной свободных столов раненые из этой группы, имеющие симптомы шока, направляются в палату интенсивной терапии для раненых, а без признаков шока — в предоперационную. Раненые в конечности, нуждающиеся в неотложной операции и реаниматологической помощи, направляются, соответственно, в перевязочную для тяжелораненых или в палату интенсивной терапии для раненых.

Раненые с признаками анаэробной инфекции направляются непосредственно в анаэробную палату, размещенную в терапевтическом отделении.

Агонирующие раненые направляются в палату проведения симптоматической терапии госпитального отделения.

В отношении раненых, **не нуждающихся в квалифицированной хирургической помощи**, сразу решаются вопросы эвакуационно-транспортной сортировки: в какой госпиталь, каким транспортом, в какую очередь и в каком положении должен быть отправлен раненый.

Эти раненые эвакуируются по назначению непосредственно из сортировочно-эвакуационного отделения. Перед эвакуацией им оказывается первая врачебная помощь, если она не была оказана ранее либо оказывалась не в полном объеме.

Палатки для обеспечения потока легкораненых оборудуются нарами и скамейками. В них размещаются столы с соответствующими медикаментами, перевязочными материалами и столы для хозяйственных предметов, пищи, воды.

МС ходячих раненых осуществляется по типу амбулаторного приема: санитар по очереди подводит раненых к столу врача, где ставится диагноз и осуществляются необходимые назначения. В первую очередь выявляют «непрофильных» раненых, которых переводят в поток носилочных раненых.

Сортировка осуществляется преимущественно без снятия повязок. Лишь в отдельных случаях для уточнения диагноза или при необходимости оказания врачебной помощи (остановка кровотечения, замена повязки и др.) раненые

направляются в перевязочную для легкораненых. В составе ГО разворачивается палатка для размещения легкораненых со сроками лечения от 10 до 30 суток. Легкораненые со сроками лечения от 30 до 60 сут. направляются в 432 ГВКМЦ и (или) УЗ МЗ.

МС раненых и больных терапевтического профиля осуществляется исходя из следующих принципов:

1. Выделение опасных для окружающих. К пораженным и больным, представляющим опасность для окружающих и нуждающихся в направлении на санитарную обработку или в изоляции, относятся:

- а) пораженные стойкими ОВ (ФОВ, иприты);
- б) инфекционные больные и лица с подозрением на инфекционные заболевания;
- в) больные с выраженными нервно-психическими нарушениями (психозами);
- г) лица с загрязнением кожи и обмундирования РВ свыше предельно допустимого уровня.

2. Определение нуждаемости в медицинской помощи, месте и очередности ее оказания. В первую очередь выделяются лица, нуждающиеся в неотложной помощи на данном этапе, и определяется функциональное подразделение, где эта помощь должна быть оказана на этапе КМП. Выделяют также лиц, подлежащих направлению в команду выздоравливающих (легкопораженные и легкобольные со сроками лечения 5–10 суток).

3. Возможность и целесообразность дальнейшей эвакуации с учетом вида транспортных средств, очередности и способа транспортировки, начиная с этапа КМП и эвакуационного назначения.

Сортировочные палатки ВПГ предназначены для приема, размещения, регистрации раненых и больных, проведения МС, оказания первой врачебной помощи раненым, не нуждающимся в направлении в перевязочную; согревания и питания раненых и больных.

В сортировочных оценивают состояние раненого (сознание, частота и ритм дыхания, цвет кожных покровов и слизистых оболочек); измеряют пульс и артериальное давление, наполняемость капилляров; при необходимости проводят перкуссию, пальпацию и аускультацию груди и живота; осматривают повязки. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий в сортировочной включает введение столбнячного анатоксина, антибиотиков, обезболивающих средств. По показаниям вводятся сердечно-сосудистые и дыхательные аналептики, проводятся ингаляции кислорода, ИВЛ, исправляются ранее наложенные шины и повязки.

При поступлении в ВПГ пораженных отравляющими и высокотоксичными веществами вводят антидоты, противосудорожные, дыхательные и сердечные средства, проводят ингаляцию кислорода и ИВЛ. При поражениях ОВ типа иприт на пораженные участки кожи накладываются повязки с лекарственными средствами, промываются глаза, желудок, даются адсорбенты.

При поражении военнослужащих ионизирующим излучением производится купирование первичной реакции.

Сортировочные оборудуют из расчета одновременного размещения не менее 15 носилочных и ходячих раненых. В палатке оборудуют стол для регистра-

тора, на котором должны быть первичные медицинские карточки, книга учета раненых и больных, сортировочные марки.

Сортировочная для тяжелораненых предназначена для приема, регистрации, временного размещения тяжелораненых; проведения МС, оказания первой врачебной помощи раненым, не нуждающимся в направлении в перевязочную для тяжелораненых; сосредоточения раненых, ожидающих очереди в перевязочную; обогрева (защиты от перегревания) раненых, ухода за ними.

Сортировочная для легкораненых и сортировочная для больных предназначены: для приема, регистрации, временного размещения поступивших в ВПП легкораненых и больных; выявления раненых и больных, представляющих опасность для окружающих; оказания нуждающимся неотложной медицинской помощи; проведения внутripунктовой и эвакуационно-транспортной МС; подготовки нуждающихся к эвакуации в ГВКМЦ и лечебные учреждения Министерства здравоохранения.

Эвакуационная предназначена для временного размещения и подготовки к эвакуации раненых и больных, ожидающих эвакуации в ГВКМЦ и лечебные учреждения Министерства здравоохранения, а также предоставления им кратковременного отдыха и питания, медицинского контроля за их общим состоянием, подготовки к дальнейшей эвакуации, контроля за полнотой оформления медицинской документации, учета эвакуируемых, доставки их к транспорту и размещении на нем. Эвакуационная может размещаться в палатке УСБ-56 (УЗ-68) или приспособленном для этого укрытии.

В случае размещения эвакуационной в палатке в оснащение входят: подставки под носилки, скамьи складные, стол и стул хозяйственные, умывальник, стол для лекарственных и перевязочных средств, предметы ухода за ранеными, одеяла, спальные мешки. У заднего тамбура эвакуационной палатки устраивается навес для обменного фонда носилок. Вблизи эвакуационной в укрытом и замаскированном месте оборудуют площадку для стоянки транспорта, отрывают капониры, защищающие транспорт от осколков бомб и снарядов.

В эвакуационной работают фельдшер или медицинская сестра, а также санитары. В эвакуационной необходимо постоянно вести опрос, выявление жалоб на усиление, изменение характера болей; оценку общего состояния (степень нарушения сознания, признаки неадекватности); контроль пульса, артериального давления, частоты дыхательных движений, температуры тела, состояния повязок и иммобилизации, характера и количества отделяемого из ран в динамике.

Лечебно-профилактические мероприятия, проводимые в эвакуационной: при отсутствии противопоказаний, — утоление жажды, питание; по показаниям — повторное введение анальгетиков, дыхательных и сердечных аналептиков, продолжение инфузионной терапии; контроль за наличием и состоянием медицинской документации, при необходимости ее дооформление.

Подготовка раненых и больных к дальнейшей эвакуации включает инъекции наркотических средств, сердечных и дыхательных аналептиков, различных сывороток, антидотов, а также дачу кислорода, исправление повязок и транспортной иммобилизации.

Эвакуационная для тяжелораненых в ВПП предназначена для их временного размещения и проведения предэвакуационной подготовки. В ней работают фельдшер, медицинская сестра, санитар. Для погрузки на транспортные средства выделяется звено санитаров. Эвакуации в первую очередь подлежат тяжелораненые, нуждающиеся в неотложных мероприятиях КМП.

Эвакуационная оснащается необходимым имуществом для оказания медицинской помощи тяжелораненым, аппаратом ИВЛ «ДАР-05», оборудуется станками для размещения носилок, столами для медикаментов, перевязочного материала, регистрации, хозяйственных принадлежностей, позволяющих обеспечить тяжелораненым уход и согревание.

Предэвакуационная подготовка тяжелораненых должна включать: переливание кровезамещающих растворов, инъекции обезболивающих средств, сердечных и дыхательных analeптиков, ингаляцию кислорода, ИВЛ; исправление повязок; наложение и исправление транспортных шин; повторное применение средств профилактики раневой инфекции; опорожнение мочевого пузыря и кишечника; кормление раненых и больных; заполнение необходимой документации.

Эвакуационная для легкораненых и больных предназначена для временного размещения легкораненых и больных и подготовки их к эвакуации. В эвакуационной работает один из фельдшеров и санитар. Они готовят легкораненых и больных к дальнейшей эвакуации (проводится подбинтовывание, исправление повязок, обеспечивается согревание и питание легкораненых и больных, при необходимости вводятся сердечные и болеутоляющие средства), организуют их погрузку на транспортные средства.

Эвакуационная оборудуется станками для многоярусного размещения раненых и больных, скамейками, столами для медикаментов, регистрации, хозяйственных принадлежностей.

Для погрузки раненых и больных на транспортные средства привлекаются 1–2 звена санитаров. Фельдшер осуществляет контроль за состоянием раненых и больных, подготавливает их к дальнейшей эвакуации (введение при необходимости болеутоляющих, сердечных средств, исправление повязок, согревание и питание), организует погрузку раненых и больных на транспортные средства.

Отделение специальной обработки развертывается для полной санитарной обработки поступающих в ВПП раненых и больных, имеющих заражения РВ, ОВ и БС выше предельно допустимых и безопасных уровней, а также для частичной дегазации, дезактивации и полной дезинфекции обмундирования, средств защиты, обуви и снаряжения раненых и больных, доставившего их транспорта и санитарных носилок.

ОСО развертывается силами личного состава ПСО с привлечением сил и средств СЭЛ, в связи с чем все силы и средства, задействованные для работы на площадке специальной обработки, входят в состав функционального подразделения ВПП как функциональное ОСО.

Кроме указанных мероприятий в ОСО пострадавшим оказывается медицинская помощь по неотложным показаниям: вводятся антидоты, противосудорожные, сердечно-сосудистые, обезболивающие, противорвотные и другие симптоматические средства, производится очистка дыхательных путей от слизи, рвотных масс, ИВЛ, оксигенотерапия.

Санитарная обработка тяжелораненых и тяжелобольных осуществляется частично и заключается в простом протирании влажным полотенцем (марлевыми тампонами) с последующим переодеванием в чистое белье. После проведения полной санитарной обработки тяжелопострадавших перекалывают на чистые носилки и переносят их в одевальное помещение, а зараженные носилки доставляются на ПСО имущества. Легкопострадавшие проводят полную санитарную обработку самостоятельно. В зависимости от тяжести состояния пострадавших пропускная способность ОСО может достигать 15–25 человек в час.

Руководит работой ОСО фельдшер из штата ПСО, в помощь которому выделяется СИ-дозиметрист и СИ-дезинфектор, а также необходимое количество л/с из подразделений ВПП и из числа легкораненых или выздоравливающих.

Для развертывания ОСО необходимо: палатки — 1 палатка УСБ-56 и 1 УСТ-56 (возможный вариант — три палатки УСТ-56), комплект СО «Санитарная обработка», комплект В-5 «Дезинфекция», ДДУ на базе прицепа одноосного — ДДП-2 или автомобиля — ДДА-66 (на базе ГАЗ-66), ДДА-2(3) (на базе ЗИЛ, КАМАЗ), ведра, тазики, типовое медицинское оснащение ЭМЭ (стойки универсальные, держатели таза и умывальника, умывальники, стол, скамейки и табуреты складные, флаконодержатели), кислородные ингаляторы, хозяйственное, а также средства для оказания неотложной медицинской помощи (перевязочные материалы, антидоты, жгуты и др.).

Кроме типового табельного оснащения необходимо подготовить для оборудования площадки следующее имущество: занавес разгораживающий для ограничения пространства моечной, решетка под ноги (можно заменить резиновыми ковриками), пирамиду или ящик для сбора оружия, вешалки, носилки сетчатые, вешалки.

Отделение развертывается на удалении 25–50 м от других функциональных подразделений ЭМЭ с подветренной стороны, по возможности вблизи источника воды, которую можно использовать для проведения полной санитарной обработки.

В составе ОСО развертывают площадки санитарной обработки пораженных, специальной обработки обмундирования и имущества, специальной обработки транспорта.

Площадка санитарной обработки создается по типу санитарного пропускника, имеет сортировочную площадку, раздевальню, моечную и одевальную. В зимнее время на площадке санитарной обработки раздевальня, моечная и одевальная развертывается в палатках или в других помещениях. В летнее время раздевальная и одевальная могут быть развернуты на открытом воздухе или под навесом. Раздевальня, моечная и одевальная развертываются в помещениях или палатках типа УСТ-56 и УСБ-56. Для раздевальной устанавливается палатка УСТ-56. Моечная и одевальная могут быть развернуты в одной палатке УСБ-56 или же каждая в отдельной палатке УСТ-56. Между тамбурами раздевальной и моечной делается разрыв («воздушный коридор», который достигается закреплением плащ-накидок на стойках) в 2–3 м, чтобы пары ОВ не проникали в моечную.

При неблагоприятных погодных условиях (низкая температура воздуха, сильный ветер и т. д.) на сортировочной площадке ОСО развертывается сорти-

ровочная палатка, в которой сосредоточиваются пострадавшие, нуждающиеся в санитарной обработке.

Перед раздевальной отводятся места для разгрузки транспорта, доставившего пораженных, и для сбора снимаемого с них обмундирования и снаряжения. Для руководства движением и разгрузкой прибывающего в ОСО транспорта выделяется санитар или санитарный инструктор. Он же направляет легкопораженных, способных самостоятельно выполнять частичную дезактивацию (дегазацию) обмундирования, на площадку, предназначенную для этой цели. С остальных пораженных, направляемых непосредственно в раздевальню, санитар снимает снаряжение, а также, при возможности, часть верхнего обмундирования (шинели, головные уборы, иногда обувь). Легкопораженные, которые самостоятельно проделали частичную дезактивацию (дегазацию), в последующем также направляются в раздевальню.

Руководит работой сортировочной площадки ОСО, движением и разгрузкой прибывающего в отделение транспорта санитар или санитарный инструктор. Легкопораженные, способные выполнять частичную дезактивацию (дегазацию) обмундирования, выполняют ее сами. Остальных пораженных обрабатывают санитары.

Легкопораженные, которые самостоятельно проделали частичную дезактивацию (дегазацию) жидкостью ИПП-11, в последующем также направляются в раздевальню. В дальнейшем после проведения частичной дезактивации (дегазации) фельдшер осуществляет сортировку поступивших раненых, и результаты сортировки закрепляются марками:

- ПСО-1 — полная санитарная обработка в 1-ю очередь (зараженные ФОВ и бактериальными средствами);
- ПСО-2 — полная санитарная обработка во 2-ю очередь (зараженные ОВ кожно-нарывного действия);
- ЧСО — частичная санитарная обработка (зараженные РВ).

Раздевальня предназначена для приема, регистрации, определения объема и очередности санитарной обработки в соответствии с характером ранения, степенью заражения ОВ, РВ, БС пораженных, оказания им неотложной медицинской помощи по жизненным показаниям и подготовки их к санитарной обработке.

В раздевальне оборудуются места для носилочных и для сидячих пораженных. Здесь производят дозиметрический контроль, осмотр пораженных для решения вопроса об очередности и способе их санитарной обработки (мытьё под душем, обработка средствами специальной обработки или комбинированным способом), при необходимости снимают верхние слои повязки, исправляют плохо наложенные повязки и шины, промывают пораженному глаза и полость рта, оказывают неотложную медицинскую помощь, вводят по показаниям пострадавшим антидоты (будаксим, афин, атропин), противосудорожные препараты (феназепам) и симптоматические средства (анальгетики), осуществляют подготовку пораженных к направлению в моечную (обмундирование, белье и повязки защищают водонепроницаемыми чехлами). Раздевальня обычно разворачивается в одной малой палатке. В тех случаях, когда ожидается массовое поступление пораженных, емкость раздевальни увеличивается или отводятся дополнительные места для ожидающих санитарную обработку.

В раздевальне организуется место для принятия от пораженных документов, ценностей и оружия. Если частичная санитарная обработка на сортировочной площадке ОСО с использованием жидкости ИПП-11 или дегазирующим порошком табельных пакетов ДПС-1 (ДПС, ДПП) проведена не была, то она проводится непосредственно перед раздевальной. Пораженным крайне тяжелой степени полная санитарная обработка противопоказана, поэтому ограничиваются ЧСО со сменой белья и обмундирования.

В раздевальной работают фельдшер, регистратор-парикмахер, 2 санитар-раздевальщика, 2 санитар-носильщика. Раздевальня ОСО оснащается комплектами СО и В-5, а также ИПП, ШР, ВПХР, ПК-56, ДПС-1, антидотами в ампулах, противосудорожными, противорадиационными и противоболовыми средствами в ампулах. При приеме пораженных ХО личный состав в раздевальной работает в противогазах, импрегнированном обмундировании, в защитных перчатках и чулках, фартуках и нарукавниках.

Моечная предназначена для проведения мытья всех поступивших теплой водой с мылом, а в необходимых случаях могут быть применены дегазирующие средства. Пораженные моются самостоятельно без помощи санитаров, а тяжелопораженных моют санитары на специально приспособленных носилках.

Моечная размещается в отгороженной части палатки типа УСБ-56. С одной стороны оборудуются места с перфорированными носилками (на прорезиненной основе) и переносными душевыми сетками для помывки теплой водой тяжелопораженных, с другой — для помывки ходячих легкопораженных под душевым прибором установки ДДА. Моечная оснащается емкостями с дегазирующими, дезактивирующими растворами, тазами, мочалками и запасом мыла (из комплекта СО).

В моечной работают 2 санитар-душера и водитель-дезинфектор установки ДДА в защитных очках, анатомических перчатках, нарукавниках и фартуках.

Полная санитарная обработка при поражениях ОВ включает обмывание тела теплой водой (подогретой до 35–40 °С) с мылом (для удаления с кожных покровов продуктов взаимодействия ОВ с дегазирующими веществами, избытка дегазатора или оставшегося ОВ) и замену белья.

Одновременно в моечной можно подвергать санитарной обработке 2 носилочных или 2–3 сидячих пораженных ОВ. Пропускная способность моечной в среднем — 20–25 человек в час. Из моечной пораженные направляются в одевальную. Раздельность потоков носилочных и ходячих сохраняется.

Одевальная развешивается с целью определения полноты санитарной обработки путем проведения дозиметрического контроля и установления необходимости повторной санитарной обработки, а также для одевания раненых (пораженных) в чистое белье, обмундирование и направление в соответствующие функциональные подразделения омеда.

Одевальная размещается в большей части палатки УСБ-56. В ней производится контроль полноты санитарной обработки при заражении ОВ, одевание пораженных, выдача им документов, противогазов, обуви (после обеззараживания), оказание при необходимости неотложной медицинской помощи и внутрипунктовая сортировка, если в одевальную выделяется врачебно-сестринская бри-

гада. С помощью сортировочных марок обозначается, в какое функциональное подразделение медр должен быть направлен пострадавший и в какую очередь.

Одевальная оснащается средствами оказания неотложной медицинской помощи (антидоты, противосудорожные, противорадиационные и противоболевые средства в ампулах), кислородным ингалятором КИ-4, радиометром-рентгенометром ДП-5В (ИМД-1), сортировочными марками, обменным фондом белья и обмундирования, теплыми одеялами, скамейками, подставками для носилок, предметами ухода за больными. В одевальной работают санитарный инструктор-дозиметрист, санитары-одевальщики и два санитаря-носильщика. При необходимости для работы в одевальную выделяются 1–2 врачебно-сестринские бригады.

Площадка специальной обработки обмундирования и имущества разворачивается для проведения специальной обработки обмундирования и имущества пораженных и больных, а также носилок и оборудуется на удалении 50–80 м от площадки санитарной обработки с подветренной стороны. Ее размеры, как правило, не превышают 100 м². Площадка делится на «грязную» и «чистую» половины. Из оснащения на площадке имеются дегазационные приборы автомакс, гидропульт, радиометрическая аппаратура, дегазирующие, дезактивирующие растворы, табельные рецептуры и дезинфицирующие средства, а также ведра, крюки и др.

На площадке специальной обработки обмундирования и имущества работают санитарный инструктор-дозиметрист, 1–2 санитаря и несколько солдат из команды выздоравливающих. На площадке выделяются места для дезинфекции обмундирования и имущества и оборудуются приспособления для развешивания обмундирования и белья. Наиболее простыми способами дезактивации, применяемыми на площадке, являются чистка щетками, выколачивание, проветривание, обтирание водой с растворителями. После дезактивации предметы обмундирования подвергаются дозиметрическому контролю. Дезинфекция обмундирования осуществляется в камерах дезинфекционно-душевой установки, а также с помощью дезинфицирующих средств.

На «грязной» половине оборудуются места для дезактивации обмундирования. Для размещения зараженных лицевых частей противогазов и обуви устанавливают специальные стойки или колья, а для обмундирования — столы или стеллажи. На «чистой» половине размещают стеллажи для обезвреженных противогазов и обмундирования.

На площадке работает СИ-дезинфектор, в помощь которому выделяется несколько солдат из команды выздоравливающих.

Дегазацию обмундирования, снаряжения, обуви, средств индивидуальной защиты производят с помощью табельных дегазирующих рецептур и растворителей путем орошения из гидропульта или обработки смоченными тампонами с последующим протиранием насухо. При заражении обмундирования стойкими ОВ его дегазируют табельными порошковыми рецептурами (ДПС, ДПС-1 и др.).

Площадка специальной обработки автотранспорта разворачивается в районе ОСО в 10–15 м от площадки санитарной обработки. Здесь производится дегазация (дезактивация, дезинфекция) транспорта, на котором были доставлены пораженные. Площадка также делится на «грязную» и «чистую» половины.

На «грязной» половине имеются емкости, снаряженные табельными дегазирующими и дезактивирующими рецептурами, комплект ДК-4 (ИДК-1). Прибывшие сюда автомобили обрабатываются водителями под руководством санитаров. На «грязной» половине площадки обработка автомобилей производится на настилах, под которыми отрыты сточные канавки. В 2 м от площадки отрывают поглощающий колодец для сбора зараженных стоков. На «чистой» половине осуществляется контроль полноты дегазации и укомплектование автомобилей.

3.13.2.2. Лечебно-диагностические отделения (кабинеты) военного полевого госпиталя

Лечебно-диагностические отделения (кочные). Хирургическое отделение (2) развертывает 60 коек и имеет в штате: начальника отделения, 2 старших ординаторов, 2 врачей-анестезиологов-реаниматологов, старшую операционную медицинскую сестру, старшую медицинскую сестру, 4 операционных медицинских сестер, медицинскую сестру перевязочной, 2 медицинских сестер-анестезисток, медицинскую сестру процедурной, 6 медицинских сестер (постовых), медицинскую сестру автоклавной, сестру-хозяйку, 4 санитаров. Всего 29 чел.

Травматологическое отделение развертывает 60 коек и имеет в штате: начальника отделения, 2 старших ординаторов, врача анестезиолога-реаниматолога, старшую операционную медсестру, старшую медсестру, 2 операционных медицинских сестер, медицинскую сестру перевязочной, медсестру-анестезистку, медсестру процедурной, 6 медсестер (постовых), медсестру автоклавной, сестру-хозяйку, 4 санитаров. Всего 23 чел.

В лечебных отделениях ВПГ устанавливают окончательный диагноз ранения (заболевания), оказывают раненым и больным КМП и СМП, организуют их лечение и реабилитацию, а также подготовку к эвакуации для продолжения лечения в других лечебных учреждениях.

Квалифицированная хирургическая помощь (КХП) раненым и обожженным оказывается в двух хирургических и травматологическом отделениях и имеет своей целью выполнение оперативных вмешательств и неоперативных мероприятий, направленных на профилактику осложнений и борьбу с уже развившимися опасными осложнениями ранений, ожогов и комбинированных поражений. Кроме того, она предусматривает создание условий, ускоряющих выздоровление и способствующих получению наиболее благополучных функциональных результатов для возвращения максимального количества военнослужащих в строй.

Основным содержанием КХП является устранение последствий поражений, создающих угрозу жизни раненым, профилактика осложнений и подготовка к дальнейшей эвакуации. При оказании КХП предусматриваются группы мероприятий в зависимости от срочности их оказания: неотложные мероприятия; мероприятия, проведение которых может быть вынужденно отсрочено.

Неотложные мероприятия выполняются по поводу повреждений, создающих реальную угрозу жизни раненых. Отказ от выполнения этой группы мероприятий приведет к смертельному исходу или развитию крайне тяжелых осложнений.

К неотложным мероприятиям КХП (1-я группа) относятся: устранение асфиксии и поддержание адекватной вентиляции легких; окончательная оста-

новка наружного и внутреннего кровотечения; комплексная терапия тяжелого шока, острой кровопотери, травматического токсикоза, ожогового шока; некротомия при глубоких циркулярных ожогах груди, шеи и конечностей, сопровождающаяся нарушениями дыхания и кровообращения; операции (торакоцентез, торакотомия) при ранении груди с открытым и напряженным пневмотораксом, ранении сердца, ушивание открытого пневмоторакса; операции при анаэробной инфекции; лапаротомия при проникающих ранениях и закрытых повреждениях живота, при внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря и прямой кишки; декомпрессивная трепанация черепа при нарастающем сдавлении головного мозга; операции при ранении магистральных сосудов: наложение лигатуры, временное шунтирование или (при соответствующих условиях) шов сосуда; ампутация при отрывах и разрывах конечностей.

Мероприятия КХП, выполнение которых может быть *вынужденно отсрочено* (2-я группа), включают предупреждение возможных осложнений у раненых и создание благоприятных условий их быстрого излечения и возвращения в строй. Эти мероприятия подразделены на две подгруппы.

Первую подгруппу составляют мероприятия, отсрочка в выполнении которых приводит к жизненноопасным осложнениям: первичные ампутации при ишемическом некрозе конечности вследствие ранения магистральных сосудов; первичная хирургическая обработка ран, зараженных отравляющими и радиоактивными веществами, а также ран со значительными разрушениями мягких тканей, длинных трубчатых костей, магистральных сосудов; наложение надлобкового свища при повреждении внебрюшинного отдела мочевого пузыря и уретры; наложение колостомы при внебрюшинных повреждениях прямой кишки.

Вторая подгруппа включает хирургические вмешательства, которые могут быть вынужденно отсрочены, но при этом не исключается развитие тяжелых осложнений. Опасность их появления и распространения может быть уменьшена применением антибиотиков.

Ко второй подгруппе относятся: первичная хирургическая обработка ран мягких тканей; некротомия при глубоких циркулярных ожогах шеи, груди, конечностей, не вызывающих расстройства дыхания и кровообращения; туалет интенсивно зараженных ожоговых ран; обработка ран лица при лоскутных ранениях с наложением пластиночных швов; лигатурное связывание зубов при переломах нижней челюсти.

Как правило, КХП должна оказываться в полном объеме, с выполнением хирургических мероприятий обеих групп. Сокращение объема помощи осуществляется за счет частичного или полного отказа от мероприятий, выполнение которых может быть вынуждено отсрочено. Отсрочка в оказании хирургической помощи применяется после всесторонней оценки характера ранения, оценки общего состояния раненого, вероятности наступления тяжелых осложнений.

В случаях крайне неблагоприятной обстановки, при чрезвычайных обстоятельствах и невозможности задержки раненых в военном госпитале возможно выполнение только неотложных мероприятий квалифицированной хирургической медицинской помощи.

Терапевтическое отделение развертывает 50 коек и имеет в штате: начальника отделения, 2 старших ординаторов, старшую медицинскую сестру, процедурную медицинскую сестру, 5 медицинских сестер, сестру-хозяйку, 4 санитаров. Всего 15 чел.

В терапевтическом отделении госпиталя оказывается КМП пораженным с боевой терапевтической патологией и больным терапевтического профиля.

Основными задачами отделения являются: прием, размещение пораженных и больных; установление окончательного диагноза поражения или заболевания терапевтического профиля; диагностика поражений БОВ, сильнодействующими ядовитыми веществами (СДЯВ) у военнослужащих; оказание КМП больным терапевтического профиля; оказание КМП пораженным БОВ, СДЯВ; определение контингентов, подлежащих эвакуации для оказания СМП; оказание консультативной помощи раненым и пораженным, находящимся на лечении в отделениях хирургического профиля.

Направлению в ТО подлежат: пораженные БОВ, СДЯВ, больные ОЛБ в период разгара (для подготовки к дальнейшей эвакуации); больные с острыми и обострениями хронических заболеваний терапевтического профиля. В отделении могут проходить лечение также пораженные ОЛБ в период разгара с наличием легочных осложнений.

Мероприятия КТП в госпитале разделяют на две группы по срокам ее оказания: *неотложные* и *отсроченные*.

К состояниям, требующим проведения неотложных мероприятий КТП, относятся: купирование угрожающих жизни осложнений, заболеваний и поражений: судороги, коллапс, нарушения внутрисердечной проводимости, тяжелые нарушения сердечного ритма, гипертонический криз, асфиксия, тяжелый бронхоспазм, ларингоспазм, бронхопневмония, осложненная сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, колики различного происхождения, остановка дыхания; нарушения, препятствующие дальнейшей транспортировке больных: неоднократная рвота, резкий болевой синдром, острое реактивное состояние.

Полный объем КТП включает мероприятия первой и второй групп. При неблагоприятной обстановке объем помощи может быть сокращен до проведения неотложных мероприятий.

Неотложные мероприятия КТП включают: санитарную обработку пораженных при заражении ОВ; введение антидотов и противоботулинической сыворотки; комплексную терапию острой сердечно-сосудистой недостаточности, нарушений сердечного ритма; комплексную терапию острой дыхательной недостаточности; дегидратационную терапию при отеке головного мозга; коррекцию грубых нарушений кислотно-щелочного состояния и электролитного баланса; комплекс мероприятий при попадании внутрь отравляющих и других ядовитых веществ; введение обезболивающих, десенсибилизирующих, противорвотных, противосудорожных и бронхолитических средств; применение транквилизаторов, нейролептиков при острых реактивных состояниях; форсированный диурез; оксигенотерапию; управляемое дыхание; промывание желудка; применение специфических сывороток при поражениях токсинами; проведение неспецифической профилактики ООИ у пораженных (больных), поступивших из очага

биологического заражения; назначение противозудных средств при распространенных и притных дерматозах.

Мероприятия КТП, выполнение которых может быть отсрочено, включают: введение антибиотиков с профилактической целью; гемотрансфузию с заместительной целью; применение симптоматических медикаментозных средств.

СМП оказывается соответствующими врачами-специалистами с использованием специального лечебно-диагностического оснащения в специализированных отделениях госпиталя и носит исчерпывающий характер. Отличительной особенностью данного вида медицинской помощи является полный объем проводимых лечебных мероприятий, осуществляемых до окончательного исхода поражения, ранения или заболевания.

Отделение анестезиологии и реанимации развертывает 30 коек и имеет в штате: начальника отделения, 2 старших ординаторов, врача анестезиолога-реаниматолога, старшую медсестру, операционную медсестру, 4 медсестер-анестезисток, 6 медсестер, сестру-хозяйку, старшего санитаря, 4 санитаров. Всего 21 чел.

Психоневрологическое отделение развертывает 20 коек и имеет в штате: начальника отделения, старшего ординатора, старшую медсестру, 3 медсестер, 4 санитаров. Всего 15 чел.

Инфекционное отделение развертывается на 20 коек и имеет в штате: начальника отделения, старшего ординатора, старшую медсестру, 3 медсестер, сестру-хозяйку, 4 санитаров. Всего 11 человек. Предназначено для изоляции, госпитализации и лечения инфекционных больных в установленные сроки.

Лечебно-диагностические отделения (не коечные). Диагностическое отделение имеет в штате: начальника отделения (врач функциональной диагностики), старшего врача-лаборанта, врача-лаборанта, врача-бактериолога, врача-рентгенолога (функциональной диагностики), рентгенлаборанта, 2 лаборантов, лаборанта-бактериолога, старшую медсестру, сестру-хозяйку, санитаря. Всего 12 человек. Предназначено для диагностики ранений и заболеваний у военнослужащих, прибывших с передовых ЭМЭ в госпиталь. Развертывает рентгенкабинет и лабораторию в ПСО.

Стоматологическое отделение имеет в штате: начальника отделения, врача-стоматолога, старшую медсестру, медсестру, санитаря. Всего 5 чел. Предназначено для оказания стоматологической (хирургической и терапевтической) помощи всем нуждающимся — лечения патологии челюстно-лицевой области.

Отделение заготовки и переливания крови имеет в штате: начальника отделения (врач-перфузиолог), врача-перфузиолога, 2 медсестер, 2 лаборантов, санитаря. Всего 7 чел. Предназначено для заготовки и хранения цельной крови, развертывается и функционирует в отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

Патологоанатомическое отделение имеет в штате: начальника отделения, врача-патологоанатома, лаборанта, санитаря. Всего 4 чел. Предназначено для проведения патологоанатомических вскрытий тел умерших в госпитале военнослужащих, развертывается в отдельной палатке.

3.13.2.3. Подразделения обеспечения военного полевого госпиталя

К подразделениям обеспечения ВПГ относятся: аптека, автомобильная рота, взвод связи, взвод охраны, взвод обеспечения (электротехническое отделение, прачечная, столовая, склады), клуб.

Аптека в своем штате имеет начальника аптеки-провизора, провизора, фармацевта и санитаря (мойщика посуды и ампул). Аптека осуществляет получение, содержание установленных запасов медицинского имущества и бесперебойное их пополнение, изготовление и отпуск подразделениям госпиталя различных лекарственных форм, в том числе стерильных растворов, контроль за правильностью и рациональностью использования медицинского имущества.

Автомобильная рота имеет в штате:

– управление в составе командира роты, заместителя командира роты, старшего техника, старшины, водителя-радиотелефониста;

– 1-й автомобильный взвод (грузовых автомобилей) в составе командира взвода, заместителя командира взвода, командиров отделений, старших водителей-радиотелефонистов, водителей;

– 2-й автомобильный взвод (специальных автомобилей) в составе командира взвода, заместителя командира взвода, командиров отделений, старших водителей-радиотелефонистов, водителей, водителей-паропроводчиков, водителя-электрика;

– отделение технического обслуживания в составе командира отделения, старшего механика-аккумуляторщика, механика, водителя-механика.

АР обеспечивает перевозку личного состава и имущества военного госпиталя в район развертывания, осуществляет подвоз всего имущества, необходимого для обеспечения функционирования госпиталя.

Взвод связи представлен: командиром взвода, начальниками радиостанций, старшим радиотелеграфистом, радиотелеграфистами, радиотелефонистом, водителями-электриками, командиром отделения связи, старшим телефонистом, телефонистами-линейными надсмотрщиками. Взвод связи развертывает узел связи при управлении ВПГ и обеспечивает радио- и телефонную связь как с вышестоящим командованием, так и между подразделениями ВПГ.

Взвод охраны представлен: командиром взвода, заместителем командира взвода, командирами отделений, старшими стрелками, стрелками, пулеметчиками, гранатометчиками, водителем-радиотелефонистом. Взвод охраны предназначен для осуществления охраны и обороны госпиталя с целью не допустить проникновения противника и исключить внезапное его нападение на подразделения госпиталя.

Взвод обеспечения в своем составе имеет электротехническое отделение, прачечную, столовую и склады (вещевой, продовольственный, ГСМ). Силами и средствами взвода осуществляется материальное и техническое обеспечение подразделений госпиталя, банно-прачечное обслуживание, выделение сил и средств для выполнения задач инженерного обеспечения, захоронения умерших в госпитале.

Электротехническое отделение представлено командиром отделения — начальником электростанции, старшим электриком-мотористом, электриком-

дизелистом, электриком-мотористом и водителем-электриком. Электротехническое отделение осуществляет энергообеспечение подразделений, обеспечивает доставку топлива, оборудует инженерные укрытия для раненых и больных, проводит работы по маскировке госпиталя.

Прачечная представлена начальником прачечной, начальником электростанции, электриком-дизелистом, оператором (стиральных машин), сортировщиком (белья), разнорабочими, слесарем (сантехник) и кочегаром.

Столовая представлена начальником столовой, инструктором, старшим поваром и поварами. Столовая предназначена для обеспечения горячей пищей раненых и больных, а также личного состава госпиталя, содержания и выдачи питьевой воды.

Склады представлены продовольственным, вещевым и складом ГСМ; начальниками складов, кладовщиком, портным (по ремонту вещевого имущества) и сапожником. Склады осуществляют прием, хранение и выдачу продовольствия, техники, технических средств и имущества продовольственной службы, вещевого, коммунально-эксплуатационного, инженерно-технического имущества, обеспечивают организацию банно-прачечного обслуживания, водоснабжения и ремонт вещевого имущества.

Клуб представлен начальником клуба, библиотекарем и кинорадиомехаником. Клуб госпиталя предназначен для организации культурно-досуговой работы с постоянным и переменным составом ВПГ. Осуществляет свою деятельность на основе Положения о Домах офицеров, клубах в ВС.

3.14. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Санитарно-эпидемиологическая лаборатория соединения, санитарно-эпидемиологический центр — это основные учреждения в ВС РБ, обеспечивающие проведение санитарного надзора и ведомственного контроля за учебно-боевой и повседневной деятельностью военнослужащих ВС РБ и оказывающие помощь медицинской службе воинских частей в проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Санитарный надзор включает:

– изучение, оценку и прогнозирование состояния здоровья личного состава на основе анализа результатов медицинского обследования военнослужащих, вновь прибывших в воинскую часть, углубленных и контрольных медицинских осмотров, медицинского наблюдения в процессе боевой подготовки и диспансерного динамического наблюдения;

– проверку выполнения должностными лицами и отдельными военнослужащими требований по сохранению и укреплению здоровья личного состава;

– осуществление постоянного контроля за состоянием здоровья личного состава, участвующего в организации питания и водоснабжения;

– разработку предложений по организации профилактических и противоэпидемических мероприятий в меняющихся условиях оперативно-боевой и медицинской обстановки;

– оценку соблюдения санитарных правил на объектах военного труда, питания, водоснабжения, размещения, банно-прачечного обслуживания, при содержании территории;

– применение мер пресечения санитарных правонарушений и привлечение к ответственности лиц их совершивших.

Санитарный надзор за питанием организуется с целью обеспечения личного состава доброкачественными продуктами, а также для предупреждения заболеваний, связанных с недоброкачеством продовольствия или его заражением отравляющими, радиоактивными веществами и БС. По результатам этого надзора медицинская служба разрабатывает мероприятия, исключающие возможность возникновения заболеваний, связанных с неполноценным или недоброкачественным питанием (алиментарная дистрофия, авитаминозы, пищевые отравления и токсикоинфекции).

Санитарный надзор за водоснабжением имеет целью исключить использование личным составом недоброкачественной и зараженной воды. В современных условиях снабжение войск водой должно производиться только через пункты водоснабжения, использующие различные средства и способы обработки и обеззараживания воды. Более безопасным способом обеспечения личного состава питьевой водой является ее доставка в пластиковых бутылках емкостью 0,2–0,5 л. Для этих целей созданы комплексы для производства, упаковки, охлаждения и транспортировки питьевой воды.

Санитарный контроль за условиями обитаемости в фортификационных сооружениях и землянках, при этом особое внимание обращается на системы жизнеобеспечения (вентиляцию, отопление, кондиционирование воздуха, освещение, устройства для сбора, удаления мусора и нечистот), а также на поддержание благоприятных микроклиматических условий в помещениях в соответствии с установленными нормативами.

При современном уровне технической оснащенности войск санитарный надзор за условиями военного труда направлен на соблюдение гигиенических требований при работе с источниками ионизирующих и лазерных излучений, агрессивными жидкостями, с устройствами, образующими электромагнитные поля сверхвысоких частот.

Санитарный надзор за банно-прачечным обслуживанием военнослужащих, соблюдением ими правил личной гигиены имеет важное значение для сохранения боеспособности и профилактики заболеваний личного состава. Банно-прачечное обслуживание войск организует и проводит вещевая служба, которая имеет в своем распоряжении специально предназначенные для этого подразделения и учреждения, бани полевого типа. При отсутствии табельных средств в укрытиях, утепленных помещениях, землянках или утепленных палатках строятся бани полевого типа. При наличии показаний в период помывки производится дезинфекция и дезинсекция обмундирования.

Большее значение для сохранения здоровья военнослужащих и повышения их боеспособности, особенно при нахождении на территориях (театрах военных действий) с неблагоприятным СЭС, имеет гигиеническое воспитание и обучение военнослужащих. Оно организуется и проводится медицинской службой частей

(соединений) путем проведения бесед с личным составом в выделенное для этого время. К проведению бесед привлекается в первую очередь врачебный состав. Для индивидуального гигиенического воспитания используются амбулаторные приемы и медицинские осмотры. В военное время в гигиеническом воспитании большую роль могут сыграть обеспечение личного состава соответствующей литературой (памятками).

Результаты, полученные в процессе медицинского контроля, анализа состояния здоровья и заболеваемости личного состава, эпидемиологического обследования и санитарно-эпидемиологической разведки, являются основанием объективной оценки санитарно-гигиенического состояния части (соединения) на определенный период. Органы санитарного надзора осуществляют контроль за перечисленными выше мероприятиями.

3.14.1. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРИЯ

Санитарно-эпидемиологическая лаборатория входит в состав медицинской службы соединения.

В состав СЭЛ входят: начальник СЭЛ — эпидемиолог, врач-гигиенист, врач-бактериолог, лаборант (сержант), водитель (рядовой). Начальник СЭЛ является заместителем НМС соединения.

На СЭЛ возлагаются следующие *задачи*:

- проведение квалифицированной санитарно-эпидемиологической, радиационной, химической и бактериологической разведки в районе размещения (боевых действий) частей бригады;
- анализ общей и инфекционной заболеваемости личного состава, разработка предложений по проведению мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, сохранение и укрепление здоровья военнослужащих;
- осуществление санитарного надзора за условиями военного труда, выполнением санитарно-гигиенических норм размещения, питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания личного состава, перемещением войск, захоронением павших в бою и умерших воинов;
- осуществление ПЭМ, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в частях и подразделениях бригады;
- проведение санитарной экспертизы воды и пищевых продуктов;
- проведение мероприятий по защите личного состава от ОМП.

3.14.2. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР

СЭЦ осуществляет ведомственный контроль в масштабе ВС РБ.

На СЭЦ возложены следующие *задачи*:

- изучение, учет, анализ и прогнозирование состояния здоровья личного состава в связи с условиями его учебно-боевой деятельности, труда и быта;
- осуществление надзора за соблюдением санитарно-эпидемиологического законодательства в ВС, проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, соблюдение действующих санитарных правил и норм командирами (начальниками), другими должностными лицами;

– выявление причин и условий возникновения и распространения инфекционных, массовых неинфекционных заболеваний, отравлений и других нарушений здоровья военнослужащих;

– разработка обязательных для исполнения должностными лицами и всеми военнослужащими предложений по проведению мероприятий, обеспечивающих санитарно-эпидемиологическое благополучие войск;

– обеспечение информацией Министра обороны Республики Беларусь и его заместителей, начальников управлений и служб, командиров соединений, учреждений и воинских частей о состоянии среды обитания, условиях учебно-боевой деятельности, состоянии здоровья военнослужащих, санитарно-эпидемиологической обстановке в воинских коллективах и местах дислокации воинских частей;

– ретроспективный и оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости;

– применение санкций при нарушении санитарно-эпидемиологического законодательства и привлечение к ответственности лиц, их совершивших;

– ведение учета и анализа инфекционных, массовых неинфекционных заболеваний и отравлений, связанных с неблагоприятным влиянием на здоровье личного состава условий военной службы.

Организационно-штатная структура и организация работы СЭЦ. В соответствии с ОШС в состав СЭЦ входят: управление (командование, организационно-плановое отделение, финансовая служба, отделение МТО); основные подразделения (эпидемиологический и санитарно-гигиенический отделы, отдел радиологии, токсикологии и гигиены военного труда, микробиологический отдел); подразделения обеспечения (взвод обеспечения).

Управление: командование, организационно-плановое отделение, финансовая служба, отделение МТО.

Основные подразделения: эпидемиологический отдел — 6 врачей-эпидемиологов; санитарно-гигиенический отдел — 6 врачей-гигиенистов; отдел радиологии, токсикологии и гигиены военного труда — 2 врача-гигиениста, 1 врач-радиолог, 1 врач-токсиколог; микробиологический отдел — 4 врача-бактериолога, 2 врача-лаборанта.

Подразделения обеспечения: взвод обеспечения (автомобильное отделение, отделение технического обслуживания).

Организация работы центра заключается:

– в сборе, обработке и анализе информации, характеризующей здоровье военнослужащих, с использованием современных информационных технологий, разработке и подготовке на основе анализа адекватных управленческих решений на уровне Министерства обороны;

– организации и контроле над работой СЭЛ соединений и медицинской службой воинских частей по осуществлению постоянного мониторинга за СЭС территории и здоровьем военнослужащих;

– оказании организационной и консультативно-методической помощи СЭЛ;

– осуществлении надзора за соблюдением санитарно-эпидемиологического законодательства, а также в контроле за организацией и проведением санитарно-гигиенических, противоэпидемических и противорадиационных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья военнослужащих, в профи-

лактике инфекционных и профессиональных заболеваний лиц, работающих в условиях воздействия неблагоприятных факторов среды обитания;

- подготовке и внесении в установленном порядке соответствующим должностным лицам ВС РБ предложений о выполнении санитарно-эпидемиологического законодательства;

- реализации мер по профилактике заболеваний военнослужащих, служащих ВС РБ путем предупреждения, обнаружения и пресечения нарушений санитарно-эпидемиологического законодательства;

- обеспечении должностных лиц ВС РБ информацией о состоянии среды обитания, условиях учебно-боевой деятельности, состоянии здоровья военнослужащих, служащих ВС РБ и санитарно-эпидемической обстановке;

- методическом руководстве гигиеническим обучением и воспитанием военнослужащих в целях формирования у них навыков и потребности в здоровом образе жизни;

- осуществлении системы специальных наблюдений, оценке и прогнозировании состояния здоровья военнослужащих, служащих ВС РБ в зависимости от состояния среды обитания человека и условий его жизнедеятельности, разработке комплекса оздоровительно-профилактических мероприятий по предотвращению и устранению неблагоприятного воздействия на организм военнослужащих факторов среды их обитания;

- в организации санитарно-эпидемиологического нормирования факторов среды обитания и обеспечения в установленном порядке рассмотрения вопросов охраны здоровья военнослужащих, служащих ВС РБ в связи с воздействием на них неблагоприятных факторов среды обитания и условий жизнедеятельности.

3.15. МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ ПРИ ПЕРЕДВИЖЕНИИ

Медицинские подразделения медицинской службы воинской части, рассредоточенные по колоннам войск, совершающих марш, должны самостоятельно решать задачи по МО во время передвижения и в районах сосредоточения. Поэтому их следует заблаговременно усиливать необходимыми силами и средствами, имеющимися в распоряжении вышестоящего НМС.

3.15.1. УСЛОВИЯ (ФАКТОРЫ), ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ ПРИ ПЕРЕДВИЖЕНИИ

Условия деятельности медицинской службы определяются, прежде всего, характером предстоящего марша: в предвидении вступления в бой или вне угрозы столкновения с противником, построением походного порядка, протяженностью, количеством и состоянием маршрутов движения, характером местности, погодой, временем года и суток, наличием в полосе или на маршрутах движения МП или лечебных организаций.

При организации МО воинской части на марше необходимо учитывать:

- задачи марша и условия его совершения (в предвидении вступления в бой или вне угрозы столкновения с противником);

- направление движения (к фронту, вдоль фронта, от фронта в тыл);
- протяженность и количество маршрутов движения (размер полосы движения);
- характер местности, состояние дорог, погоду, время года и суток;
- организацию марша (величина суточного перехода, средняя скорость движения, количество и рубежи привалов, место и время дневного, ночного и суточного отдыха);
- построение походного порядка воинской части на марше (состав и задачи передового отряда, походного охранения и замыкания колонн, построение колонн главных сил, а также воинских частей и подразделений технического обеспечения и тыла);
- возможность возникновения до начала и в ходе марша СП, в том числе от ОМП;
- перемещение вместе с основными силами воинских частей их военных медицинских частей и подразделений и необходимость своевременного их прибытия в назначенный район в готовности к выполнению поставленных задач;
- санитарно-гигиеническое и эпидемическое состояние маршрутов (полосы) движения и районов, к ним прилегающих; наличие на маршрутах (в полосе) движения военных медицинских частей и подразделений других соединений (воинских частей) и УЗ МЗ.

3.15.2. МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ НА МАРШЕ

Медицинское обеспечение воинской части на марше включает:

- организацию и проведение медицинской разведки маршрутов движения, районов привалов и районов дневного (ночного) отдыха;
- медицинский контроль за состоянием здоровья личного состава и соблюдением им гигиенических требований в период подготовки и в ходе марша;
- лечебно-эвакуационные, санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в войсках в период подготовки и в ходе совершения марша.

Военные медицинские части и подразделения соединений (воинских частей), совершающих марш, как правило, рассредоточены по колоннам войск, в связи с чем должны быть в состоянии самостоятельно решать задачи по МО во время передвижения, при завязке встречного боя, а также в районах сосредоточения. Поэтому их следует заблаговременно подготавливать и усиливать необходимыми силами и средствами, имеющимися в распоряжении вышестоящего НМС. Такое заблаговременное (до начала движения) усиление особенно важно при совершении марша в предвидении встречного боя.

3.15.3. МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ПЕРЕДВИЖЕНИЮ (МАРШУ)

Медицинское обеспечение при подготовке к передвижению (маршу) включает:

- планирование и организацию МО передвижения (марша);
- выявление среди военнослужащих больных, не способных по состоянию здоровья совершать марш;

- высвобождение военных медицинских частей и подразделений от раненых и больных, свертывание их и подготовку к передвижению;
- организацию и проведение медицинской разведки;
- усиление военных медицинских подразделений воинских частей необходимыми силами и средствами, выделение необходимых сил и средств медицинской службы в передовой отряд, походное охранение и замыкание;
- распределение сил и средств медицинской службы по походным колоннам, пополнение запасов медицинского имущества;
- осуществление подготовки к маршу транспортных средств медицинских подразделений соединений (воинских частей).

При *планировании медицинского обеспечения* воинской части на марше определяются: задачи медицинской разведки, силы и средства, выделяемые для ее проведения, и порядок проведения; силы и средства медицинской службы для развертывания временных МП, время, место их развертывания и порядок работы; организация выдвижения медицинских подразделений.

Планирование МО воинской части на марше осуществляется на весь период его проведения. При совершении марша на большое расстояние задачи военным медицинским частям и подразделениям ставятся только на первый суточный переход, на каждый последующий переход задачи уточняются в районе отдыха.

Таким образом, при подготовке к маршу НМС воинской части планирует и организует МО воинской части на марше, распределяет силы и средства медицинской службы по походным колоннам.

В период подготовки к передвижению (маршу) медицинская служба должна выявить больных, которые не могут следовать с войсками по состоянию здоровья, и эвакуировать их в УЗ МЗ, указанные вышестоящим НМС. Таким образом, военные медицинские части и подразделения воинских частей высвобождаются от раненых и больных, свертываются и готовятся к передвижению (маршу).

Организация МО воинской части на марше существенно зависит от санитарно-эпидемиологической обстановки на маршрутах (в полосе) движения, зараженности территории радиоактивными и отравляющими веществами. Поэтому перед передвижением (маршем) войск и в ходе его проведения необходимо организовывать медицинскую разведку маршрутов движения, районов сосредоточения, привалов и отдыха войск, а также проведение необходимых санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Медицинская разведка организуется НМС в соответствии с общим планом организации разведки в интересах воинской части. Для этого в состав каждой рекогносцировочной группы включается медицинский персонал.

Основной целью медицинской разведки на марше является изучение санитарно-гигиенического и СЭС маршрутов движения, районов привалов дневного (ночного) отдыха и районов сосредоточения; обнаружение и обозначение эпидемических очагов; выбор мест для развертывания *временных медицинских пунктов* (ВМП); определение медицинских подразделений соединений (воинских частей), которые могут быть использованы в интересах МО воинской части на марше; определение путей эвакуации раненых и больных в ходе марша.

В ходе медицинской разведки оценивается также состояние дорог, по которым будет осуществляться эвакуация раненых и больных на марше, выбираются места (районы) для возможного развертывания ВМП, выявляются медицинские учреждения вблизи маршрутов движения, в которые возможна эвакуация раненых и больных. Медицинская разведка должна быть организована с таким расчетом, чтобы до подхода главных сил не только получить необходимые сведения о данном районе, но и провести на их основе необходимые неотложные мероприятия.

В целях качественного МО воинских частей и подразделений в ходе передвижения (марша) в соответствии с решением НМС их военные медицинские подразделения усиливаются необходимыми силами и средствами медицинской службы (личным составом, медицинским имуществом и санитарными транспортными средствами). Особое внимание при усилении уделяется подразделениям, выделяемым в передовой отряд, походное охранение и замыкание.

Для проведения мероприятий МО воинской части до начала передвижения (марша) и в ходе его совершения НМС распределяет силы и средства медицинской службы по походным колоннам. До начала марша первая помощь (медицинская) раненым и больным оказывается в подразделениях. Для оказания доврачебной и первой врачебной помощи в районах расположения воинских частей и подразделений развертываются ВМП.

ВМП развертываются силами и средствами военных медицинских частей и подразделений через каждые 60–80 км (в районах привалов, дневного или ночного отдыха). Они предназначены для оказания раненым и больным первой врачебной помощи в ходе марша и подготовки их к дальнейшей эвакуации. Средства, выделенные для ВМП, продвигаются на марше за авангардом и развертываются до подхода к данному району или рубежу колонны главных сил воинской части. Создание ВМП для оказания первой врачебной помощи раненым и больным на марше обеспечивает возможность непрерывного движения военных медицинских подразделений за своими воинскими частями. В состав ВМП обычно включаются врач, два санитарных инструктора или две медицинские сестры, один-два санитары. ВМП обеспечиваются медицинским имуществом для оказания первой врачебной помощи, санитарными и грузовыми автомобилями. Количество развертываемых на марше ВМП определяется протяженностью и количеством маршрутов, наличием и состоянием дорог. Районы развертывания этих пунктов выбирают ближе к маршруту, по которому движутся главные силы соединения, но с учетом возможности эвакуации и с других маршрутов. Свертывается ВМП после прохождения рубежа, на котором он развернут, главными силами. При наличии на маршрутах движения МП частей, в полосе которых совершается марш, ВМП могут не развертываться.

В районе размещения тыла соединения развертывается омеда частью сил и средств. Эвакуация раненых и больных осуществляется в ВПГ, ГВКМЦ и УЗ МЗ, развернутые на маршрутах движения и действующие в интересах ВС.

В период подготовки к передвижению (маршу) все военные медицинские подразделения медицинской службы пополняют запасы медицинского имущества. Подразделения, выделяемые в состав передового отряда, походного охранения, усиливаются медицинским составом, медицинским имуществом и сани-

тарным транспортом: батальон — врачом с необходимым медицинским имуществом для оказания первой врачебной помощи (автоперевязочной), усиленная рота — фельдшером с имуществом для оказания доврачебной помощи.

Особое внимание при подготовке к передвижению (маршу) уделяется подготовке транспортных средств военных медицинских подразделений, в связи с чем проводится их техническое обслуживание и необходимый ремонт, а также расчет потребности горюче-смазочных материалов и топлива, их истребование и получение.

3.15.4. МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ В ХОДЕ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ (МАРША)

Медицинское обеспечение в ходе передвижения (марша) включает:

- организацию и проведение медицинской разведки маршрутов, районов привалов, дневного (ночного) отдыха;
- организацию и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в ходе передвижения (марша);
- организацию и проведение ЛЭМ в ходе марша и на рубежах возможной встречи с противником.

Мероприятия медицинской разведки организуются при подготовке к передвижению (маршу) и проводятся как в период подготовки, так и при совершении передвижения (марша). В предвидении вступления в бой с ходу задача ведения медицинской разведки в интересах воинской части возлагается на передовой отряд. В этом случае медицинский состав, выделенный для проведения медицинской разведки, может следовать совместно с передовым отрядом.

Организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий заключается в максимальном снижении влияния неблагоприятных факторов боевой обстановки и окружающей среды при передвижении. Содержание ПЭМ в период подготовки и совершения марша определяется особенностями СЭС войск, маршрутов движения, мест привалов и района сосредоточения.

При совершении передвижения (марша), особенно на большие расстояния, личный состав подвергается воздействию ряда неблагоприятных факторов (сотрясение, толчки, ускорение, шум, плохие погодные условия, пыль, длительное вынужденное положение тела и др.). Следствием комбинированного воздействия указанных факторов могут быть укачивание, утомление, снижение работоспособности и боеспособности личного состава. В холодное время года, особенно при низкой температуре воздуха и сильном ветре, возрастает опасность переохлаждения организма, возникновения простудных заболеваний и обморожений. Поэтому СГМ, проводимые в период передвижения (марша), включают, прежде всего, мероприятия санитарного надзора и медицинского контроля за соблюдением гигиенических требований, предъявляемых к организации проведения передвижения (марша).

Для защиты личного состава от дождя, снега и ветра кузова автомобилей должны быть оборудованы тентами или другими покрытиями, а при их отсутствии личный состав должен использовать плащ-палатки. Этим же достигается

защита от пыли при движении в летнее время по грунтовым дорогам. К числу мер, направленных на защиту личного состава от пыли, следует отнести также соблюдение установленных дистанций между автомобилями и подразделениями, завязывание манжет на руках, застегивание воротников, а при возможности — купание личного состава во время привалов.

Для сбережения сил личного состава, отдыха, приема пищи в ходе марша через каждые 3–4 часа движения назначаются привалы продолжительностью до одного часа и один привал продолжительностью до двух часов во второй половине суточного перехода. В конце каждого суточного перехода назначается дневной (ночной) отдых, а при совершении марша на большое расстояние (более одного суточного перехода) через каждые 3–5 переходов при необходимости может назначаться суточный отдых.

При совершении марша в жаркое время года медицинская служба должна проверять выполнение мероприятий по профилактике тепловых и солнечных ударов, а в зимнее время — по предупреждению обморожений. С этой целью осуществляется контроль за оборудованностью автомобилей тентами и обеспечением личного состава войск теплым обмундированием, горячей пищей и чаем, назначением привалов в защищенных от ветра местах с организацией, по возможности, обогрева личного состава. Для защиты ног от охлаждения на дно кузовов автомобилей укладывается подстилка из утепляющего материала (солома, сено, хвойные ветки и т. п.), а в сапоги вкладываются войлочные стельки. Обувь и портянки должны быть сухими.

Для предупреждения отравлений личного состава выхлопными газами необходимо осуществлять контроль за соблюдением дистанций между автомобилями, глушение моторов во время привалов, размещение личного состава для отдыха с наветренной стороны. На марше сохраняют свое значение и такие мероприятия, которые проводятся во всех условиях обстановки (санитарный надзор за питанием и водоснабжением войск, за обеспечением личного состава противопаразитарными средствами и др.).

Следует обращать особое внимание на своевременное выявление и изоляцию инфекционных больных, ограничение (при необходимости — исключение) контакта личного состава с местным населением, проведение (при наличии показаний) полной санитарной обработки личного состава с дезинфекцией белья и обмундирования.

Организация и проведение ЛЭМ заключается в распределении сил и средств медицинской службы по походным колоннам, выделении сил и средств для развертывания ВМП, организации проведения комплекса лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятий на всем протяжении маршрутов передвижения (марша).

При организации МО воинской части при передвижении (марше) распределение сил и средств медицинской службы по походным колоннам должно обеспечить возможность своевременного оказания медицинской помощи раненым и больным при завязке и ведении нашими войсками встречного боя, а также в случае перехода войск к активным боевым действиям в районе сосредоточения.

Порядок передвижения военных медицинских частей и подразделений во всех случаях должен обеспечивать своевременное развертывание омедо и МП при встрече воинских частей и подразделений соединения с противником и вступлении их в бой, сохранение их боеспособности.

При организации МО марша НМС воинской части должен:

1) выделить и направить личный состав и средства сбора и эвакуации раненых и больных в распоряжение начальников военных медицинских подразделений и санитарных инструкторов подразделений для усиления подразделений обеспечения движения, передового отряда, походного охранения и колонны главных сил;

2) следовать в составе колонны вместе с личным составом МП в санитарном автомобиле. Вместе с МП обычно следуют средства эвакуации раненых на следующие этапы, выделенные вышестоящим НМС;

3) организовать прием раненых и больных из боевых машин и погрузку их в санитарный транспорт для оказания медицинской помощи и эвакуации. В тех случаях, когда передача раненых непосредственно на санитарный транспорт по условиям боевой обстановки невозможна, раненые выгружаются из боевых машин в укрытия вблизи основной дороги, где ожидают подхода санитарного транспорта. О создании таких «гнезд раненых» НМС воинской части немедленно докладывает НМС соединения. Наиболее вероятным и рациональным является сбор раненых и больных с боевых машин на рубежах регулирования и атаки. Оставленных на этих рубежах раненых и больных собирают и эвакуируют на ближайший развернутый ЭМЭ санитарным транспортом соединения.

Военные медицинские части и подразделения совершают марш:

1. МП воинских частей (подразделений) со средствами усиления, выделенными НМС воинской части, в составе батальонных колонн своих воинских частей (подразделений) обычно в голове подразделений тыла и технического обеспечения. В предвидении вступления в бой МП воинских частей (подразделений) выдвигаются за боевыми подразделениями, предназначенными для действий в первом эшелоне. МПб, выделенный в передовой отряд воинской части, как правило, следует за ним в готовности к развертыванию при вступлении в бой главных сил. Вместе с МП передового отряда, а также батальона, совершающего марш в голове колонны главных сил соединения, должен следовать санитарный транспорт омедо (медр), выделенный НМС. Этот транспорт предназначен для эвакуации раненых и больных из указанных подразделений в медр, ВПГ или ближайшие УЗ МЗ при возникновении СП в ходе встречного боя или в результате воздушного нападения противника во время движения и т. д.

2. Отдельный медицинский отряд (медр) следует совместно с техническими и автомобильными подразделениями в составе колонны тыла соединения за его главными силами, а в предвидении вступления в бой — непосредственно за одним из головных батальонов в готовности к развертыванию. При выделении соединению для усиления омедо центрального подчинения, они выдвигаются и следуют по разным маршрутам.

При совершении марша в условиях отсутствия угрозы столкновения с противником военные медицинские части и подразделения вместе с другими частя-

ми (подразделениями) технического обеспечения и тыла движутся самостоятельными колоннами за главными силами по одному-двум маршрутам на удалении 2–3 км.

3.15.5. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ХОДЕ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ (МАРША)

Помощь (медицинская) раненым и больным в ходе передвижения (марша) оказывается в порядке само- и взаимопомощи непосредственно на БМП, БТР и автомобилях, а также личным составом медицинских подразделений, совершающих марш. После оказания первой медицинской помощи раненые и больные, в зависимости от конкретных условий и их состояния, остаются в боевых машинах (автомобилях) до районов привалов, дневного, ночного отдыха, а затем эвакуируются в МП или передаются в ходе марша на санитарный транспорт, следующий с МП или в замыкании соединения. По разрешению командира воинской части боевые машины и автомобили, в которых находятся раненые и больные, могут останавливаться на обочине дороги для извлечения из них раненых и больных, после чего они укрываются, обозначаются заметными указателями и остаются на месте до подхода санитарного транспорта. После передачи раненых и больных на санитарный транспорт, они эвакуируются в ближайшие к маршруту движения военные медицинские части и медицинские подразделения.

Военные медицинские части и медицинские подразделения, развернутые на маршрутах движения медицинской службой соединений (объединений), по территории которых совершается марш, заблаговременно готовятся к приему раненых и больных. При отсутствии на маршрутах движения таких военных медицинских частей и подразделений для оказания раненым и больным медицинской помощи и подготовки их к дальнейшей эвакуации медицинской службой воинской части за счет сил и средств омедо и МП своих воинских частей через каждые 60–80 км (в районах привалов, дневного или ночного отдыха) развертываются ВМП. Они предназначены для оказания раненым и больным первой врачебной помощи и подготовки их к дальнейшей эвакуации. Силы и средства, предназначенные для их развертывания, выдвигаются на марше за передовым отрядом (авангардом). К районам привалов, дневного и ночного отдыха воинских частей и подразделений ВМП могут выдвигать ПСТ. Из ВМП раненые и больные эвакуируются в ближайшие к маршрутам движения омедо, ВПГ, ГВКМЦ и УЗ МЗ.

При совершении марша комбинированным способом вблизи районов погрузки войск на транспортные средства по указанию НМС воинской части также развертываются ВМП и ПСТ для оказания раненым и больным медицинской помощи и их последующей эвакуации в ближайшие лечебные учреждения. После прохождения колонн соединения ВМП свертываются и следуют за воинскими частями технического обеспечения и тыла в составе замыкания колонн.

При нанесении противником ядерных и химических ударов по колоннам бригады подразделения, сохранившие боеспособность, продолжают движение. В очагах массовых СП спасательные работы проводятся силами подразделений, назначаемых для ликвидации последствий применения противником ОМП, в состав которых включаются уцелевшие МП подразделений и воинских частей,

подвергшихся нападению. Пораженным оказывается первая медицинская и первая врачебная помощь, после чего они эвакуируются в ближайшие УЗ МЗ.

По прибытии воинской части в район сосредоточения НМС организует МО в соответствии с характером деятельности войск. Если после прибытия в район сосредоточения войска не вступают в бой и ведут только подготовку к предстоящим боевым действиям, их МО организуют, развертывая лишь часть сил и средств медицинской службы. С началом боевых действий МО воинской части строится в соответствии с боевой задачей, поставленной войскам, и конкретно складывающейся обстановкой.

На марше, как правило, возникают значительные трудности при организации управления медицинской службой из-за отсутствия проводной связи и ограничения работы радиосредств. Поэтому связь на марше обеспечивается подвижными средствами, средствами комендантской службы, а в подразделениях — установленными сигнальными. Радиосредства работают только на прием. В предвидении встречного боя, при совершении марша НМС соединения в интересах своевременного принятия решения и постановки задач подчиненным в короткие сроки, обычно находится на командном пункте соединения с целью получения своевременной и наиболее полной информации об изменениях боевой, тыловой и медицинской обстановки, а при совершении марша вне угрозы столкновения с противником НМС воинской части находится, как правило, на ТПУ, который движется в голове колонны воинских частей (подразделений) технической обеспечением и тыла.

3.15.6. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В ХОДЕ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ ВОИНСКОГО ФОРМИРОВАНИЯ ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫМ ТРАНСПОРТОМ

Условия деятельности медицинской службы в воинской части при перевозках железнодорожным, воздушным или водным транспортом определяются длительностью пребывания личного состава воинских частей и подразделений в пути, разобщенностью перевозимых войск по воинским поездам (судам), ограниченностью сведений о СЭС маршрута движения и трудностью заблаговременного проведения медицинской разведки.

При **подготовке к перевозке воинской части** медицинская служба проводит:

- планирование и организацию МО перевозки соединений (воинских частей), а также планирование и организацию перевозки военных медицинских частей и подразделений;
- мероприятия медицинского контроля за состоянием здоровья военнослужащих и их всесторонним обеспечением; подготовку к перевозке военных медицинских частей и подразделений.

При планировании и организации МО перевозки военнослужащих железнодорожным, речным и воздушным транспортом (воинский эшелон) или комбинированным способом необходимо учитывать:

- продолжительность перевозки;

– задачи соединений (воинских частей, подразделений), организацию их перевозки (количество воинских эшелонов, численность военнослужащих в них), очередность, сроки погрузки и отправления воинских частей (подразделений), особенности основных и запасных станций (аэродромов, площадок, пристаней) погрузки и выгрузки, исходного района перед погрузкой, района ожидания и сбора, маршруты, порядок и время выхода в эти районы, к местам погрузки и в районы сосредоточения;

– разобщенность перевозимых соединений (воинских частей) по воинским эшелонам (судам, вертолетам);

– необходимость оказания первой врачебной (доврачебной) помощи раненым и больным в каждом воинском эшелоне до появления возможности эвакуации в омеда, ВПП, ГВКМЦ и УЗ МЗ;

– санитарно-гигиеническое и эпидемическое состояние станций (причалов, аэродромов, площадок) погрузки и выгрузки, исходных районов, районов ожидания, сбора и сосредоточения, а также маршрутов движения, особенности питания и водоснабжения военнослужащих при перевозке;

– порядок перевозки военных медицинских частей и подразделений.

Планирование МО военнослужащих при перевозке осуществляется на весь период перевозки (в исходном районе, районах ожидания и погрузки, в ходе перевозки, в районах выгрузки, сбора и сосредоточения). При планировании МО перевозки соединений (воинских частей) кроме обычных вопросов определяются: задачи медицинской разведки, силы и средства для ее проведения, порядок проведения; силы и средства медицинской службы, выделенные в каждый воинский эшелон (транспорт), организация МО в каждом воинском эшелоне; организация перевозки военных медицинских частей и подразделений.

Организация МО в пути следования уточняется на основе данных, получаемых начальником воинского эшелона от военных комендантов на путях сообщения, о СЭС маршрута движения, наличии по пути следования омеда, ВПП, ГВКМЦ и УЗ МЗ, размещении туалетов и мест для умывания, а также о времени прибытия и продолжительности стоянок воинских эшелонов.

НМС воинской части при подготовке к перевозке в целях изучения районов погрузки и условий погрузки войск, уточнения исходного района и района ожидания, путей выхода в них, а также для решения вопросов МО принимает участие в рекогносцировке, проводимой командиром соединения. Начальник омеда участвует в рекогносцировке назначенных для омеда исходного района, района ожидания, основной и запасной станций (пристаней) погрузки, а также подъездов к ним. В ходе рекогносцировки уточняются условия защиты, охраны и обороны, организация комендантской службы, наличие крепёжных материалов для техники и другие вопросы.

Представители медицинской службы могут включаться в состав группы офицеров, выделенной для рекогносцировки районов выгрузки, сбора и сосредоточения войск после выгрузки.

Мероприятия медицинского контроля за состоянием здоровья военнослужащих и их всестороннего обеспечения при подготовке их к перевозке включают:

– медицинский осмотр военнослужащих;

- обеспечение военнослужащих медицинскими средствами индивидуальной медицинской защиты и оказания первой медицинской помощи;
- обучение их приемам оказания первой медицинской помощи, а также мерам предупреждения поражений и заболеваний;
- лечебно-профилактические мероприятия среди военнослужащих, подвергшихся воздействию ОМП, но сохранивших боеспособность;
- проведение (при необходимости) мероприятий по повышению невосприимчивости военнослужащих к возбудителям инфекционных заболеваний;
- медицинский контроль за проведением помывки военнослужащих со сменой белья и, при необходимости, за дезинфекцией и дезинсекцией обмундирования.

Больные, выявленные при медицинском осмотре, если они не могут быть возвращены в строй за время перевозки и не способные следовать с войсками эвакуируются в расположенные поблизости омега, ВПГ, ГВКМЦ и УЗ МЗ.

Военные медицинские части и подразделения, предназначенные к перевозке, в период подготовки: высвобождаются от раненых и больных, которые направляются в расположенные поблизости УЗ МЗ; свертываются; доукомплектовываются военнослужащими, медицинским имуществом и техникой и находятся в готовности к выходу в исходный район или непосредственно к месту погрузки. С медицинским персоналом в этот период проводятся занятия с учетом особенностей МО перевозки военнослужащих в воинских эшелонах.

Личный состав войск подвергается санитарной обработке, а при наличии показаний ему делаются предохранительные прививки. Лица, постоянно работающие на кухне и продовольственном складе, проходят внеочередное обследование на бактерионосительство по дизентерии и брюшному тифу. О санитарной обработке личного состава воинского эшелона и проведенных перед перевозкой санитарно-гигиенических и противоэпидемических (профилактических) мероприятиях НМС воинской части делает соответствующие записи в маршрутном листе эшелона.

Медицинское обеспечение в ходе перевозки войск железнодорожным (воздушным, речным) транспортом включает:

- медицинскую разведку исходных районов и районов ожидания, основного и запасного районов погрузки (выгрузки), районов сбора и сосредоточения, маршрутов выхода к местам погрузки;
- проведение санитарно-гигиенических, противоэпидемических и ЛЭМ в указанных районах, в пути следования и в случае прекращения перевозки.

Мероприятия медицинской разведки организуются заблаговременно и проводятся как при подготовке, так и в ходе перевозки войск, главным образом, силами и средствами медицинской службы воинских частей, а также силами и средствами вышестоящего НМС. Основной целью медицинской разведки является изучение санитарно-гигиенического и СЭС исходного района, районов ожидания, основных и запасных районов погрузки (выгрузки), сбора и сосредоточения войск, маршрутов движения. В ходе проведения медицинской разведки выявляются военные медицинские части и подразделения, а также УЗ МЗ, которые могут быть использованы для МО воинской части, и устанавливается взаи-

модействие с ними; определяются места разворачивания ВМП, МП и омедо; проводится оценка условий эвакуации раненых и больных.

Проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий при перевозке войск заключается в создании условий, обеспечивающих максимальное снижение влияния неблагоприятных факторов боевой обстановки и окружающей среды при перевозке железнодорожным, воздушным или речным транспортом.

В исходном районе, районах ожидания и погрузки (выгрузки), а также в районах сбора и сосредоточения особое внимание уделяется проведению санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по недопущению возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди военнослужащих.

При перевозке железнодорожным, речным или воздушным транспортом назначаются исходный район, районы погрузки и выгрузки, район сосредоточения. Удаление исходного района должно быть не менее 10–15 км от района погрузки войск в том случае, когда районы расположения воинских частей находятся в непосредственной близости от районов погрузки, исходные районы могут не назначаться.

Непосредственно перед погрузкой подразделения, следующие одним эшелоном (на одном судне, самолете, вертолете), выходят в районы ожидания, а после выгрузки — в районы сбора, которые назначаются в 3–5 км (при перевозке воздушным транспортом — в 10–15 км) от мест выгрузки. Если по условиям местности исходные районы назначаются на удалении менее 10 км от мест погрузки, районы ожидания могут не назначаться. Воинские части, подразделения и команды большой численности для перевозки железнодорожным и водным транспортом организуются в воинские эшелоны. Личный состав перевозится в пассажирских или товарных крытых вагонах. В одном вагоне перевозится 64–72 человек, а при продолжительности перевозок менее одних суток — до 100 человек. Подвижной железнодорожный состав должен быть подготовлен в санитарном отношении. Вагоны, предназначенные для перевозки личного состава, места для оборудования действующих в пути кухонь и хранения запасов продовольствия должны быть очищены от мусора, промыты горячей водой, продезинфицированы и просушены. В холодное время года в вагонах устанавливаются печи-временки. Товарные вагоны, предназначенные для перевозки личного состава, железная дорога обеспечивает съемным воинским оборудованием и осветительными приборами.

При продолжительности перевозки войск более трех суток и при наличии в воинском эшелоне не менее десяти людских вагонов в его состав включается вагон-изолятор, а в одном из вагонов разворачивается МП. Суммарное число коек в них определяется из расчета 0,5 % от количества перевозимого личного состава. При опасности применения противником БО вагон-изолятор выделяется независимо от продолжительности перевозки и количества перевозимого личного состава.

НМС перевозимой воинской части организует обеспечение воинских эшелонов необходимым медицинским имуществом для оборудования МП и изоля-

тора. В маршрутном листе воинского эшелона он делает отметки о проведенных в отношении воинского эшелона санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятиях.

В воинском эшелоне приказом командира воинской части назначается: начальник воинского эшелона, заместитель начальника эшелона по идеологической работе, помощник начальника эшелона по снабжению, начальник связи и НМС из числа врачей или фельдшеров перевозимых в данном эшелоне воинских частей.

При численности эшелона до 300 человек и продолжительности пребывания войск в пути до трех суток НМС эшелона назначают фельдшера, во всех остальных случаях — врача.

НМС эшелона отвечает за организацию оказания медицинской помощи раненым и больным, осуществление медицинского контроля за состоянием здоровья личного состава, санитарным состоянием вагонов, питанием и водоснабжением войск. Он обязан проводить осмотры личного состава эшелона с целью своевременного выявления больных и, при необходимости, их изоляции, организовывать санитарно-просветительную работу, а также осуществлять контроль записей в маршрутном листе (о санитарном состоянии эшелона, результатах осмотров, проведенных санитарно-контрольными пунктами, санитарной обработке личного состава, заболеваемости в эшелоне и т. п.).

Врач (фельдшер) воинского эшелона подчиняется начальнику эшелона, по специальным вопросам он выполняет указания НМС перевозимой воинской части, а в период передвижения эшелона — также представителей медицинской службы оперативных объединений, по территории которых осуществляется перевозка.

Врач (фельдшер) отвечает за медицинское обеспечение военнослужащих при их погрузке в эшелон, перевозке и выгрузке из эшелона.

В районе погрузки врач (фельдшер) обязан: за 2–3 часа до начала погрузки проверить санитарное состояние вагонов (судна) и их оборудование; оборудовать в воинском эшелоне (на судне) МП (лазарет) и вагон-изолятор; организовывать оказание раненым и больным медицинской помощи и их вынос до ПСТ, организованного медицинской службой соединения; осуществлять контроль за размещением военнослужащих в вагонах (на судне), организацией питания и водоснабжения.

В пути следования врач (фельдшер) обязан: оказывать раненым и больным первую врачебную (доврачебную) помощь; осуществлять санитарный надзор за состоянием вагонов, выполнением санитарно-гигиенических норм и правил размещения, питания, водоснабжения, а также за соблюдением военнослужащими правил личной гигиены; организовывать и лично участвовать в ежедневном опросе военнослужащих воинского эшелона с целью своевременного выявления и немедленной изоляции инфекционных больных; организовывать, при необходимости, проведение ПЭМ и обеспечивать контроль за их выполнением; докладывать начальнику воинского эшелона о появлении раненых и больных, нуждающихся в КМП, в госпитальном лечении, а также об умерших.

В районе выгрузки врач (фельдшер) воинского эшелона обязан: организовывать оказание раненым и больным первой врачебной (доврачебной) помощи; осуществлять строгий надзор за выполнением санитарно-гигиенических норм и правил питания, водоснабжения, не допускать контакта военнослужащих с инфекционными больными; докладывать НМС перевозимого соединения (воинской части) о состоянии здоровья военнослужащих, следующих в эшелоне, СЭС эшелона, раненых и больных, переданных в военные медицинские части и подразделения, а также УЗ МЗ за время передвижения, а также об умерших.

Контрольный осмотр готовности железнодорожного состава для воинского эшелона проводится комиссией, в состав которой включается санитарный врач железной дороги. Результаты осмотра оформляются актом, один экземпляр которого вручается военному коменданту. Помимо этого, контроль за СЭС воинского эшелона осуществляется санитарно-эпидемиологическими организациями Министерства обороны. О результатах обследования СЭС воинского эшелона и мерах, которые должны быть приняты, представитель санитарно-эпидемиологической организации совместно с военным комендантом делают соответствующие записи в маршрутном листе воинского эшелона. За 2–3 ч до начала погрузки врач (фельдшер) воинского эшелона обязан повторно проверить санитарное состояние вагонов, оборудовать в воинском поезде МП и изолятор. Вагон-изолятор оборудуется койками с постельными принадлежностями, дезинфекционными средствами и обеспечивается предметами ухода за больными.

Обеспечение личного состава воинского эшелона горячей пищей в пути следования производится, как правило, из полевых кухонь, а если их нет — на военно-продовольственных пунктах железнодорожных станций. Горячая пища готовится по единой раскладке и выдается не менее двух раз в сутки. Остальное положенное по норме довольствие выдается личному составу сухим пайком. Снабжение воинского эшелона холодной водой и кипятком производится в местах, где имеются водозаборные устройства и кипятильники и предусмотрена стоянка поезда не менее 15 мин. Набирать воду для питья из открытых водоемов запрещается. В вагонах, занятых личным составом, должен быть запас воды для питья в бачках, флягах или оцинкованных ведрах.

В районах ожидания (сбора) и погрузки (выгрузки) медицинским персоналом воинского эшелона раненым и больным первая медицинская и доврачебная помощь раненым и больным оказывается медицинским составом перевозимых подразделений. Для оказания доврачебной помощи и проведения последующей эвакуации раненых (пострадавших) и больных НМС соединения (воинской части) на каждой станции и в районах погрузки (выгрузки) за счет МП или медр соединения организует ПСТ, работу которых возглавляет фельдшер. Для оказания КМП используются военные медицинские части и подразделения, а также УЗ МЗ, расположенные в непосредственной близости от районов погрузки куда раненые и больные эвакуируются своим санитарным транспортом. При отсутствии последних в районе ожидания (сбора) войск НМС воинской части силами и средствами медр развертывает ВМП.

В целях качественной организации всех мероприятий МО воинских частей и подразделений в районы ожиданий и погрузки назначается и направляется от-

ветственный офицер медицинской службы соединения, который осуществляет контроль до момента отправки последнего эшелона перевозящего войска.

При возникновении массовых СП во время погрузки (выгрузки) для сбора и эвакуации пораженных, своевременной их доставки на этапы оказания им первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи в первую очередь привлекаются силы и средства медицинской службы, оказавшиеся вблизи очага поражения, а в последующем в район массовых СП выдвигаются и широко используются силы и средства, имеющиеся в данном районе военных медицинских частей и подразделений, а также УЗ МЗ. В зависимости от конкретных условий для ликвидации последствий применения противником ОМП на безопасном удалении от очага массовых СП может развертываться омедо перевозимого соединения. Дальнейшие ЛЭМ проводят в зависимости от обстановки силами и средствами медицинской службы объединений. При отсутствии таких средств для приема раненых и больных из очагов массовых СП используются местные УЗ МЗ. Эвакуация раненых и больных в эти организации обеспечивается средствами войск или подвижным составом, выделяемым по указанию военного коменданта станции.

В пути следования основными задачами медицинской службы являются организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, а также оказание медицинской помощи раненым и больным. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия предусматривают осуществление медицинского контроля за санитарным состоянием вагонов, доброкачественностью продуктов питания и воды, за соблюдением правил личной гигиены военнослужащими. Выполнение указанных мероприятий возлагается на врача (фельдшера) эшелона, который для выполнения этой работы привлекает личный состав медицинской службы перевозимых войск. При появлении в воинском эшелоне раненых и больных, нуждающихся в КМП, НМС эшелона, врач (фельдшер) эшелона докладывает об этом начальнику воинского эшелона. О необходимости эвакуации раненого или больного начальник воинского эшелона незамедлительно информирует военного коменданта на путях сообщения.

С разрешения начальника воинского эшелона нуждающиеся в оказании КМП эвакуируются в сопровождении назначенного старшего из числа медицинского состава в ближайшие омедо, ВПГ, ГВКМЦ и УЗ МЗ. Сопровождающий сдает раненого (больного), его личные вещи, документы, направление, вещевой, денежный и продовольственный аттестаты в омедо, ВПГ, ГВКМЦ или УЗ МЗ и самостоятельно возвращается в эшелон. О передаче раненого (больного) омедо, ВПГ, ГВКМЦ и УЗ МЗ делается запись в маршрутном листе воинского эшелона.

При возникновении массовых СП в пути следования оказание первой и доврачебной помощи осуществляется, прежде всего, личным составом медицинской службы воинского эшелона. Кроме того, через органы военных сообщений для оказания медицинской помощи привлекается медицинский персонал и средства железнодорожных войск, формирований транспортных министерств и министерства по чрезвычайным ситуациям. Завершение мероприятий по ликвидации последствий применения противником ОМП и налетов его авиации на воинские эшелоны осуществляется силами и средствами медицинской службы

оперативных объединений или военного округа. К участию в проведении таких мероприятий привлекают ближайшие к району возникновения массовых СП военные медицинские части, военные медицинские организации и УЗ МЗ.

Для своевременного выявления инфекционных больных врач (фельдшер) воинского эшелона проводит ежедневный опрос личного состава. Выявленные больные немедленно помещаются в вагон-изолятор, а затем передаются в ближайшие расположенные по пути следования военные или гражданские УЗ МЗ. Военнослужащие, находившиеся в одном вагоне с выявленным инфекционным больным, подвергаются обсервации в том же вагоне. Если в воинском эшелоне вагона-изолятора нет, то больной остается в том же вагоне, а следовавшие вместе с ним военнослужащие пересаживаются в освобожденный для них отдельный вагон. Военнослужащие из освобожденного вагона размещаются по другим вагонам за счет уплотнения. После эвакуации инфекционного больного вагон, в котором он следовал, заменяется другим вагоном на ближайшей станции. Одновременно проводятся следующие мероприятия: выяснение причин инфекционного заболевания и их устранение; усиленное медицинское наблюдение за военнослужащими и установление строгого контроля за выполнением в воинском эшелоне санитарно-гигиенических норм и правил; своевременное выявление инфекционных больных и их изоляция с последующей эвакуацией, при необходимости, в военные медицинские части и подразделения или УЗ МЗ; строгое ограничение общения военнослужащих воинского эшелона с посторонними лицами, а также между подразделениями, находящимися в разных вагонах; прием воинского эшелона на специально отведенные пути (к специальному причалу); пропуск поезда через узловые станции без остановок; сокращение стоянок воинского эшелона и ограничение выхода военнослужащих из вагонов; раздача пищи военнослужащим и заправка водой на небольших станциях. Наряду с этим в воинском эшелоне проводится весь комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в соответствии с результатами эпидемиологического обследования.

О каждом случае инфекционного заболевания, появлении массовых инфекционных заболеваний в пути следования начальник воинского эшелона по докладу врача (фельдшера) сообщает военному коменданту ближайшей железнодорожной станции, который ставит об этом в известность органы санитарно-эпидемиологического надзора на железной дороге. При возникновении в воинском эшелоне инфекционных заболеваний (2 % от численности личного состава заболевших однородными или 5 % заболевших разнородными инфекционными болезнями), а также при обнаружении хотя бы одного случая ООИ воинский эшелон направляется в обсервационный пункт.

В случае смерти военнослужащего из состава воинского эшелона тело умершего с соответствующим направлением передается в ближайшую военную медицинскую организацию или военно-медицинскую часть для определения причин смерти и погребения. Вместе с телом умершего по описи, составленной в двух экземплярах, передаются его личные вещи, письма и деньги для отправки семье умершего. Личные вещи лиц, умерших от инфекционных заболеваний, обычно сжигаются с составлением об этом акта.

По прибытии воинского эшелона к месту назначения НМС эшелона, врач (фельдшер) эшелона докладывает вышестоящему НМС или его представителю о СЭС воинского эшелона, числе раненых и больных, переданных в лечебные учреждения в пути следования. Для оказания медицинской помощи в районе выгрузки используют развернутые ВМП и имеющиеся УЗ МЗ, как военные, так и гражданские. При отсутствии в районе выгрузки лечебных организаций НМС воинской части организует медицинскую помощь так же, как и в районе погрузки.

Управление медицинской службой воинской части. При железнодорожных перевозках управление медицинской службой воинской части организуется с учетом необходимости обеспечения войск в районе выгрузки еще до прибытия всех средств медицинской службы. Для этого в составе группы офицеров штаба воинской части, следующей с первым эшелоном, должен находиться офицер медицинской службы, на которого возлагаются: установление связи с НМС соединения, в состав которого прибывает воинская часть; организация оказания раненым и больным медицинской помощи в районах выгрузки и сбора; встреча эшелонов, информация прибывающего медицинского состава о санитарном состоянии района и об организации МО в период выгрузки и сосредоточения войск.

3.16. МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ В ОБОРОНИТЕЛЬНОМ БОЮ

3.16.1. УСЛОВИЯ (ФАКТОРЫ), ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ В ОБОРОНИТЕЛЬНОМ БОЮ

Как показывает боевой опыт, на организацию МО воинской части (соединения) в обороне и деятельность медицинской службы существенное влияние оказывает целый ряд факторов оперативно-тактической, тыловой и медицинской обстановки.

Анализ литературных источников показывает, что важнейшим фактором, оказывающим определяющее влияние на переход воинской части (соединения) к обороне, особенности подготовки и ведения обороны, содержание боевых задач и построение боевого порядка, а также на организацию МО частей воинской части (соединения) и деятельность медицинской службы, является *способ развязывания войны, виды и масштабы применения противником современных средств поражения.*

Как свидетельствует исторический опыт, потенциальный противник всегда будет стремиться максимально использовать фактор внезапности, следовательно, завладеть инициативой. Это обуславливает необходимость дальнейшего совершенствования боевой и мобилизационной готовности частей и учреждений медицинской службы, их способности в установленные сроки осуществить переход с мирного на военное положение и эффективно проводить соответствующие мероприятия по МО войск при ограниченных возможностях сил и средств медицинской службы оперативного и стратегического уровней. При внезапном начале войны условия деятельности медицинской службы воинской части (соединения) будут весьма разнообразны. Они зависят также *от места дислокации*

и оперативного предназначения воинской части (соединения), ее укомплектованности, от полученной конкретной боевой задачи и др.

Если воинская часть (соединение) находится в первом эшелоне оперативно-го объединения, то ей придется одновременно осуществлять целый ряд сложных и важных задач: выдвижение из мест дислокации для занятия полосы обороны, отражение воздушно-наземного нападения противника, доукомплектование до штатов военного времени, организация эвакуации членов семей военнослужащих в тыл и др. В соответствии с этим и медицинской службе воинской части (соединения) придется решать целый комплекс как организационных, так и лечебно-эвакуационных задач: освобождение МПб и омедо от больных, оказание медицинской помощи раненым и больным в пункте дислокации, на маршрутах выдвижения, в районах сосредоточения и в полосе обороны, а также доукомплектование медицинских частей и подразделений личным составом, медицинским имуществом и техникой. Одновременно осуществляется планирование МО воинской части (соединения) в оборонительном бою и оказание практической помощи подчиненным по проведению ЛЭМ, обеспечению живучести подразделений и частей медицинской службы.

При отсутствии непосредственного соприкосновения с противником медицинская служба воинской части (соединения) имеет возможность более тщательно провести некоторые мероприятия, такие как медицинская разведка полосы обороны и районов размещения частей и подразделений медицинской службы, строительство укрытий для ЭМЭ, организации их защиты, обороны и охраны.

Наиболее сложные условия для работы медицинской службы возникнут при переходе воинской части (соединения) к обороне в ходе боя при непосредственном соприкосновении с противником. В этом случае оборона организуется в короткие сроки под интенсивным огнем противника, без должного инженерного оборудования местности, т. е. носит очаговый характер, вследствие чего войска могут нести значительные потери, что обусловит прорыв ее в короткие сроки.

МПб, омедо соединения будут заняты ранеными, возникшими в ходе предшествующих боевых действий, а их размещение может не соответствовать новым задачам войск и построению боевого порядка воинской части (соединения). В этом случае необходимо предпринимать меры по эвакуации раненых и больных из МПб и омедо, перемещению ЭМЭ в соответствии с новыми задачами, осуществлению маневра за счет резерва сил и средств медицинской службы, а также объема медицинской помощи.

На условия деятельности медицинской службы воинской части (соединения) в обороне существенное влияние окажет *характер боевых действий*.

Используемая сегодня в военных конфликтах современности принципиально новая концепция «*воздушно-наземной операции*» рассчитана прежде всего на одновременное огневое воздействие на все элементы боевого порядка воинской части (соединения), что связано с возросшими возможностями противника как по применению ракетно-ядерного оружия, авиации, так и аэромобильных и воздушно-десантных войск (ВДВ), а также диверсионно-разведывательных групп. Все это неизбежно приведет к увеличению потерь личного состава и техники,

появлению СП во всех частях воинской части (соединения) еще до ее вступления в непосредственное соприкосновение с наземным противником.

Комплексное огневое воздействие противника обусловит изменение структуры СП — увеличение доли тяжелых и крайне тяжелых поражений, появление комбинированных, множественных и сочетанных повреждений. Одновременно будут иметь место разрушения оборонительных сооружений, очаги пожаров, завалов, нарушение проходимости дорог. Возможность массированного применения противником тактического ЯО и других средств массового поражения приведет к резкому изменению оперативно-тактической обстановки, одномоментному появлению очагов СП во всей полосе обороны воинской части (соединения).

В этих условиях особенно отчетливо выявится *резкое несоответствие возможностей имеющихся сил и средств медицинской службы предстоящему объему работы*. В связи с этим придется вносить существенные изменения в организацию работы медицинской службы, осуществлять маневр как объемом, так и видами медицинской помощи, изменять или ставить новые задачи подразделениям и частям медицинской службы, осуществлять их перемещение в запасные или новые районы, принимать участие в ликвидации последствий применения ОМП и восстановлении боеспособности личного состава войск, а также работоспособности подразделений и частей медицинской службы.

На условия деятельности медицинской службы окажут влияние: *решительность целей, возросшая напряженность, динамичность и интенсивность боевых действий*, а также *высокая активность обороны в сочетании с нанесением контратак и контрудара*.

Решительность целей, которые преследует противник, предполагает, прежде всего, создание превосходства в силах и средствах на избранных направлениях и, как следствие этого, возможность вклинения в боевые порядки наших войск и прорыв обороны в короткие сроки. Для медицинской службы из этого следует, во-первых, необходимость размещать ЭМЭ на большем удалении от переднего края обороны, чем в наступлении, во-вторых — систематически осуществлять сбор и вынос раненых с поля боя и своевременную эвакуацию их с одного этапа на другой. Кроме этого, необходимо предусматривать возможность проведения одномоментной эвакуации раненых и больных из ЭМЭ, находящихся под угрозой захвата противника. Не следует забывать, что в ходе оборонительного боя некоторые подразделения и части могут оказаться в окружении. Поэтому необходимо предусматривать мероприятия по своевременной эвакуации раненых из данных частей, усиления их медицинским имуществом и, по возможности, санитарным автотранспортом.

Активность обороны предполагает использование как оборонительных, так и наступательных форм боевых действий с широким маневром (перемещением) частей и подразделений как по фронту, так и в глубину. Для этого медицинская служба должна своевременно создавать, умело использовать резерв своих сил и средств и содержать его в постоянной готовности к перемещению вслед за контратакующими частями.

Напряженность и интенсивность боевых действий предполагает ведение их как днем, так и ночью. Следовательно, медицинская служба должна быть готова

проводить ЛЭМ и в ночных условиях. Для этого следует заблаговременно, еще в мирное время, подготовить соответствующий пикетаж для обозначения ЭМЭ, освоить способы светомаскировки от наземного и воздушного противника, способы розыска, сбора и выноса раненых с поля боя ночью.

Действия диверсионно-разведывательных групп, особенно в ночное время, требуют организации надежной защиты, охраны и обороны частей и подразделений медицинской службы, возможно с привлечением для этой цели даже боевых подразделений по решению соответствующих командиров.

Боевая обстановка предъявляет более высокие требования к физическому и морально-психологическому состоянию личного состава медицинской службы, его умению выдерживать многократные перегрузки.

На деятельность медицинской службы воинской части (соединения) в обороне определенное влияние окажет *рассредоточенное расположение войск*.

Согласно Боевому уставу ширина полосы обороны воинской части (соединения) достигает 40 км при глубине 20–25 км, что вынуждает располагать силы и средства медицинской службы на большей площади, а это затрудняет маневр и управление ими, а также требует одновременной организации МО по всей глубине полосы обороны.

На условия деятельности медицинской службы в значительной мере влияет *время пребывания войск на обороняемой ими местности*. Это может отрицательно сказаться на СЭС войск, особенно в тех случаях, когда не принимаются необходимые меры к соблюдению санитарно-гигиенических требований, предъявляемых к оборудованию и содержанию оборонительных сооружений и территории в целом, выполнению норм и правил питания, водоснабжения и банно-прачечного обслуживания.

На деятельность медицинской службы окажут влияние *конкретные физико-географические особенности района боевых действий*, которые необходимо учитывать в своей работе, чтобы максимально ослабить их неблагоприятное воздействие на состояние здоровья личного состава, раненых и больных.

Этот далеко не полный перечень факторов боевой обстановки следует учитывать НМС воинской части (соединения) при ОМОВ в обороне.

3.16.2. ЗАДАЧИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ВЕДЕНИЮ ОБОРОНИТЕЛЬНОГО БОЯ

Подготовка медицинской службы воинской части (соединения) к МО оборонительного боя начинается с момента получения задачи от командира воинской части (соединения) и проводится одновременно с подготовкой подразделений (частей) к обороне с учетом ширины полосы обороны, выполняемых подразделениями (частями) боевых задач, характера местности и времени года.

Содержание и объем проводимых мероприятий зависят: от условий перехода воинской части (соединения) к обороне; времени перехода противника в наступление; замысла командира воинской части (соединения) на организацию обороны и задач своих частей; наличия и состояния сил и средств медицинской службы; путей подвоза и эвакуации; организации тыла; характера местности; времени года; погодных условий и других факторов конкретной обстановки.

С получением боевой задачи НМС выполняет следующие мероприятия:

- принимает решение на МО соединения;
- осуществляет планирование МО предстоящего боя;
- утверждает план МО у командира соединения;
- доводит задачи до подчиненных;
- организует взаимодействие между различными звеньями медицинской службы;
- осуществляет контроль и помощь подчиненным в выполнении стоящих задач.

При этом особое внимание уделяется своевременному выходу подразделений медицинской службы в отведенные им места для развертывания, выполнению инженерных работ, необходимых для укрытия МПб и омедо, осуществлению мероприятий по защите, охране и обороне ЭМЭ.

Согласно Боевому уставу возведение основных инженерных сооружений для МП и омедо отнесено к работам первой очереди.

Санитарные инструкторы рот тщательно обследуют местность, ставят задачи санитарам-стрелкам, намечают и обозначают пути вывоза раненых (выноса), выбирают возможные места подхода санитарного транспорта.

Перечень работ, который необходимо провести для обеспечения бесперебойного выноса (вывоза) раненых (расширение отдельных участков траншей, устройство лестниц для выхода из траншей и т. п.) докладывается командиру роты.

Санитарные инструкторы проверяют наличие у личного состава рот индивидуальных средств медицинского оснащения военнослужащих, а при необходимости — обучают личный состав правилам оказания первой медицинской помощи при боевых поражениях.

В предвидении возможного перерыва в выносе раненых при огневой изоляции роты, «просачивании» в тыл отдельных диверсионно-разведывательных групп противника и т. п. санитарный инструктор организует МПР.

НМС — начальник МПб (врач или фельдшер, в зависимости от штата) при организации обороны проводит медицинскую разведку, в ходе которой определяется место (места) для ПСТ, намечает пути выноса раненых из рот к ПСТ или на МПб. Он выбирает с учетом указаний командира батальона и НМС соединения основные и запасные места для развертывания МПб, оценивает эпидемическое состояние района обороны и санитарно-гигиенические условия размещения личного состава. Результаты медицинской разведки и конкретные предложения по организации МО батальона начальник медицинской службы-начальник медицинского пункта батальона докладывает командиру батальона.

В условиях ограниченного времени для подготовки обороны командир батальона при постановке задач может указать НМС-НМП батальона место для развертывания МПб и пункты организации ПСТ, а также определить пути вывоза (выноса) раненых из рот. В соответствии с указаниями командира батальона и НМС соединения НМС-НМП батальона развертывает МПб, организует ПСТ, проводит необходимые санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, ставит задачи подчиненным. Санитарным инструкторам рот он указывает на местности пути выноса и места укрытия раненых, уточняет размеры

запасов медицинского имущества в ротах и порядок его пополнения во время боя, указывает на местности места ПСТ, основные и запасные места развертывания МПб. Определяется также порядок работы средств сбора и эвакуации раненых на направлении рот, устанавливаются сигналы, даются указания о порядке связи санитарных инструкторов с начальником МПб.

НМС-НМП батальона контролирует выполнение распоряжений командира батальона о проведении работ, обеспечивающих, во-первых, бесперебойный вынос (вывоз) раненых из рот (приспособление ходов сообщения для выноса, устройство проходов для транспортеров, автомобилей и т. п.), во-вторых, создание надлежащих условий для работы МПб, оборудование и маскировка убежища, устройство подъездов к МПб.

МПб необходимо развернуть в укрытии(ях) в глубине батальонного района обороны на удалении до 2,5 км от переднего края. Оборудование для МПб укрытия включается командиром батальона в перечень инженерных работ первой очереди.

Для сокращения расстояния выноса раненых из подразделений следует выдвигать максимально вперед ПСТ.

Санитарные инструкторы, а также личный состав подразделений сбора и эвакуации раненых, выделенный в батальон, должны тщательно изучить пути эвакуации, места расположения МПР, МПб, ПСТ.

НМС соединения при переходе к обороне обязан организовать медицинскую разведку участка обороны, наметить рубеж или места развертывания МПб, пути эвакуации из раненых и больных из батальонов, место развертывания омедо (медр) и запасную площадку для него. С начальником инженерной службы он согласует объем, характер и очередность инженерных работ, необходимых для размещения МП и оборудования путей эвакуации, распределяет средства усиления по батальонам и ставит задачи подчиненным.

Омедо соединения (медр) развертывается в укрытиях в глубине участка обороны за вторым эшелоном боевого порядка бригады на удалении до 12 км от переднего края обороны с учетом защитных и маскирующих свойств местности. Одновременно готовится и оборудуется запасная площадка.

Планирующееся МО подразделений, обороняющих полосу обеспечения и передовую позицию, будет осуществляться силами и средствами медицинской службы этих подразделений.

Омедо механизированной бригады, действующей во втором эшелоне, развертывается или находится в готовности к развертыванию за боевым порядком бригады с учетом возможных направлений контратак.

До перехода противника в наступление НМС бригады направляет в батальоны часть сил и средств из медр для сбора и вывоза раненых с поля боя и их эвакуации в медр. Несколько санитарных автомобилей он оставляет в своем резерве, который чаще всего содержится при омедо.

МП группы артиллерии бригады в обороне развертывается за огневыми позициями или в районе размещения своего управления, в 2–3 км от огневых позиций группы, в состав которой входят основные силы соединения.

МП зенитно-ракетного дивизиона развертывается вблизи (1,5–2 км) КП соединения.

МП отдельных частей соединения — обс, обмо, орвб и орб — развертываются в районе размещения тыла своих частей. Данные МП возглавляются врачами, имеют в своем составе 2–3 человека среднего и младшего медицинского персонала, санитарный автомобиль и необходимое имущество для оказания первой врачебной помощи. Исходя из принципов боевого применения специальных частей, наиболее целесообразно использовать эти МП для решения следующих задач:

- МП отдельного батальона связи и разведывательного батальона — для оказания доврачебной и врачебной помощи раненым на КП воинской части (соединения);

- МП оисб — для оказания доврачебной и врачебной помощи ПТрез и ПОЗ воинской части (соединения) № 2.

МП обмо и орвб могут быть использованы для оказания доврачебной и первой врачебной помощи раненым из своих частей, а также раненым из противодесантных резервов в период ведения ими боя и других подразделений, находящихся в тыловой полосе воинской части (соединения).

МП батальонов второго эшелона соединения следует развертывать вблизи от боевых порядков своих подразделений на удалении 1,5–2 км от них с таким расчетом, чтобы обеспечивать батальон при нанесении контратаки без его перемещения.

В период организации обороны медицинская служба должна предусмотреть проведение ряда мероприятий на случай возникновения массовых СП. К их числу следует отнести:

- выделение личного состава и транспорта для участия в ЛЭМ в очагах;

- создание резерва медицинского имущества для обеспечения работы подразделений в очагах;

- подготовку ЭМЭ к приему в короткие сроки большого числа раненых и пораженных;

- проведение мероприятий по защите сил и средств медицинской службы от поражающих факторов оружия массового уничтожения.

Медицинский состав, имущество и транспорт, предназначенные для участия в ликвидации последствий применения противником средств массового поражения, целесообразно заблаговременно включать в состав подразделений, которые могут создаваться перед началом боя командованием частей.

Для решения внезапно возникающих задач в ходе оборонительного боя, усиления медицинской службой батальона, наносящего контратаку, НМС соединения должен иметь достаточный резерв сил и средств (санитарные автомобили, подразделение сбора и эвакуации раненых, запас медимущества). К началу оборонительного боя его следует выдвигать к участкам обороны батальона первого эшелона.

Кроме того, необходимо предусмотреть выделение личного состава и транспорта, создание резерва медицинского имущества для обеспечения подразделений, выделяемых командованием для ликвидации последствий применения про-

тивником средств массового поражения. В это же время принимаются меры по пополнению запасов медицинского имущества специального назначения, транспортных средств со стационарных складов оперативного объединения или центра.

Средние показатели деятельности военных медицинских подразделений и частей соединения. На оказание первой врачебной помощи раненому на МПб затрачивается 20 минут. В выносе (вывозе) с поля боя нуждается 50–55 % раненых (пострадавших).

В эвакуации из МПб в омедо на санитарном автотранспорте нуждается 60 % раненых обычным оружием, остальные 40 % — транспортом общего назначения. На оказание хирургической помощи одному раненому в омедо требуется в среднем от 1,5 до 2,5 часов.

За 16 часов работы в омедо может быть выполнено 50–55 хирургических вмешательств, 70–80 противошоковых мероприятий.

Штатными силами и средствами омедо можно обеспечить оказание КМП в полном объеме 200 раненым обычным оружием, в сокращенном объеме — 300 раненым обычным оружием.

При изменении интенсивности поступления раненых (более 15 человек в час) организация его работы должна быть перестроена в сторону сокращения объема помощи и проведения в более широком объеме противошоковых и других медицинских мероприятий, направленных на обеспечение подготовки пострадавших к эвакуации автомобильным транспортом.

3.16.3. ЗАДАЧИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В ХОДЕ ОБОРОНИТЕЛЬНОГО БОЯ

Опыт войсковых учений и данные научных исследований показывают, что оборонительный бой соединения может начаться с действий по отражению массированных огневых ударов авиации, ракетных войск и артиллерии, разведывательно-ударных комплексов, действий воздушных десантов, аэромобильных подразделений и частей диверсионно-разведывательных групп и вторжения его общевойсковых частей и соединений. Таким образом, с самого начала боевые действия во всей полосе обороны воинской части (соединения) могут принять объемный характер и различную интенсивность, в результате чего раненые и больные появятся еще до вторжения в полосу обеспечения сухопутных войск.

В этот период медицинская помощь в МПб и омедо должна оказываться в полном объеме. С переходом противника в атаку и увеличением количества СП объем медицинской помощи, особенно на направлении основного удара противника, придется сокращать до неотложных мероприятий.

Основные усилия медицинской службы соединения следует сосредоточить на сохранении жизни максимальному числу раненых, то есть на проведении простейших медицинских мероприятий, направленных на розыск, сбор, оказание первой помощи и доставке пострадавших в МПб и омедо.

Во время ВОВ было возвращено в строй 72,3 % раненых и 90,3 % больных. В локальной войне в РА было возвращено 77,9 % раненых и 99,2 % больных.

Смерть раненых на поле боя в ВОВ составляла, по данным разных авторов, от 21 до 36,6 %. Причем в 40 % случаев причиной смерти являлись кровопотеря

и шок. По данным Э. А. Нечаева, этот показатель в Афганистане был равен 19,5 %, т. е. разница незначительная при том, что за сутки в соединениях СП составляли 10–15 человек, а это зависит от эффективности и своевременности оказания первой помощи, не говоря уже о врачебной.

По данным опыта советской медицины в ВОВ, первую помощь в течение часа получали: раненые в плечо — 61–79 %, бедро — 53–72 %, голень — 61–78 %, т. е. от 21 до 47 % раненых получили ее позже часа. Поэтому и время поступления раненых на ДМП превышало официально установленное. Так, в разных компаниях 1943 и 1944 годов до 12 часов на ДМП поступало от 46 до 69 % раненых, а остальные 31–54 % — позже 12 часов.

По данным С. С. Гирголова, охватывающим все годы ВОВ, от 54 до 59,5 % раненых получали квалифицированную хирургическую помощь в срок от 12 до 72 часов.

Исследования Н. Н. Еланского показывают, что первичная хирургическая обработка раненых с огнестрельными переломами костей в битве под Москвой была оказана после 24 часов в 55–60,5 % случаев. Это обуславливало высокую летальность раненых (5,7 %) и увольняемость (22,0 %). Эти показатели в Афганистане составили соответственно 4,0 % и 21,9 %.

Анализируя долю погибших на поле боя, летальность, число возвращенных в строй, сроки оказания медицинской помощи, можно сделать вывод, что эффективность и качество МО войск как в период ВОВ, так и в Афганистане не исчерпали своих возможностей, требуют критического осмысления и новых подходов.

Тщательный анализ летальных исходов погибших в бою в горно-пустынной местности в Афганистане показывает, что в 55 % случаев первая помощь оказывалась не в полном объеме, а в 15–20 % такая помощь отсутствовала вообще (М. А. Величко). Этот же анализ показал, что многие солдаты и санитарные инструкторы в Афганистане в первом периоде не имели необходимых знаний и практических навыков по оказанию первой помощи. Как показывает боевой опыт Афганистана, штатный медицинский состав подразделений и частей был не в состоянии быстро оказать первую помощь раненым, в связи с чем показатели качества оказания первой помощи раненым и больным были весьма плачевными.

Отсюда вывод — обучить каждого солдата, сержанта и офицера правилам оказания первой помощи.

На IV Международном конгрессе по проблемам оказания неотложной медицинской помощи раненым в 1985 г. подчеркивалась необходимость немедленного оказания медицинской помощи на поле боя, обращалось внимание на целесообразность тщательной подготовки всех военнослужащих к оказанию первой помощи.

Путем обращения к опыту предшествующих войн спрогнозировано число раненых на каждую тысячу пораженных, которые при отсутствии медицинской помощи погибнут в различные сроки. Так, если с момента ранения до эвакуации с поля боя в течение часа погибнет 19,5 %, то к исходу суток — уже 32 %, а в течение недели — 53,9 %. Значительно улучшить исходы ранений, снизить летальность можно лишь путем совершенствования помощи на поле боя.

Анализ летальных исходов среди раненых за последние десятилетия показал, что 20 % от числа безвозвратных потерь составили убитые в бою, а около 50 % — раненые, умершие от потери крови в течение первого часа после ранения. Предположив наличие линейной зависимости между летальностью среди раненых и сроками их доставки в МП, можно спрогнозировать вероятность гибели раненых в будущем при их эвакуации с поля боя в течение часа.

Медицинская служба армии США во Вьетнамской войне достигла высоких результатов, снизив летальность до 2,3 % вследствие ранней доставки раненых (через 1–2 часа) в лечебные учреждения благодаря использованию для целей эвакуации вертолетов. Таким образом, опыт деятельности военных медиков в ВОВ, послевоенных локальных войнах, а также в ликвидации последствий стихийных бедствий требует всестороннего глубокого изучения, сопоставления данных, переосмысления устоявшихся представлений о малоизученных возможностях оказания помощи пострадавшим в догоспитальном периоде.

Исходя из этих теоретических предпосылок и следует осуществлять организацию ЛЭО частей и подразделений воинской части (соединения) в ходе оборонительного боя. При этом следует иметь в виду, что готовность ЭМЭ к работе должна соответствовать срокам готовности войск. Поэтому необходимо заблаговременно силы и средства, находящиеся в распоряжении НМС воинской части (соединения), распределять и направлять в подразделения и части с учетом задач, которые им предстоит выполнять в ходе обороны.

В типичном варианте полоса обеспечения обороняется батальонами от бригад первого или второго эшелона. В этом случае ЛЭМ организуются соответствующими начальниками медицинской службы бригад, а непосредственно выполняются начальниками МПб, которые следует усиливать санитарными транспортерами и санитарными автомобилями за счет МПб или даже омедо соединения.

Так как боевые действия подразделений в полосе обеспечения носят, как правило, маневренный характер, следует стремиться основные усилия медицинской службы сосредоточить на сборе и выносе (вывозе) раненых на МПб, оказании им первой медицинской и доврачебной помощи и подготовки к эвакуации, которая должна вестись в ближайшие МПб первого эшелона.

На санитарных автомобилях эвакуируются носилочные раненые, а легкокораненые — на боевых машинах и другой бронетехнике одновременно с отходом подразделений на новые позиции. Сбор легкокораненых и эвакуация их в омедо возможны только после отхода мсб (тб) в полосу обороны своего батальона.

Деятельность медицинской службы в ходе оборонительного боя организуется с учетом конкретной обстановки. Во всех случаях главное внимание уделяется быстрейшему розыску раненых, оказанию им первой медицинской помощи, сбору и вывозу (выносу) с поля боя. При переходе к обороне медицинская служба соединения первого эшелона разворачивает:

– МПб — в батальонных районах обороны в глубине вторых эшелонов (резерве) батальонов;

– МП отдельных воинских частей и подразделений — в полосе действия соединения в районах, позволяющих обеспечить их максимально эффективное использование;

– омедо (медр) — в глубине второго эшелона соединения, в районе развертывания подразделений тыла бригады;

Выделенный для усиления медицинской службы соединения и действующий в интересах соединения омедо по решению вышестоящего НМС может развертываться:

– за вторым эшелоном соединения на противоположном фланге от расположения омедо соединения;

– вблизи района развертывания омедо соединения, но на другом эвакуационном направлении;

– частью сил и средств в районе ТПУ с созданием резерва сил и средств для их выделения в развернутые подразделения омедо (медр) и МПб.

Омедо, действующий в интересах соединений второго эшелона, находится в их тыловом районе в готовности к развертыванию на месте или выдвигению для МО соединений при проведении ими контрудара.

Инженерное оборудование района развертывания военных медицинских частей и медицинских подразделений, независимо от условий перехода соединения к обороне, включается в перечень работ первой очереди.

МО передовых отрядов в полосе обеспечения организует НМС ОК, а подразделений, обороняющих передовую позицию, — НМС соединения, от которого они выделены.

Передовые отряды и подразделения, обороняющие передовую позицию, усиливаются средствами розыска раненых и больных, их сбора и эвакуации. МП подразделений, действующих в полосе обеспечения, обычно усиливаются автоперевозочной и врачом с имуществом для оказания первой врачебной помощи. Роты, действующие на отдельном направлении, усиливаются фельдшером и медицинским имуществом для оказания доврачебной (фельдшерской) помощи.

Раненые и больные эвакуируются из передовых отрядов в МПб и омедо (медр) соединений первого эшелона оперативного построения. При отходе передового отряда для эвакуации раненых и больных из подразделений, обороняющих передовую позицию, кроме санитарно-транспортных средств используются транспорт общего назначения и боевые машины.

Санитарные инструкторы рот и стрелки-санитары, получая информацию от командиров рот и взводов о появлении раненых в подразделениях, используя оборонительные сооружения, ротные и взводные укрытия, защитные свойства местности, скрытно приближаются к ним, оказывают первую медицинскую помощь и укрывают от повторных поражений. Особенно тщательно обследуют возможные места нахождения раненых: завалы, разрушенные оборонительные сооружения, зоны пожаров и т. д. При необходимости к этой работе привлекается личный состав подразделений.

Санитары-носильщики, санитары и личный состав, выделенный командирами, после оказания раненым и пострадавшим первой медицинской помощи выносят их из мест укрытия к ПСТ, МПР, а иногда и в МПб. При наличии возможности, раненые и больные, доставленные на ПСТ, перегружаются в транспортные средства и на них эвакуируются в МПб, где им оказывается доврачебная и первая врачебная и медицинская помощь. При невозможности вывоза

раненых и больных за пределы ротного опорного пункта они сосредоточиваются на МПР. Для предупреждения повторных поражений при выносе (вывозе) раненых и больных максимально используются имеющиеся оборонительные сооружения и защитные свойства местности.

После оказания в МПб доврачебной и первой врачебной медицинской помощи раненых и пострадавших эвакуируют в омедо (медр) транспортом последнего, однако в случае необходимости для эвакуации может быть использован санитарный транспорт воинских частей и подразделений, а также транспорт общего назначения.

В омедо (медр) в зависимости от обстановки раненым и больным оказывают первую врачебную помощь и КМП в полном или сокращенном объеме, после чего они эвакуируются санитарными транспортными средствами вышестоящего НМС.

При угрозе выхода противника в район развертывания омедо (медр) соединения и в случае вклинения противника в оборону наших войск он высвобождается от раненых и больных и готовится к перемещению на новое место. При этом объем медицинской помощи раненым и больным сокращается. Раненые и больные эвакуируются на ЭМЭ, развернутые в глубине обороны, всеми санитарными транспортными средствами и транспортом общего назначения.

В период перемещения ЭМЭ поток раненых и больных из воинских частей (подразделений) переключается на заблаговременно развернутые в новых местах МПб других воинских частей и омедо (медр), развернутые в глубине обороны.

3.17. МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ В НАСТУПАТЕЛЬНОМ БОЮ

3.17.1. УСЛОВИЯ (ФАКТОРЫ), ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ В НАСТУПАТЕЛЬНОМ БОЮ

Перед рассмотрением основных факторов и условий, оказывающих влияние на деятельность медицинской службы в наступательном бою, следует определить общие принципы, которыми должна руководствоваться войсковая медицинская служба при организации МО войск (сил) в наступательном бою. К таким принципам относятся:

- четкое планирование МО и своевременная подготовка медицинской службы;
- тщательное проведение медицинской разведки при подготовке и в ходе наступления;
- своевременные розыск и сбор раненых и больных, оказание им первой медицинской помощи на поле боя и в очагах массовых СП, их вывоз (вынос) с поля боя и эвакуация в омедо;
- маневр подразделениями медицинской службы с целью их приближения к районам (рубежам) СП и развертывания для оказания соответствующих видов медицинской помощи;
- усиление нижестоящего звена медицинской службы необходимыми силами и средствами;

- установление в омеде соединения объема медицинской помощи, соответствующего обстановке и обеспечивающего возможно раннее оказание первой врачебной помощи в полном объеме всем нуждающимся в ней раненым и больным;
- создание, своевременное использование и восстановление резерва сил и средств медицинской службы;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в войсках при подготовке к наступлению в ходе боя;
- создание запасов медицинского имущества и своевременный подвоз его в части;
- четкое управление медицинской службой, особенно в динамике наступательного боя.

Кроме того, при организации МО соединения (воинской части) в наступлении необходимо учитывать:

- место соединения в оперативном построении (боевом порядке) объединения;
- способ перехода соединения в наступление (с выдвиганием из глубины или из непосредственного соприкосновения с противником);
- боевые задачи соединения, построение боевого порядка, организацию боя и тылового обеспечения;
- характерные черты современного наступательного боя: решительность, высокая маневренность, напряженность и скоротечность, быстрые и резкие изменения обстановки, развертывание боевых действий на широком фронте, на большую глубину и ведение их в высоком темпе;
- построение обороны противника, возможный характер его боевых действий и применение различных видов оружия;
- умение командиров организовать и вести наступление;
- возросшие возможности противника по применению современных видов обычного оружия на всю глубину боевого порядка наступающего соединения в любой момент времени;
- высокую эффективность современных видов обычного оружия и, как следствие, значительные по величине и сложные по структуре СП, неравномерность их распределения как по задачам бригады, так и по элементам боевого порядка;
- задачи, поставленные перед медицинской службой, ее состав и состояние;
- медико-географические и метеорологические условия.

В наступательном бою войска действуют, как правило, на недостаточно изученной, только что освобожденной от противника территории, состояние которой часто осложняет работу медицинской службы из-за значительных разрушений зданий, дорог, мостов и т. п.

Местность эта может быть также неблагополучной в санитарно-эпидемиологическом отношении, а ее обширные участки оказаться зараженными отравляющими, радиоактивными и биологическими веществами. Это предопределяет необходимость своевременного проведения медицинской разведки, специальных противоэпидемических и других профилактических мероприятий в войсках.

Насыщение войск боевой техникой, высокие темпы наступления, массовые СП определяют необходимость быстрейшего сбора раненых и больных, их укрытия и вывоза с поля боя с тем, чтобы исключить возможность гибели от повторного поражения.

Подразделения медицинской службы должны продвигаться и развертываться на новых рубежах для своевременного приема раненых и больных и оказания им медицинской помощи. Это продвижение, а также эвакуация раненых нередко будут затруднены в связи с занятостью дорог совершающими маневр войсками второго эшелона и резервами. Поэтому в условиях наступательного боя имеет особое значение хорошее знание обстановки и согласование маневра подразделений медицинской службы с маневром войск. Очень важно, чтобы все подразделения, части и учреждения медицинской службы были подготовлены к быстрому свертыванию и выдвигению в намеченные районы. Они должны быть способны к развертыванию в короткие сроки.

Успех МО боевых действий соединения (воинской части) в наступлении возможен только в том случае, если НМС соединения, начальники МПб и санитарные инструкторы рот четко будут знать свою задачу, а также постоянно будут знать боевую, тыловую и медицинскую обстановку в части, их касающейся.

Высокие темпы наступления, маневренный характер боевых действий, возможность возникновения очагов массовых потерь вызывают необходимость максимально приближать медицинские подразделения к войскам, рубежам наибольших СП. Это необходимо для своевременного проведения ЛЭМ и для создания возможности МП более продолжительное время работать на одном месте. Потребуется создание резерва сил и средств медицинской службы, который будет использоваться для решения внезапно возникающих задач, в первую очередь, при ликвидации последствий применения противником ОМП.

3.17.2. ЗАДАЧИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ВЕДЕНИЮ НАСТУПАТЕЛЬНОГО БОЯ

Успешное обеспечение наступательного боя во многом зависит от качества, своевременности и полноты мероприятий, проводимых медицинской службой в подготовительный период. В то же время перечень данных мероприятий и полнота их выполнения определяются продолжительностью этого периода, сложившейся обстановкой и характером предстоящих боевых действий.

Подготовительный период должен быть максимально использован для проведения необходимых мероприятий медицинской службы, вытекающих из сложившейся обстановки. Сюда следует отнести, прежде всего, подготовку сил и средств мед службы к обеспечению предстоящего боя. При подготовке к наступлению осуществляются следующие мероприятия:

- принятие решения и планирование МО;
- постановка задач подчиненным;
- освобождение медр (МПб) и омедо от раненых и больных;
- сосредоточение медр (МПб) и омедо в новых районах с учетом задач, стоящих перед частями, в готовности к выдвигению или развертыванию;
- доукомплектование личным составом, транспортом, пополнение недостающим имуществом, создание его запасов;
- получение средств усиления от вышестоящего НМС, распределение сил и средств в соответствии с принятым решением, создание резерва;

– обеспечение личного состава соединения индивидуальными средствами медицинского оснащения военнослужащих;

– обучение личного состава правилам оказания первой медицинской помощи;

– проведение личному составу профилактических прививок (по показаниям).

Срок готовности медицинской службы к МО определяется временем готовности бригады к наступлению.

НМС бригады обычно не составляет специального плана подготовительных мероприятий. Однако в расчете времени он должен предусмотреть последовательность проведения и перечень этих мероприятий. В частности, до начала боя определяются организация и порядок проведения медицинской разведки в ходе боя, мероприятия по надзору за питанием, водоснабжением войск и др.

Работу по организации МО бригады в бою НМС начинает сразу после указаний командира бригады о предстоящих боевых действиях. С учетом полученных указаний от командира, а также указаний вышестоящего НМС: оценивает обстановку, принимает решение по организации МО соединения, доводит его до подчиненных, организует взаимодействие и управление.

При выработке решения особое внимание обращают на организацию розыска, оказание первой медицинской помощи раненым, розыск, сбор, вынос (вывоз) и эвакуацию раненых поля боя, распределение сил и средств медицинской службы в исходном положении и маневра ими в ходе боя с целью обеспечения непрерывности в оказании медицинской помощи.

Организуя розыск, оказание первой медицинской помощи раненым, их сбор и вывоз (вынос) с поля боя, важно определить потребность в силах и средствах для выполнения этих задач.

По опыту ВОВ и локальных конфликтов, для оказания первой медицинской помощи одному раненому без оттаскивания его в ближайшее укрытие санитар затрачивает от 5–10 до 20 мин. При этом на приближение к раненому в среднем расходуется 1–2 мин, на оказание первой медицинской помощи — 6–7 мин, на обозначение места нахождения раненого — 2–3 мин, на возвращение в свой взвод — 8–10 мин.

Первая медицинская помощь оказывается 50–60 % раненым в порядке само- и взаимопомощи, 40–50 % — санитарями, санитарями-носильщиками и санитарными инструкторами. В вывозе (выносе) с поля боя нуждается примерно 50–60 % раненых от общего их числа. Если вынос осуществляется санитарями-носильщиками, то одно звено (два человека) за день боя может вынести 6–8 раненых.

Решение на МО, как правило, принимается по карте и уточняется при наличии времени на местности. С этой целью НМС бригады проводит *рекогносцировку*, в которой обычно принимают участие начальники МПб, командир медр.

В ходе рекогносцировки уточняются пути выноса, вывоза и эвакуации раненых с поля боя, место развертывания медр, маршруты и порядок перемещения омеда и МПб, объем и содержание работы по подготовке района развертывания омеда в исходном положении.

Во время рекогносцировки организуется взаимодействие по вопросам розыска, оказания первой медицинской помощи раненым, их сбора и вывоза (выноса) с поля боя, организации работы МПб в бою, обеспечения непрерывности

в оказании первой врачебной помощи раненым и больным при перемещении омедо в новый район, эвакуации раненых и больных из МПб и др.

При рекогносцировке устанавливается также взаимодействие с МП, развернутыми на маршрутах выдвижения бригады или вблизи их, выявляется СЭС маршрута выдвижения бригады и района действий.

При рекогносцировке порядок работы НМС по организации МО наступательного боя с выдвижением из глубины и из непосредственного соприкосновения с противником одинаков, однако в последнем случае он большую часть работы проводит на местности.

НМС, организуя МО боя, должен **как можно раньше** поставить задачи подчиненным, чтобы у них было больше времени для проведения необходимых мероприятий по подготовке к работе в боевых условиях. А это во многом зависит от методов выработки решения на МО боя.

При планировании МО боя методом **параллельной работы** (применяется при ограниченном по времени подготовительном периоде) начальники МПб и командир омедо должны начинать выработку решения непосредственно во время рекогносцировки, проводимой НМС бригады, а при организации МО боя методом **последовательной работы** (при продолжительном подготовительном периоде) — после окончания рекогносцировки и принятия решения НМС бригады.

Свое решение НМС бригады оформляет в виде **плана медицинского обеспечения бригады в наступлении**, утверждает у командира бригады и доводит его до начальников медицинской службы — начальников МПб, командира омедо.

В решении обычно указывается:

- место расположения омедо к началу наступления и предполагаемый порядок его перемещения в ходе боя;
- объем медицинской помощи в омедо и МПб;
- пути и порядок эвакуации раненых и больных в омедо, организация их сбора и вывоза (выноса) при выдвижении на рубеж атаки и в ходе боя;
- средства усиления, направляемые в батальоны;
- порядок снабжения медицинским имуществом в ходе боя;
- мероприятия медицинской службы по защите от ОМП;
- санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, и порядок связи;
- назначенные на усиление бригаде вышестоящим НМС силы и средства;
- район развертывания омедо в исходном положении и порядке эвакуации раненых и больных из омедо;
- резерв сил и средств медицинской службы (место его размещения, порядок перемещения и использования).

Мероприятия, выполняемые НМС-НМПб. Начальник МПб, уяснив задачу батальона, а также указания НМС бригады, оценивает обстановку и определяет вероятные районы (рубежи) наибольших СП, порядок оказания первой медицинской и доврачебной помощи, розыска, сбора, вывоза (выноса) раненых с поля боя, направление движения МПб в ходе наступления. Свои соображения по этим вопросам, а также об организации основных мероприятий медицинской защиты личного состава батальона, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий он докладывает командиру батальона.

После этого начальник МПб ставит задачи санитарным инструкторам рот, приданным силам и средствам. Обычно он указывает порядок розыска и оказания первой медицинской помощи раненым, их сбора и вывоза (выноса) с поля боя, средства усиления, выделяемые в роты; место нахождения МПб в исходном положении, порядок и ось его перемещения в ходе боя и другие вопросы в зависимости от обстановки.

Мероприятия, выполняемые санитарным инструктором роты. Санитарные инструкторы рот:

- тщательно обследуют местность;
- ставят задачи санитарам-стрелкам;
- намечают и обозначают пути вывоза раненых (выноса);
- выбирают возможные места подхода санитарного транспорта;
- проверяют наличие у личного состава рот индивидуальных средств медицинского оснащения военнослужащих;
- при необходимости обучают личный состав правилам оказания первой медицинской помощи при боевых поражениях.

Перечень работ, который необходимо провести, докладывается командиру роты. Важнейшим мероприятием является подготовка сил и средств медицинской службы к бою. Она заключается: в повышении боевой готовности омеда (медр), МПб; высвобождении их от раненых и больных, доукомплектовании личным составом и техникой; обеспечении медицинским имуществом и другими материальными средствами; в подготовке медицинского состава бригады, техники и медицинского имущества к работе в боевой обстановке, а также медицинских подразделений к работе в условиях применения противником ОМП.

В инженерном отношении оборудуются места развертывания (работы) МП, намечаются маршруты выхода из зон заражения, устанавливаются сигналы оповещения при использовании противником ОМП, создаются положенные запасы медицинского и вещевого имущества.

С целью **боевого слаживания** медицинских подразделений, изучения опыта МО боевых действий с медицинским составом проводятся занятия по специальной и тактико-специальной подготовке, а если позволяет время, то и тактико-специальные учения по темам применительно к местности и характеру предстоящего боя.

В этот период в бригаду, как правило, прибывают средства усиления. В зависимости от решаемых бригадой задач, ее места в боевом построении медицинская служба бригады может усиливаться силами и средствами вышестоящего НМС и командира бригады. Обычно медицинской службе бригады, действующей в первом эшелоне на главном направлении, вышестоящим НМС выделяются 1–2 санитарных автомобиля, 2–3 звена санитаров-носильщиков. Недостающее количество транспортных средств, личного состава для сбора и эвакуации раненых с поля боя выделяется командиром бригады.

НМС бригады средствам усиления ставит конкретные задачи. Свои и приданные силы и средства в соответствии с принятым решением к началу наступления занимают установленные им места в боевом построении бригады.

Медицинские пункты батальонов и омедо соединения в подготовительный период, как правило, не развертываются или развертываются частью сил, проводят нуждающимся амбулаторное лечение, а также обследование лиц, подвергшихся воздействию поражающих факторов оружия массового уничтожения, но сохранивших боеспособность.

С учетом санитарно-гигиенического и эпидемического состояния личного состава бригады, района его размещения и действий, характера природных и климатических условий проводятся конкретные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия. В подразделениях бригады выявляются и изолируются инфекционные больные, осуществляется плановая и по эпидемическим показаниям иммунизация личного состава, усиливается санитарный надзор за организацией питания и водоснабжения личного состава.

Одной из основных задач, решаемых в подготовительный период, является проведение *мероприятий медицинской службы по защите личного состава от ОМП*.

Личный состав обеспечивается средствами профилактики и оказания первой медицинской помощи при поражении современными боевыми средствами. С личным составом проводят практические занятия по правилам пользования этими средствами и оказания первой медицинской помощи на поле боя и в очагах поражения, а с офицерами, кроме того, — по организации оказания первой медицинской помощи в подразделениях в наступлении.

3.17.3. ЗАДАЧИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ В ХОДЕ НАСТУПАТЕЛЬНОГО БОЯ

Основные усилия медицинской службы соединения (воинской части) в наступательном бою должны быть направлены на обеспечение частей и подразделений, действующих: на направлении главного удара, на других направлениях, в отрыве от главных сил (передовой отряд, театра военных действий, специальный, обходящий и рейдовые отряды).

МО соединения (воинской части) в исходном положении для наступления организуется по-разному в зависимости от характера предстоящего боя и его организации.

3.17.3.1. Организация медицинского обеспечения боевых действий в условиях наступления соединения (воинской части) на обороняющегося противника из положения непосредственного соприкосновения с ним

При наступлении на обороняющегося противника из непосредственного соприкосновения с ним МО соединения (воинской части) в исходном положении организуется следующим образом.

Санитарный инструктор роты проверяет наличие и пополняет недостающее медицинское оснащение у личного состава, намечает места укрытия раненых и пути их выноса (вывоза) с поля боя, устанавливает порядок совместной работы с бригадными подразделениями сбора и эвакуации, если они выделяются на направлении действий роты, инструктирует и укомплектовывает медицинским имуществом санитаров-стрелков взводов, уточняет взаимодействие с МПб.

МПб к началу наступления располагается в укрытиях непосредственно за боевыми порядками своих батальонов. При МПб первого эшелона соединения находятся средства сбора и эвакуации раненых, выделенные НМС бригады (санитары, санитарный транспорт).

Врач (фельдшер) батальона намечает маршрут (ось) перемещения МПб за своим батальоном, определяет порядок выноса (вывоза) раненых из рот.

Омедо может развертываться в исходном положении для наступления в укрытиях на удалении от переднего края. В случае надежного поражения обороны противника и атаки в едином бронированном боевом порядке омедо может не развертываться, а продвигаться за первым эшелоном бригады и развертывается в последующем в зависимости от обстановки. Для оказания раненым первой врачебной помощи в этом случае с началом боя обычно развертывается автоперевязочная или используются МП специальных частей, развернутые к началу наступления. Такое последовательное развертывание МП и автоперевязочной обеспечивает непрерывность в оказании первой врачебной помощи.

К началу наступления НМС бригады направляет в батальоны средства сбора и эвакуации раненых, сохраняя часть в резерве, который сосредотачивает при омедо и использует его для усиления батальонов (в том числе при вводе в бой батальона второго эшелона).

При омедо бригад первого эшелона к началу наступления обычно находится санитарный транспорт, выделенный вышестоящим НМС.

3.17.3.2. Медицинское обеспечение в условиях наступления соединения (воинской части) с выдвиганием из глубины

МО соединения (воинской части) при наступлении на обороняющегося противника с выдвиганием из глубины включает: МО в исходном районе, при выдвигании к рубежу перехода в атаку, МО атаки и в ходе боя.

В исходном районе медицинские части и подразделения осуществляют подготовку к работе в предстоящем бою и находятся в постоянной готовности к выдвиганию. МПб размещаются в районах расположения своих частей (подразделений), медр — в районе размещения бригадного тыла.

Медицинская помощь раненым и больным в исходном районе оказывается: первая медицинская и доврачебная — в подразделениях и МПб; первая врачебная — в МПб и в частично развернутой медр бригады; квалифицированная — в ближайших лечебных учреждениях, эвакуация в которые, как правило, проводится транспортными средствами вышестоящего звена медицинской службы. К началу выдвигания медицинские подразделения свертываются и занимают отведенные места в походных колоннах.

МПб следуют в составе походных колонн батальонов, омедо бригады — за первым эшелоном бригады или в голове колонны тыла бригады. Силы и средства, выделенные для усиления МПб, заблаговременно направляются в них.

Первая медицинская помощь раненым и больным **при выдвигании войск к рубежу перехода в атаку** оказывается в порядке само- и взаимопомощи, санитарями-стрелками и санитарными инструкторами рот непосредственно в боевых машинах (автомобилях) или после извлечения из них. Раненых и больных, находящихся в боевых машинах (автомобилях), сохранивших подвижность, как пра-

вило, оставляют на месте до рубежа спешивания или появления другой возможности выгрузки из них; раненые и больные, находящиеся в вышедших из строя боевых машинах (автомобилях), также остаются в них или извлекаются и сосредотачиваются в укрытиях вблизи дороги.

Места нахождения раненых и больных обозначаются хорошо заметными знаками. Сбор раненых и больных осуществляется санитарным транспортом и специально оборудованными транспортными средствами общего назначения, выдвигающимися с МП и в замыкании колон.

3.17.3.3. Мероприятия медицинской службы при медицинском обеспечении соединения (воинской части) при прорыве обороны и бое в глубине обороны противника

Персональная ответственность командиров за МО подразделений, помощь, которую они оказывают медицинской службе, выделяя личный состав и технику для розыска, сбора и вывоза (выноса) раненых, позволяют медицинской службе успешно справиться со своими задачами в сложной и напряженной боевой обстановке.

Перед боем, в исходном положении для наступления или перед маршем из выжидательного района санитарный инструктор роты получает от командира роты боевую задачу.

Начальник МПб дает санитарному инструктору указания о порядке оказания первой медицинской помощи раненым и больным, сбора и вывоза их из подразделений в период выдвижения на рубеж атаки, при атаке переднего края противника и в ходе боя, о порядке работы МПб в бою, маршруте его перемещения в ходе боя.

При атаке в едином бронированном боевом порядке (без спешивания мотострелковых подразделений) первая медицинская помощь раненым и больным оказывается в порядке само- и взаимопомощи в боевых машинах.

После ее оказания раненые и больные при первой возможности высаживаются из боевых машин, укрываются и обозначаются хорошо заметными знаками, а при наличии — и радиопередающими устройствами.

Бронированные медицинские машины на базе многоцелевых транспортеров легких бронированных (МТ-ЛБ) следуют за боевыми порядками рот, осуществляют розыск раненых и больных, сосредотачивают их в укрытиях («гнездах» раненых) на маршруте перемещения МПб или вывозят непосредственно на МПб. Маршрут движения БММ должен обеспечить розыск раненых и больных во всех местах возможного их нахождения.

Санитары с БММ оказывают первую медицинскую помощь нуждающимся в ней раненым и больным. С БММ раненых могут передавать непосредственно на санитарные машины омеда в целях быстрой эвакуации.

При наступлении в комбинированном боевом порядке со спешиванием мотострелковых подразделений первая медицинская помощь раненым и больным из мотострелковых подразделений оказывается в порядке само- и взаимопомощи, а также санитарями-стрелками взводов и санитарными инструкторами рот, находящимися в боевых порядках своих подразделений. Сбор и вывоз раненых

с поля боя проводятся так же, как и при атаке в едином бронированном боевом порядке.

Санитарный инструктор роты, находясь в боевых порядках роты, с помощью санитаров-стрелков взводов оказывает первую медицинскую помощь тяжелораненым и организует их вывоз в укрытия, обозначает последние и указывает водителям БММ и санитарных автомобилей. Значительная часть легкораненых выходит с поля боя самостоятельно.

Санитарный инструктор и санитары-стрелки, выполняя свои задачи, в то же время не должны отставать от своих подразделений. Поэтому часто они не смогут обнаружить всех раненых и оказать им первую медицинскую помощь.

Опыт ВОВ, а также анализ результатов учений показывают, что на оказание первой медицинской помощи только одному тяжелораненому даже без оттаскивания его в ближайшее укрытие требуется от 5 до 20 мин.

Поэтому общее руководство сбором раненых, оказанием им первой мед. помощи, их вывозом из укрытий или мест поражения на ось движения МПб должен осуществлять врач (фельдшер) батальона (дивизиона), используя для этого свои и приданные средства (санитарные машины подразделений сбора и эвакуации).

МПб к началу наступления на обороняющегося противника располагаются в укрытиях за боевыми порядками своих батальонов. При МПб первого эшелона бригады находятся средства сбора и эвакуации раненых, выделенные НМС бригады для работы на направлении данного батальона (сан. автомобили). Врач (фельдшер) батальона намечает направление перемещения МПб за наступающим батальоном и определяет порядок вывоза (выноса) раненых и больных из рот.

Следуя по намеченной оси перемещения, МПб задерживается возле укрытий, где сосредоточены раненые, для оказания нуждающимся раненым доврачебной помощи и первой врачебной.

Начальник МПб при наличии транспорта обеспечивает погрузку раненых в транспортные средства, осуществляющие эвакуацию в омеда. О местах сосредоточения раненых он докладывает НМС бригады. Для облегчения их обнаружения и эвакуации такие места сосредоточения раненых обозначаются хорошо заметными знаками. НМС бригады должен осуществлять постоянный контроль за ходом вывоза раненых с поля боя и своевременностью их доставки из батальонов в омеда. При необходимости он организует дополнительный розыск и вывоз раненых в тех местах, где подразделения понесли наибольшие потери, а также там, где по условиям местности розыск был затруднен (лес, кустарник, населенные пункты и т. п.).

Омеда соединения первого эшелона может развертываться в исходном положении для наступления в укрытиях за первыми эшелонами своих бригад на удалении от переднего края.

В одном районе с омеда к началу боя целесообразно развертывать МП группы артиллерии, что облегчает последующий маневр МП, омеда, так как при перемещении одного из них второй может оставаться на месте, осуществляя прием раненых и больных и оказание им медицинской помощи. Указанный порядок размещения МП, омеда должен быть определен в плане МО.

При переходе в наступление из положения обороны омето соединения первого эшелона при необходимости перемещаются в новые районы, назначаемые с учетом перегруппировки и смены войск. Особое внимание следует обращать на скрытность перемещения, недопущение скученности или действий, которые могут раскрыть подготовку к наступлению.

Омето бригады второго эшелона к началу боя не развертываются. Их сосредотачивают в укрытиях в готовности к движению за первыми эшелонами своих бригад. В случае появления в этих бригадах небольшого числа раненых и больных они после оказания доврачебной помощи подлежат эвакуации в медицинские части и организации Центра.

В ходе наступления омето выполняет свои задачи, сочетая работу с перемещениями за обеспечиваемыми подразделениями.

Периодичность перемещения зависит от темпов наступления, количества раненых и больных, мест их нахождения, состояния путей эвакуации и других условий обстановки с таким расчетом, чтобы сроки поступления на них раненых не превышали 4–5 часов после ранения. Омето не должен отставать от подразделений первого эшелона бригады более чем на 6–8 км.

Срок и район развертывания омето определяется командиром бригады по докладу НМС как можно ближе к рубежу (району) наибольших СП. Омето бригады второго эшелона с началом наступления следует за первым эшелоном своей бригады и развертывается, как правило, при вводе в бой бригады в бой и появлении раненых.

Для перемещения омето имеющиеся раненые и больные эвакуируются. При нарушениях эвакуации из омето с разрешения командира бригады раненые и больные до эвакуации могут оставаться на месте под наблюдением медицинского состава и охраной или перевозиться за собой. НМС бригады немедленно докладывает вышестоящему НМС о месте и количестве раненых и больных.

При перемещении омето не должна нарушаться непрерывность в оказании раненым и больным первой врачебной помощи. Это достигается использованием автоперевязочной омето, направлением раненых из подразделений бригады в МП приданных (специальных частей), в омето соседних бригад, т. е. осуществляется маневр силами и средствами, объемом медицинской помощи.

В условиях успешно развивающегося наступления омето в течение дня боя может перемещаться и развертываться 1–2 раза.

Объем медицинской помощи в омето в наступательном бою зависит от конкретных условий обстановки. При поступлении большого числа раненых и частых перемещениях омето он ограничивается неотложными мероприятиями первой врачебной помощи. При благоприятных условиях, т. е. при отсутствии необходимости частых перемещений омето, относительно небольшом поступлении на нее раненых и больных объем медицинской помощи может быть расширен до проведения мероприятий первой врачебной помощи в полном объеме. Объем медицинской помощи в омето в наступательном бою определяется вышестоящим НМС и зависит от условий боевой и медицинской обстановки.

При наступлении из положения обороны в зависимости от обстановки и времени на подготовку к наступлению омето иногда может оставаться на

прежнем месте, а не перемещаться в другой район, взаимодействуя с другими медицинскими подразделениями (частями).

МО наступления бригады на обороняющегося противника из положения непосредственного соприкосновения с ним при прорыве обороны и развитии наступления войск осуществляется так же, как в наступлении на обороняющегося противника с выдвиганием из глубины.

При перемещении омедо важно сохранить непрерывность в оказании раненым и больным первой врачебной помощи. Это может быть достигнуто путем маневра потоком эвакуируемых раненых и больных, а также силами и средствами медицинской службы. Вид маневра определяется в каждом конкретном случае в зависимости от обстановки.

3.17.3.4. Мероприятия медицинской службы соединения при организации медицинского обеспечения соединения (воинской части) во встречном бою

При организации МО бригады во встречном бою необходимо учитывать:

- условия возникновения встречного боя (в ходе марша, при развитии наступления, при проведении контрудара (контратаки), при уничтожении воздушных десантов);

- характерные черты встречного боя (ограниченное время на его организацию, быстрое сближение сторон и вступление их в бой с ходу, напряженная борьба за выигрыш времени, захват и удержание инициативы, резкие и частые изменения обстановки, скоротечность боевых действий, их развертывание на широком фронте и на большую глубину, наличие значительных промежутков между частями и открытых флангов);

- организацию и ведение встречного боя;

- возможный характер применения противником различных средств поражения;

- организацию тылового обеспечения;

- характер последующих действий бригады; состав и состояние медицинской службы бригады к началу встречного боя;

- задачи, поставленные перед медицинской службой, и указания вышестоящего НМС по организации МО.

Основные мероприятия по подготовке к МО встречного боя, как правило, проводятся заблаговременно при подготовке соединений и частей к маршу, наступлению или к участию в контрударе (контратаке). С принятием командиром бригады решения на встречный бой организация МО уточняется.

Главные усилия медицинской службы сосредоточиваются на обеспечении передового отряда (авангарда) и главных сил бригады.

Передовой отряд (авангард) и тактический воздушный десант в зависимости от их состава усиливаются необходимыми силами и средствами вышестоящего НМС. При этом передовой отряд в составе батальона может усиливаться автоперевозочной и санитарно-транспортными средствами, авангард в составе батальона (роты) — силами и средствами медицинской службы для оказания первой врачебной (доврачебной) помощи и санитарно-транспортными средствами, тактический воздушный десант в составе батальона (роты) — силами и средствами медицинской службы для оказания первой врачебной (доврачебной) по-

мощи. Для проведения санитарно-эпидемиологической разведки маршрутов движения и рубежей развертывания медицинская служба батальона, назначенного в передовой отряд, усиливается силами и средствами СЭЛ бригады.

Во встречном бою омеда перемещается под прикрытием боевых частей (подразделений) так же, как в наступлении с выдвиганием из глубины с учетом конкретной обстановки. МП передового отряда или авангарда обычно развертывается с вводом в бой его главных сил как можно ближе к войскам.

С завязкой встречного боя передовым отрядом (авангардом) МП бригады обычно останавливаются вдоль дороги (на маршрутах движения); санитарный транспорт бригады направляется в район действий передового отряда (авангарда) для эвакуации раненых и больных. НМС бригады в это время на основе решения командира бригады уточняет свое решение на организацию МО встречного боя. С развертыванием главных сил бригады для встречного боя омеда развертывается обычно за боевыми порядками частей (подразделений) первого эшелона, действующих на направлении главного удара бригады.

Во встречном бою необходимо усиливать охрану и оборону подразделений медицинской службы, а также транспортных средств с ранеными и больными. Медицинские подразделения должны перемещаться и развертываться под прикрытием боевых частей (подразделений). При необходимости для их охраны и обороны командованием выделяются дополнительные силы и средства.

При возникновении встречного боя в ходе наступления или контрудара (контратаки) его МО в начале боя обычно осуществляется имеющейся группировкой сил и средств медицинской службы бригады.

При МО встречного боя НМС бригады должен предусматривать и проводить мероприятия по подготовке к обеспечению последующих боевых действий — преследования противника или боя по удержанию достигнутого рубежа.

При управлении медицинской службой во встречном бою особое внимание уделяется постоянному сбору информации о боевой и тыловой обстановке, наличии раненых и больных в подразделениях, в МП частей и в омеде, о ходе оказания им медицинской помощи и проведения эвакуации, быстрой и правильной оценке обстановки; уточнению ранее принятых решений, своевременной постановке задач подчиненным, как правило, путем передачи коротких распоряжений.

3.18. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО ГУМАНИТАРНОГО ПРАВА. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ВОЙНАХ И ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТАХ

3.18.1. ИСТОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО ГУМАНИТАРНОГО ПРАВА

Термин «Международное гуманитарное право» впервые был предложен в 50-х гг. XX в. известным швейцарским юристом Жаном Пикте, за сравнительно небольшой период получил широкое распространение и признание сначала в публицистике, в юридической литературе, а затем вошел в название Женевской дипломатической конференции (1974–1977) по вопросу о подтверждении

и развитии международного гуманитарного права, примененного в период вооруженных конфликтов.

Международное гуманитарное право (МГП) (право войны, право вооруженных конфликтов) — это совокупность международно-правовых норм и принципов, регулирующих защиту жертв войны, а также ограничивающих методы и средства ведения войны.

МГП, защищающее человека от последствий войны, основано на принципе человеколюбия и призвано обеспечивать защиту личности. Основной целью применения гуманитарного права является уменьшение страданий всех жертв вооруженных конфликтов, находящихся во власти неприятеля, будь то раненые, больные, потерпевшие кораблекрушение, военнопленные или гражданские лица.

До середины XIX в. соглашения о защите жертв войны носили случайный характер и налагали обязательства только на договаривающиеся стороны. В сущности, это были чисто военные соглашения, действующие только во время конфликта. Возникновение гуманитарного права, связанное с зарождением движения Красного Креста, резко изменило ситуацию: государства добровольно связали себя универсальным договором, применяемым в любое время и при любых обстоятельствах.

Швейцарский предприниматель и общественный деятель Жан Анри Дюнан (1829–1910) волею случая оказавшись 24 июня 1859 г. в залитых кровью и пылавших пожарами окрестностях ломбардской деревушки Сольферино (Италия) во время военного противостояния между объединенными войсками Франции, Пьемонта и Сардинии против австрийской армии, стал свидетелем одной из самых жестоких битв XIX века — т. н. битвой под Сольферино. Итог сражения — 40 тысяч убитых и раненых.

События, которые Дюнан увидел и описал в дальнейшем своей книге *«Воспоминания о Сольферино»*, перевернули всю его жизнь. Он забыл, зачем приехал, ее имея никаких медицинских знаний, как умел, накладывал раненым повязки, приносил еду, воду, табак, просто разговаривал с теми, кого посчитали безнадежными и оставили умирать без всякой помощи. Дюнан помогал всем — и своим, и солдатам противника. Его аргумент «все мы братья» до сих пор не удалось опровергнуть ни времени, ни меняющимся политическим настроениям.

Под впечатлением этой страшной картины у него и родилась идея создать общество защиты раненых воинов. В дальнейшем в своей книге Дюнан предложил для восполнения недостатков армейских санитарных служб готовить еще в мирное время добровольцев для оказания первой помощи раненым и обеспечить им нейтральный статус даже на поле боя.

Эту идею горячо поддержали соотечественники Анри Дюнана — адвокат Гюстав Муанье, генерал Гийом-Анри Дюфур, врачи Луи Аппиа и Теодор Монуар. Они основали Международный комитет помощи раненым, более известный как «Комитет пяти», который впоследствии стал *Международным Комитетом Красного Креста* (МККК).

Благодаря своей настойчивости этим энтузиастам удалось убедить швейцарское правительство в 1864 г. созвать международную конференцию, в которой приняли участие 12 государств. Важным результатом этой конференции

явилось подписание в том же году Женевской конвенции об улучшении участи раненых и больных воинов во время сухопутной войны. В ней говорилось, что всем раненым и больным военнoслужашим без какого-либо различия и независимо от того, к какой стороне они принадлежат, впредь будет обеспечиваться помощь и уход, а медицинский персонал, оборудование и санитарные учреждения будут пользоваться уважением и обозначаться отличительным знаком — красным крестом на белом фоне.

Первоначальная идея основателей МККК — способствовать созданию национальных обществ в различных странах мира — вскоре получила широкое распространение. В первые десять лет после возникновения движения были образованы 22 национальных общества, а в 1994 г. общества Красного Креста (КК) существовали уже в 162 странах всех частей света.

В конце Первой мировой войны 1914–1918 гг., вдохновленный быстрым распространением движения по всему миру и той неоценимой пользой, которую оно оказалось способным принести, американский банкир Генри П. Дэвидсон решил объединить национальные общества КК различных стран в федерацию по образцу Лиги Наций. В то время многие надеялись, что война с ее ужасами навсегда ушла в прошлое. Поэтому федерация, которую предполагалось создать, должна была сосредоточить свои усилия на мирной работе, направленной на улучшение здоровья людей, профилактику болезней и облегчение страданий в масштабах всего мира.

Этот замысел был вскоре претворен в жизнь, и на международной медицинской конференции в Каннах 5 мая 1919 г. была создана Лига обществ КК со штаб-квартирой в Париже, а с 1939 г. — в Женеве. В 1983 г. она стала Лигой обществ Красного Креста и Красного Полумесяца (КП), а с 1991 г. — Международной федерацией обществ КК и КП.

На всех Международных конференциях КК и КП акцентируется внимание на необходимости распространения МГП. С самого начала не было определено точное значение слова «распространение». Использовались два значения:

- обучение как «действие, направленное на предоставление знаний: или улучшение поведения»;
- пропаганда как распространение информации о МГП и формирование необходимого общественного мнения.

В определенной степени деятельность по распространению МГП имеет комплексный характер. Она включает в себя меры, направленные как на пропаганду МГП (меры информационного характера, превентивные меры), так и на непосредственное обучение МГП (учебный процесс).

Зачастую трудно провести четкую разделительную линию и сказать — здесь была пропаганда, а здесь обучение. Например, в некоторых аудиториях, где встреча ограничена по времени и не позволяет дать устойчивые знания о МГП, распространение в основном имеет целью пропагандирование идей (основных положений) МГП; в то же время нельзя говорить, что это не было в определенной степени обучением.

Почему надо распространять МГП?

Известно, что незнание — главный враг права и его соблюдения. Существует много причин, обуславливающих необходимость распространения МГП. Основными из них являются:

- совместные обязательства государств и Движения КК;
- необходимость облегчения страданий жертв вооруженных конфликтов и их защита;
- безопасность покровительствуемых лиц, в том числе персонала МККК, национальных обществ КК или КП;
- эффективность гуманитарной деятельности как в мирное, так и в военное время;
- имплементация МГП;
- разъяснение деятельности МККК (его полномочий, принципов);
- пропаганда духа мира.

Актуальна ли сегодня, в начале нового столетия, и правомерна ли постановка задачи распространения знаний о МГП?

Сегодня мы являемся свидетелями многочисленных вооруженных конфликтов. Миллионы мужчин, женщин, детей вынуждены оставлять свои дома, подвергаются пыткам, насилию. При этом суровая реальность такова, что число жертв в вооруженных конфликтах, во время которых, собственно, и должно применяться гуманитарное право, увеличивается, особенно страдают те, кто должен в соответствии с этим правом пользоваться защитой, то есть гражданское население. Именно поэтому распространение и углубление знаний о МГП приобретает особую значимость.

Основными направлениями деятельности по распространению МГП в ВС РБ являются:

- издание приказов, инструкций, руководств и других необходимых документов, обеспечивающих правовую основу изучения МГП;
- организация учебного процесса по изучению МГП с учетом его особенностей для различных категорий военнослужащих (подготовка учебных планов, программ, проведение семинаров, курсов и т. п.);
- создание постоянно действующей ведомственной комиссии (рабочей группы) по изучению и распространению МГП;
- возложение функций юридических советников, определенных статьей 82 Дополнительного протокола 1, на офицеров юридической службы ВС РБ;
- заключение Соглашения о сотрудничестве в области МГП между МО РБ и МККК;
- совместная организация и проведение с МККК и Белорусским обществом КК учебных семинаров, занятий;
- обучение военнослужащих на курсах, организуемых МККК (как регионального, так и международного характера);
- обеспечение ВС совместно с МККК необходимой литературой;
- участие представителей ВС РБ во встречах, семинарах, касающихся проблем МГП.

Необходимо также отметить, что деятельность по распространению МГП в ВС РБ получила высокую оценку МККК и в определенной степени послужила хорошим примером для других государств. Так, приказ МО РБ от 12 августа

1997 г. № 425 «О мерах по изучению и распространению международного гуманитарного права в Вооруженных Силах Республики Беларусь», которым было утверждено Руководство по применению норм МГП для офицерского состава ВС РБ и создана комиссия по изучению и распространению МГП, специалистами МККК признан лучшим документом в данной области среди стран Балтии, Украины, Молдовы и других государств-участников стран СНГ.

Очевидно, что конечная цель распространения МГП — сформировать через глубокое знание его принципов сознание, регулирующее в обязательном порядке поведение людей в конфликтных ситуациях не только с целью заставить их уважать МГП, но и для того, чтобы предупредить его нарушение.

3.18.2. ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ГУМАНИТАРНОГО ПРАВА

3.18.2.1. Основные положения Женевских конвенций

Первая Женевская конвенция, подписанная в 1864 г., положила начало МГП. В 1899 г. в Гааге была подписана «Конвенция о применении основных положений Женевской конвенции 1864 г. к морской войне». В 1906 г. положения Конвенции 1864 г. были усовершенствованы и дополнены. А в 1907 г. Четвертая Гагская конвенция определила категории комбатантов (лиц, входящих в состав вооруженных сил воюющих государств и принимающие участие в военных действиях), имеющих право на статус военнопленных и особое обращение с ними в течение всего периода нахождения в плену. В 1929 г. эти конвенции были вновь подтверждены и получили дальнейшее развитие.

После Второй мировой войны 1939–1945 гг. возникла необходимость пересмотра и закрепления ряда общепризнанных правил ведения войны и обращения с ранеными, больными, военнопленными и гражданским населением, которые сложились в течение последних столетий. В результате в 1949 г. были приняты четыре Женевские конвенции, которые остаются в силе в настоящее время.

Прежде всего — это «*Конвенция об улучшении участи раненых и больных в действующих армиях*» (I Конвенция). Она закрепляет принцип, который лежит в основе создания Красного Креста: раненые и больные военнослужащие должны при всех обстоятельствах пользоваться гуманным обращением без всякой дискриминации, а военный санитарный транспорт и госпитали с их медицинским персоналом должны пользоваться защитой и уважением. Видимым знаком их неприкосновенности является эмблема Красного Креста или Красного Полумесяца на белом поле.

«*Конвенция об улучшении участи раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение, из состава вооруженных сил на море*» (II Конвенция). Это переработанная версия I Конвенции применительно к условиям боевых действий на море. Она решает те же задачи, что и первая, но и в иных обстоятельствах, и защищает те же категории лиц, добавляя к ним еще одну — потерпевшие кораблекрушение.

«*Конвенция об обращении с военнопленными*» (III Конвенция) определяет права и обязанности военнослужащих, захваченных в плен противником и, таким образом, ставших военнопленными.

«Конвенция о защите гражданского населения во время войны» (IV Конвенция) касается защиты гражданского населения, находящегося во власти воюющей державы. Она применяется как к лицам, оказавшимся на территории государства противника, так и ко всему населению оккупированной территории.

В Советском Союзе Женевские конвенции 1949 г. были ратифицированы Президиумом ВС СССР 17.04.1954 г. и вступили в силу 10.11.1954 г.

Женевские конвенции 1949 г., насчитывающие около 400 статей, представляют собой юридический документ поистине исторического значения, который уже более 55 лет обеспечивает защиту бесчисленным жертвам вооруженных конфликтов.

Однако количество вооруженных конфликтов в мире постоянно растет, расширяется круг гражданских лиц, страдающих от применения все более смертоносного оружия, все шире распространяются методы партизанской войны. Поэтому Женевские конвенции 1949 г., хоть и не утратили своего значения, уже не могут в условиях современных войн обеспечивать жертвам необходимую защиту. В связи с этим МККК стал изучать возможность заполнить пробелы в существующем праве, не пересматривая Конвенции, что могло бы дать государствам повод отказаться от некоторых положений, принятых в 1949 г., а добавив к ним новые тексты в форме Дополнительных протоколов. Представив этот вопрос на рассмотрение XXI Стамбульской Международной конференции КК, проходившей в 1969 г., и получив ее одобрение, МККК приступил к подготовке проектов документов.

В результате проделанной работы появились два «Дополнительных Протокола» к Женевским конвенциям 1949 г., которые были приняты на Дипломатической конференции в июне 1977 г. Однако торжественное принятие этих документов носило лишь церемониальный характер, поскольку государства, прежде чем выполнять положения Протоколов, обязаны сначала к ним присоединиться или подписать и ратифицировать, что и произошло позже.

3.18.2.2. Основные положения Дополнительных Протоколов

Основная цель Дополнительных Протоколов состоит в повышении гарантий защиты всего гражданского населения в зоне вооруженного конфликта.

Так **«Дополнительный Протокол I»** касается защиты жертв международных вооруженных конфликтов (102 статьи), а **«Дополнительный Протокол II»** касается защиты жертв вооруженных конфликтов немеждународного характера (28 статей).

Женевские конвенции 1949 г. и два Дополнительных Протокола к ним, согласно содержащимся в них положениям, должны применяться государствами во время объявленной войны, а также в случае любого вооруженного конфликта, даже если один из его участников не признает состояния войны. Конвенции и Дополнительные Протоколы к ним также должны применяться при оккупации одним государством всей или части территории другого государства, причем и в тех случаях, когда оккупант не встречает вооруженного сопротивления. Кроме того, эти документы устанавливают, что во время колониальных и гражданских войн воюющие стороны обязаны применять основные гуманные принципы Конвенций и Дополнительных Протоколов.

После Второй мировой войны методы ведения войны изменились. Однако, если сегодня боевые действия ведутся не так, как вчера, это не значит, что разрешается использовать любые средства, чтобы атаковать противника или нанести ему поражение. Поэтому в Дополнительные Протоколы включены не только положения о защите гражданского населения, но и правовые нормы с указанием тех принципов, которые следует соблюдать в ходе боевых действий.

Так, Протокол I запрещает прибегать к вероломству (например, симулировать капитуляцию в целях нападения на неприятеля), в то время как военные хитрости (дезинформация, маскировка и т. п.) разрешаются. Запрещается отдавать приказ не оставлять никого в живых во время нападения (пощада). Запрещается также злоупотреблять признанными эмблемами (эмблемой Красного Креста или Красного Полумесяца, национальными эмблемами, флагом Организации Объединенных Наций и т. п.).

Различные виды оружия, особенно последствия его применения, и те страдания, которые оно влечет за собой, уже давно являются предметом озабоченности МККК. МККК считает, что, не дублируя работу организаций, занимающихся разоружением, он мог бы рассмотреть общие принципы использования различных видов оружия, учитывая их непосредственную связь с необходимостью защиты гражданского населения от последствий военных действий.

В ходе предшествовавших Дипломатической конференции совещаний правительственных экспертов была рассмотрена возможность проведения дискуссии по этому вопросу. Было решено, что вопрос об ОМП (атомном, биологическом и химическом) затрагиваться не будет, а предметом дискуссии станут особо жестокие виды оружия, которые ранее нигде не обсуждались.

Проект Протокола I не содержал конкретных правил использования обычных видов оружия, поэтому МККК организовал два совещания военных и медицинских экспертов: в 1974 г. в Люцерне и в 1976 г. в Лугано. На этих совещаниях был разработан список тех видов оружия, которые подлежали рассмотрению. Тем не менее, в Дополнительные Протоколы не были включены положения, касающиеся конкретных видов оружия, а Дипломатическая конференция приняла резолюцию, согласно которой этот вопрос передавался на рассмотрение Организации Объединенных Наций. В 1979 г. ООН созвала конференцию, которая продолжила свою работу в 1980 г. и завершила ее принятием Конвенции о запрещении или ограничении применения конкретных видов обычного оружия, которые могут считаться наносящими чрезмерные повреждения или имеющими неизбирательное действие.

Согласно этой Конвенции, запрещается или ограничивается использование:

- оружия, осколки которого не поддаются обнаружению в теле человека, что делает невозможным лечение ранений;
- мин, мин-ловушек и других устройств, которые являются причиной многочисленных жертв среди гражданского населения нередко через многие годы после окончания военных действий;
- зажигательного оружия, которое причиняет огромные страдания людям и ущерб природной среде.

Следует отметить, что в ходе конференции, проводившейся ООН, не удалось достичь каких-либо результатов в отношении использования малокалибер-

ных снарядов (вращающихся пуль, которые вызывают особо тяжелые ранения и причиняют жертвам огромные страдания). Тем не менее, исследования и дискуссии по этой теме продолжаются.

Хотя Конвенция ООН и не является исчерпывающей — не только в отношении регламентации применения некоторых категорий оружия, но и ввиду того, что комбатантам обеспечивается лишь ограниченная защита от этих видов оружия — она представляет собой ценное дополнение к тем положениям Протокола I, которые касаются гражданского населения.

3.18.2.3. Защита военнопленных

Согласно Протоколу I, военнопленными могут считаться все лица, входящие в состав вооруженных сил, а также групп и подразделений, находящихся под ответственным командованием. Кроме того, статусом военнопленных пользуются также партизаны, не носящие форменную одежду, даже если они действуют в составе отрядов, не признанных стороной противника. В Протоколе оговаривается, что все комбатанты обязаны соблюдать нормы МГП, что не является, однако, условием для предоставления им статуса военнопленных в случае захвата. Лица, входящие в состав вооруженных сил, обязаны отличать себя от гражданского населения, по крайней мере, открыто нося оружие во время боя. Несоблюдение этого правила может повлечь за собой лишение их статуса военнопленных.

Шпионы и наемники в случае захвата не имеют права на статус военнопленных. Тем не менее, им предоставляются минимальные гарантии гуманного обращения. В соответствии с этим же положением защита предоставляется во время войны любому человеку, оказавшемуся во власти противника. Пленные, не имеющие признанного статуса военнопленных, также имеют право на основные гарантии. Эти положения являются большим достижением в развитии гуманитарного права, так как благодаря им никто и ни при каких обстоятельствах не может быть лишен элементарных гарантий уважения и защиты.

Что касается прав военнопленных, то необходимо всегда помнить о том, что военнопленные находятся во власти Державы противника, а не отдельного лица или воинской части, которая захватила их в плен. Военнопленные при всех обстоятельствах имеют право на уважение к их личности и чести. К женщинам следует относиться со всем полагающимся их полу уважением, и обращаться с ними должны во всех случаях не хуже, чем с мужчинами. И, наконец, необходимо помнить, что военнопленные полностью сохраняют свою гражданскую правоспособность, которой они пользовались во время захвата в плен, поэтому они продолжают пользоваться своими гражданскими правами в соответствии с законами своей страны, но с ограничениями, которых требуют условия плена. В частности, они могут вступать в брак по доверенности.

Что касается обязанностей пленных, то они, в целом, вытекают из законов войны и норм военной дисциплины. Некоторые из этих обязанностей официально провозглашаются Конвенцией. Так, статья 17, в которой говорится о допросе военнопленных, предусматривает, что военнопленный обязан назвать свою фамилию, имя и звание, дату рождения и личный номер, а за неимением такового — другую равноценную информацию. Однако в той же статье говорится, что ника-

кие физические или моральные пытки и никакие другие меры принуждения не могут применяться к военнопленным для получения от них каких-либо сведений.

Конвенцией также предусматривается возможность, если законы Державы, за которой числится военнопленный, допускают это, отпустить военнопленного под честное слово или обязательство. Статья 21 устанавливает, что военнопленные, освобожденные на таких условиях, отвечают своей личной честью за точное выполнение взятых на себя обязательств как перед Державой, за которой они числятся, так и в отношении Державы, взявшей их в плен.

Протоколом запрещается отдавать приказ не оставлять никого в живых, угрожать этим противнику и вести военные действия на такой основе. Противник, вышедший из строя, сдавшийся в плен, выражающий намерение сдаться в плен или тот, кто покинул на парашюте летательный аппарат, терпящий бедствие, не должен быть объектом нападения.

В этих статьях Конвенции провозглашается, что с военнопленными следует всегда обращаться гуманно и что, за исключением случаев привилегированного режима, установленного для военнопленных в соответствии с их рангом, полом, состоянием здоровья, возрастом, профессиональной квалификацией, со всеми военнопленными следует обращаться одинаково. Также устанавливается, что пленным запрещается наносить физические увечья или подвергать медицинским и научным экспериментам любого рода, если это не оправдано необходимым курсом лечения данного лица и не проводится в его интересах. Допускаются, тем не менее, исключения в случае сдачи крови для переливания или кожи для пересадки при условии, что это делается добровольно.

Среди основных принципов, обеспечивающих защиту военнопленных, необходимо упомянуть следующий: военнопленные не должны без необходимости подвергаться опасности, ожидая эвакуации из зоны военных действий. Когда же они попадают в плен при необычных условиях военных действий, при которых невозможна их нормальная эвакуация, они должны быть освобождены и для обеспечения их безопасности должны быть приняты все возможные меры.

Интернированные военнопленные могут быть размещены только в помещениях, расположенных на суше и предоставляющих полную гарантию в отношении гигиены и сохранности здоровья. Ни один военнопленный не может быть послан в такой район, где он подвергался бы опасности попасть под обстрел из зоны боев, или же задержан в таком районе, а также не может быть использован для защиты своим присутствием каких-либо объектов или районов от военных действий.

За жизнь, условия проживания и здоровье военнопленных несет ответственность Держава, держащая их в плену. Женщины и дети в возрасте до пятнадцати лет, ставшие военнопленными, пользуются особым уважением, им должна быть обеспечена защита от любого рода непристойных посягательств. Остальная информация об этих принципах дается в статьях со следующими подзаголовками: Помещение, Питание, Одежда, Гигиена и медицинская помощь.

При всех обстоятельствах военнопленные должны получать необходимую им медицинскую помощь и, желательно, должны проходить лечение у медицинского персонала Державы, за которой они числятся, а если это возможно, своей национальности.

Военнопленные могут быть переданы держащей их в плену Державой только Державе, которая является участницей настоящей Конвенции, и только после того, как держащая в плену Держава удостоверилась в желании и способности Державы, которой передаются военнопленные, применять Конвенцию.

Перемещение военнопленных всегда должно проводиться гуманно и в условиях, не хуже тех, которые предоставляются держащей в плену Державой при перемещениях своим войскам.

Данная Конвенция касается не только физических условий заключения. Многие статьи посвящены моральным и психологическим условиям заключения. Они рассматривают не только религиозную, интеллектуальную деятельность и занятия спортом, но также и виды работ, которые считаются подходящими для того, чтобы пленные сохранили чувство собственного достоинства и психическое здоровье, и которые бы дали им возможность не страдать от скуки и безделья. В применение этих принципов в Конвенцию включен целый ряд положений по следующим вопросам: религия, интеллектуальная деятельность и занятия спортом, работа.

Для того чтобы работа, выполняемая военнопленными, не превратилась в бесчеловечную эксплуатацию или в участие в военной деятельности держащей в плену Державы, предусмотрены очень строгие правила, регламентирующие такую работу. Они изложены в разделе «Имущество и заработная плата».

Военнопленным разрешается отправлять и получать письма и открытки без марок. Сразу же после взятия в плен Держава, держащая в плену, обязана выдать военнопленному «карточку-извещение о взятии в плен», при помощи которой он сам может сообщить своей семье и в Центральное агентство по розыску о своем пленении.

Кроме того, Конвенция предусматривает право военнопленных на получение материальной помощи. Так, посылки могут быть индивидуальными или коллективными, но в Конвенции указывается, что предпочтение отдается посылкам стандартных размеров, предназначенных для всех военнопленных лагеря, содержимое которых представители военнопленных могли бы разделить между всеми. Все посылки помощи военнопленным освобождаются от таможенных пошлин и других сборов.

Особое внимание уделяется дисциплине военнопленных. Для ее обеспечения каждый лагерь военнопленных находится под непосредственным началом ответственного офицера, принадлежащего к регулярным вооруженным силам держащей в плену Державы. Этот офицер обязан хорошо знать текст данной Конвенции и соответствующие положения Протокола, тексты которых должны быть вывешены в каждом лагере на языке военнопленных и в тех местах, где все могут их прочитать. В знак должного уважения к достоинству военнослужащих, попавших в плен, им разрешается носить знаки различия и государственной принадлежности, а также знаки отличия.

Военные командиры обязаны проследить за тем, чтобы личный состав вооруженных сил, находящийся в их подчинении, был осведомлен об обязанностях, налагаемых на них Конвенциями и Протоколом. На них возложена ответственность за то, чтобы положения этих документов не нарушались, а возможные нарушения пресекались, и о них докладывалось компетентным властям.

В Конвенциях содержится также несколько положений, касающихся побега и попыток к бегству. Общеизвестно, что эти поступки не противоречат понятиям чести военнослужащего, любви к отечеству и мужества, поэтому наказания за побег довольно ограничены. Применение оружия против военнопленных, совершающих побег или попытку к бегству, является мерой чрезвычайного характера, которой всегда должны предшествовать предупреждения, соответствующие обстоятельствам.

Статьей 79 предусматривается, что во всех местах содержания военнопленных, за исключением тех, где находятся офицеры, военнопленные имеют право свободно путем тайного голосования каждые шесть месяцев избирать доверенных лиц, которые должны представлять их перед военными властями, Державами-Покровительницами, МККК и перед всякой другой организацией, которая оказывает им помощь. В лагерях для офицеров и приравненных к ним лиц и в смешанных лагерях старший по званию военнопленный офицер признается доверенным лицом.

Институт доверенных лиц очень важен. Пользуясь прерогативами и льготами, перечисленными в статье 81, доверенные лица военнопленных могут содействовать физическому, моральному и интеллектуальному благополучию военнопленных. Они не только осуществляют контроль над распределением помощи, но делают все зависящее от них для смягчения суровости дисциплины, помогают военнопленным при возникновении трудностей в отношениях с властями.

И, наконец, необходимо подчеркнуть, что военнопленные должны иметь неограниченное право обращаться к представителям Державы-Покровительницы через свое доверенное лицо либо непосредственно, если они считают это необходимым для того, чтобы привлечь их внимание к тем моментам режима плена, в отношении которых у них имеются жалобы.

Конвенцией предусматривается, что военнопленные должны подчиняться законам, уставам и приказам, действующим в вооруженных силах держащей в плену Державы.

Статья об общей снисходительности защищает военнопленных от чрезмерно суровой интерпретации законов и постановлений.

3.18.2.4. Защита раненых, больных и потерпевших кораблекрушение

Вопросы защиты раненых и больных во время войны рассматриваются в первой и второй Женевских конвенциях 1949 г. («Конвенция об улучшении участи раненых и больных в действующих армиях» и «Конвенция об улучшении участи раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение из состава вооруженных сил на море»). Конвенции предусматривают защиту раненых и больных, если последние окажутся во власти противника.

В соответствии с Протоколом I (часть II) право на защиту распространяется на всех раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение, независимо от того, являются они гражданскими лицами или входят в состав вооруженных сил.

Термины «раненые» и «больные» обозначают лиц, как военнослужащих, так и гражданских, которые нуждаются в медицинской помощи или уходе и которые воздерживаются от любых враждебных действий.

Термин «лица, потерпевшие кораблекрушение» обозначает лиц, как военнослужащих, так и гражданских, которые подвергаются опасности на море или в других водах в результате несчастья, случившегося с ними, и которые воздерживаются от любых враждебных действий.

Все раненые, больные и лица, потерпевшие кораблекрушение, независимо от того, к какой стороне они принадлежат, имеют право на уважение и защиту.

При всех обстоятельствах с ними должны обращаться гуманно и предоставить им в максимально возможной мере и в кратчайшие сроки медицинскую помощь и уход, которых требует их состояние. Между ними не должно проводиться никакого различия по каким бы то ни было соображениям, кроме медицинских. К женщинам необходимо относиться со всем полагающимся их полу особым уважением.

Захваченные в плен раненые, больные и потерпевшие кораблекрушение комбатанты становятся военнопленными. До своего выздоровления или до высадки на берег они находятся под защитой положений Конвенций.

Конвенции обязывают воюющих принимать все меры к тому, чтобы разыскивать и подбирать на поле боя раненых и больных вне зависимости от того, на чьей стороне они сражались и какому государству они принадлежат. В этих целях конвенции предусматривают заключение воюющими соглашений о временном перемирии или о прекращении огня. Госпитальные суда воюющих должны подбирать раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение, независимо от того, кому из воюющих они принадлежат. При этом под кораблекрушением, согласно конвенциям, понимается любое кораблекрушение, независимо от обстоятельств, при которых оно произошло, в том числе падение самолетов в море или их вынужденная посадка на воду.

Все подобранные раненые и больные должны быть зарегистрированы, а данные о них сообщены государству, которому они принадлежат. При регистрации записываются все имеющиеся данные, при помощи которых можно было бы установить личность раненых, больных и умерших: держава, за которой числится данное лицо (или его национальность), войсковой или личный номер, фамилия и имя, дата рождения, дата и место взятия в плен и сведения, касающиеся принятых мер по отношению к этим лицам. Эта информация должна быть доведена до сведения Справочного бюро, организация которого предусмотрена в Конвенции III, для передачи стороне противника, в частности, через посредничество Центрального Агентства по розыску МККК.

Гражданское население должно относиться с уважением к раненым, больным и потерпевшим кораблекрушение, даже если они принадлежат к стороне противника, и не должно допускать по отношению к ним актов насилия. Гражданскому населению и обществам помощи, таким как национальные общества Красного Креста и Красного Полумесяца, должно быть разрешено, даже на захваченной или оккупированной территории, подбирать раненых, больных и потерпевших кораблекрушение и ухаживать за ними, даже если они парашютисты или партизаны противника. Никто не может подвергаться гонениям, преследованию или осуждению и наказанию за такие гуманные действия.

Более того, военные власти могут обращаться к гражданскому населению и обществам помощи с просьбой подбирать раненых, больных и потерпевших кораблекрушение, разыскивать погибших и сообщать об их местонахождении.

При ведении боевых действий на море то же самое относится к нейтральным торговым судам, яхтам и другим мелким судам, к капитанам которых стороны, находящиеся в конфликте, могут обратиться с просьбой принять на борт раненых, больных и потерпевших кораблекрушение и обеспечить им уход, а также подобрать погибших.

Учитывая права родственников знать о судьбе своих близких, конвенции обязывают стороны, находящиеся в конфликте, во всякое время, и в особенности после боя, принять все возможные меры к тому, чтобы разыскать и подобрать раненых, больных и потерпевших кораблекрушение, оградить их от ограбления и дурного обращения и обеспечить им необходимый уход, а также к тому, чтобы разыскать мертвых и воспрепятствовать их ограблению.

Конвенциями предусматривается, что стороны, находящиеся в конфликте, должны принять все возможные меры для того, чтобы предание земле, кремация или погребение в море умерших производились, насколько это возможно, индивидуально и чтобы им предшествовал внимательный, а если возможно, то и медицинский осмотр тел с целью констатации смерти, удостоверения личности и того, чтобы данный факт можно было зарегистрировать.

Кроме того, как только позволят обстоятельства и, самое позднее, сразу после окончания активных военных действий, каждая сторона, находящаяся в конфликте, должна организовать поиски лиц, о которых сторона противника сообщает как о пропавших без вести.

Воюющие, во власти которых окажутся раненые и больные противника, обязаны гуманно обращаться с ними, защищать их и оказывать им необходимую помощь, причем какая-либо дискриминация в отношении раненых и больных по таким причинам как пол, раса, национальность, религия, политические убеждения и т. п. запрещается. Также запрещается убийство раненых и больных, пытки и бесчеловечное обращение с ними, причинение им тяжелых страданий или увечий.

Раненые и больные, находящиеся во власти противника, пользуются всеми правами военнопленных. Еще во время военных действий воюющие должны отправить на родину тяжелораненых и больных, а определенные категории раненых и больных направлять в нейтральные государства (например, раненых и больных, излечение которых может наступить в течение года со дня их ранения или заболевания). Все раненые и больные, которые не были репатрированы во время военных действий, подлежат немедленной репатриации по прекращении военных действий.

Содержащиеся в конвенциях правила должны применяться к раненым и больным, принадлежащим к следующим категориям:

– личный состав регулярных вооруженных сил, личный состав ополчения и добровольческих отрядов, партизаны, действующие как на неоккупированной, так и на оккупированной территории, а также население неоккупированной территории, которое при приближении неприятеля стихийно берется за оружие (при этом необходимо, чтобы ополчение, добровольческие отряды и партизаны со-

блюдали определенные условия — открыто носили оружие, соблюдали законы и обычаи войны и т. д.);

– лица, следующие за вооруженными силами и обслуживающие их, личный состав рабочих команд и служб, на которые возложено бытовое обслуживание вооруженных сил, гражданские лица, входящие в состав экипажей военных самолетов, военные корреспонденты, члены экипажей судов торгового флота и гражданской авиации и т. п.

3.18.2.5. Защита медицинских учреждений и санитарного транспорта

Поскольку от беспрепятственной деятельности медицинских учреждений в значительной степени зависит судьба раненых и больных, конвенции содержат специальные нормы, предусматривающие защиту таких учреждений, их персонала и транспортных средств, предназначенных для перевозки раненых, больных и санитарного имущества. Конвенции категорически запрещают нападать на постоянные санитарные учреждения, подвижные санитарные формирования и госпитальные суда.

Воюющая сторона, оккупировавшая территорию, на которой находится постоянное санитарное учреждение (например, военный госпиталь), может захватить здание, имущество и склады этого учреждения. Однако она обязана обеспечить его деятельность по уходу за ранеными и больными до тех пор, пока они находятся в этом учреждении. Имущество подвижных санитарных формирований в случае, если эти формирования окажутся во власти противника, не подлежит захвату и должно быть оставлено для ухода за ранеными и больными.

Санитарные учреждения и формирования могут быть лишены покровительства и подвергнуты нападению лишь в том случае, если их используют против неприятеля. При этом покровительство может быть прекращено только через определенный срок после того, как было сделано соответствующее предупреждение.

Конвенции указывают, что санитарные учреждения и формирования не должны быть лишены покровительства, если:

– личный состав санитарного формирования или учреждения вооружен и пользуется своим оружием для самообороны или защиты своих раненых и больных;

– из-за отсутствия вооруженных санитаров санитарное формирование или учреждение охраняется вооруженными солдатами,

– в санитарном формировании или учреждении будет найдено ручное оружие и боевые припасы, снятые с раненых и больных и еще не сданные по принадлежности;

– в санитарном формировании или учреждении находится личный состав и имущество ветеринарной службы, не являющиеся его неотъемлемой частью;

– деятельность санитарных формирований и учреждений, а также их персонала распространяется на раненых и больных гражданских лиц.

Согласно Женевским конвенциям 1949 г., защитой пользуются также и гражданские больницы. Конвенция по защите гражданского населения во время войны запрещает нападение на гражданские больницы, предоставляя им покровительство. В случае оккупации территории, на которой находится гражданская больница, оккупант может ее временно реквизировать в случае крайней

необходимости для ухода за ранеными и больными военными служащими. Однако он может это сделать при условии, если будут приняты меры для лечения и ухода за больными, находящимися в больнице, для обеспечения нужд гражданского населения в больничном лечении. Имущество и склады гражданских больниц не подлежат реквизиции до тех пор, пока они необходимы для гражданского населения.

Хотя Женевские конвенции 1949 г. и обеспечили неприкосновенность военному медицинскому персоналу и персоналу гражданских больниц, они оставили без внимания тот факт, что для обеспечения раненых, больных и потерпевших кораблекрушение своевременным и эффективным уходом такая защита должна быть гарантирована всему гражданскому медицинскому персоналу и всем гражданским медицинским формированиям, как стационарным, так и подвижным.

Дополнительный Протокол I заполнил этот пробел. Он предоставил гражданским медицинским формированиям и персоналу такую же защиту во время войны, какая уже обеспечивалась ранее военным медицинским формированиям и персоналу. Однако, чтобы избежать злоупотреблений, была сделана оговорка: защита предоставляется только тем формированиям, которые признаны властями стороны, находящейся в конфликте. Согласно Протоколу, гражданский духовный персонал пользуется такой же защитой, как и медицинский персонал.

Аналогичные правила установлены конвенциями и в отношении госпитальных судов, т. е. судов, построенных или оборудованных с единственной целью — перевозить и лечить раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение. Конвенция устанавливает, что название и характеристика этих судов (тоннаж судна, длина от носа до кормы, количество мачт и труб) должны сообщаться противнику за 10 дней до их использования. Покровительство, предусмотренное конвенцией, распространяется на суда любого тоннажа и спасательные шлюпки, однако в конвенции для обеспечения максимальных удобств и безопасности раненых и больных рекомендуется использовать для перевозок на дальние расстояния и в открытом море госпитальные суда водоизмещением свыше 2 000 брутто-тонн.

Воюющие имеют право осмотреть госпитальное судно, дать ему приказ удалиться из какого-либо района или идти определенным курсом, контролировать использование госпитальным судном радиоаппаратуры и, если обстоятельства этого требуют, задержать госпитальное судно на срок до 7 суток.

Санитарный транспорт с ранеными и больными или санитарным имуществом пользуется покровительством Конвенций, и нападение на него запрещается. В случае если транспорт окажется во власти противника, последний может захватить этот транспорт при условии, что надлежащий уход за ранеными и больными, находящимися на этом транспорте, будет обеспечен. Конвенции предусматривают защиту санитарных самолетов, занятых перевозкой раненых, больных и санитарного имущества. Такие самолеты не должны подвергаться нападению в тех случаях, когда они летят по определенному маршруту, установленному воюющими сторонами. Аналогичное правило содержится в конвенции и в отношении судов, занятых перевозкой медикаментов и санитарных материалов, необходимых для лечения раненых и больных или для предотвращения заболеваний.

Указанные выше санитарные учреждения, транспорт и санитарное имущество должны иметь отличительную эмблему. Госпитальные суда должны быть окрашены в белый цвет, причем на каждой стороне корпуса судна и на горизонтальных поверхностях должны быть изображены темно-красные кресты. Кроме того, все госпитальные суда, кроме своего национального флага, должны поднимать флаг с красным крестом на белом поле.

Правила защиты санитарных перевозок по суше, по воде и по воздуху с течением времени также потребовали корректировки в соответствии с современными условиями.

Прежде всего, гражданским санитарно-транспортным средствам была предоставлена такая же защита, какой пользовались военные санитарно-транспортные средства. Кроме того, для санитарной авиации, десятилетиями «прикованной» к земле из-за отсутствия юридических норм, обеспечивающих ее защиту от высокоразвитых в техническом отношении средств противовоздушной обороны, были приняты четкие правила, благодаря которым вновь стало возможно использовать санитарные летательные аппараты во время войны.

В целом ряде статей Протокола уточняются правила воздушной навигации, которым необходимо следовать во время полетов, связанных с выполнением медицинских функций (предварительные соглашения с различными властями, уведомления о маршрутах и планах полетов и т. д.). Более того, в целях наиболее эффективного опознавания санитарных летательных аппаратов такие электронные средства, как система вторичного радиолокационного опознавания и радиосигналы, будут использоваться во время войны исключительно санитарно-транспортными средствами — наземными, морскими и воздушными. Эти положения имеют особенно большое значение, так как средства обнаружения достигли сегодня такого совершенства, что защита в виде красного креста, изображенного на фюзеляже самолета или на борту корабля, является практически бесполезной, поскольку такие цели могут быть поражены еще до того, как станут видимыми.

Техническая подкомиссия, заседавшая в течение двух сессий Дипломатической конференции, разработала точные правила использования отличительных сигналов, которые вошли в приложение к Протоколу I. В соответствии с этими правилами все санитарно-транспортные средства могут использовать во время войны световой сигнал в виде вспышек синего света, которым уже пользуются гражданские и военные машины скорой помощи. Кроме того, только морским и воздушным санитарно-транспортным средствам разрешается использовать определенный код системы вторичного радиолокационного опознавания, а также радиосигнал, которому предшествует отличительный сигнал приоритета. Эти международные нормы очень важны, так как должны способствовать тому, чтобы в будущем санитарные суда и летательные аппараты не подвергались нападению по ошибке, как это случилось в прошлом.

Принимая во внимание быстрое развитие технологии, принято решение о периодическом пересмотре правил опознавания техническими специалистами, совещания которых будут проводиться под эгидой МККК.

Работа, проделанная Дипломатической конференцией, получила дальнейшее развитие в 1979 г. в ходе Всемирной административной конференции по ра-

дио, организованной Международным союзом электросвязи. На ней были приняты две резолюции, которые подтвердили, что КК необходима постоянная сеть радиосвязи для передачи неотложных сообщений. Кроме того, к Международному Регламенту радиосвязи были добавлены особые положения, обеспечивающие более надежную защиту наземных, морских и воздушных санитарно-транспортных средств во время войны.

Таким образом, Женевские конвенции 1949 г. и Дополнительные Протоколы к ним являются подлинным достижением, направленным на улучшение защиты жертв вооруженных конфликтов. Однако для реализации задач по защите жертв войны Международному Комитету и национальным организациям КК еще предстоит приложить большие усилия для привлечения к их работе максимального количества стран и доведения информации о содержании основных положений этих документов широкой мировой общественности.

3.18.3. ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ВО ВРЕМЯ ВОЙН И ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

Медицинские работники, которых привлекают к оказанию помощи в вооруженных конфликтах, должны знать и четко выполнять следующие обязанности.

1. В любых обстоятельствах действовать гуманно, ответственно выполнять свой долг, как велит совесть.

Принцип гуманности, сострадания к жертвам — один из основополагающих принципов МГП.

2. Медицинский персонал, предоставляющий свои услуги во время вооруженного конфликта, обязан, как и в мирное время, соблюдать принципы медицинской этики.

Он должен выполнять основные правила «Женевской клятвы», принятой в 1948 г. Всемирной медицинской ассоциацией, в соответствии с которыми врач должен:

- выполнять профессиональные обязанности добросовестно и с достоинством;
- считать здоровье больного своей главной заботой;
- не разглашать доверенных ему тайн;
- не допускать никакой религиозной, национальной, расовой или политической дискриминации при выполнении своего долга;
- признавать абсолютную ценность человеческой жизни;
- даже под угрозой не использовать медицинские знания против законов человечности.

Всемирная организация здравоохранения и Международный комитет военной медицины и фармации в 1957 г. одобрили «Правила медицинской этики для военного времени» и «Правила предоставления помощи раненым и больным в вооруженных конфликтах», где подтвержден принцип единства медицинской этики в мирное и военное время.

3. С лицами, которые непосредственно не принимают участия в военных действиях или вышли из строя, необходимо обращаться гуманно.

Таким образом, раненые, больные, потерпевшие кораблекрушение, военнопленные, гражданское население на территории противника или оккупирован-

ной территории должны пользоваться уважением и защитой, обращение с ними должно быть гуманным.

4. Уход предоставляют без различий по каким бы то ни было соображениям, кроме медицинских.

Принцип предоставления помощи без какой бы то ни было дискриминации — основополагающий принцип МГП. Врач должен видеть в раненом только пациента, а не «своего» или «противника». Очередность оказания помощи определяется исключительно медицинскими требованиями, совестью врача и медицинской этикой. Особое внимание следует уделять наиболее уязвимым группам пострадавших: детям, старикам, беременным.

5. Лиц, находящихся под защитой Конвенций, запрещено подвергать какой бы то ни было медицинской процедуре, которая не показана по состоянию их здоровья, а также подвергать каким бы то ни было медицинским, биологическим или иным научным опытам.

Особенно строгий контроль в этой области осуществляет МГП. Это связано с преступлениями против человечества в годы Второй мировой войны. Необходимо исключить любые опыты над лицами, находящимися во власти противника.

6. Необходимо уважать всех раненых и больных.

Если пациент в состоянии дать согласие на лечение, врач должен получить его, прежде чем приступать к лечению. В то же время действия, способные нанести ущерб здоровью больного (например, медицинские опыты), запрещены, даже если пациент дает на них согласие.

7. Медицинский персонал, совершающий нарушения МГП, подлежит наказанию.

На медицинском персонале, работающем в зоне вооруженного конфликта, лежит большая ответственность. Он должен сознавать, что нарушение МГП может вызвать тяжелейшие последствия не только для жертв этого нарушения, но и для самого медицинского персонала. Серьезные нарушения официально считают военными преступлениями, они подлежат уголовному преследованию независимо от времени и места совершения.

3.18.4. ПРАВА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ВО ВРЕМЯ ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТОВ

1. Защита медицинского персонала во время выполнения им своих обязанностей.

Необходимо отметить, что выполняя свои обязанности в зоне вооруженного конфликта, медицинский персонал пользуется защитой МГП, Женевских конвенций и Дополнительных протоколов. Защита предоставляется медицинскому персоналу при условии, что он занимается исключительно выполнением поставленных перед ним гуманитарных задач, и лишь на время их выполнения. Кроме того, в этот период медицинский персонал обязан соблюдать ряд важнейших требований:

– иметь опознавательные знаки и документы. Все члены медицинского персонала, которые пользуются защитой в зоне вооруженного конфликта, должны носить ясно видимый отличительный знак (например, большой красный крест на

груди и спине или для персонала гражданской обороны — голубой равносторонний треугольник на оранжевом поле) и иметь удостоверение личности установленного образца согласно Дополнительному протоколу к Женевским конвенциям;

– соблюдать нейтралитет в вооруженном конфликте. Медицинский персонал должен воздерживаться от каких бы то ни было враждебных действий или любого вмешательства в военные действия;

– иметь только личное оружие и использовать его исключительно для самообороны и защиты своих раненых и больных. Оружие можно использовать для предотвращения актов насилия в отношении медицинского персонала или раненых и больных, а также для поддержания порядка в медицинских учреждениях.

2. Медицинский персонал не может быть подвергнут наказанию или преследованию за выполнение им профессиональных обязанностей в соответствии с нормами медицинской этики.

Это означает, что медицинская деятельность, если она осуществляется в соответствии с медицинской этикой, ни при каких обстоятельствах и вне зависимости от того, кому оказывается помощь, не может стать поводом для насилия, угроз, преследований и наказаний.

3. Не допускается принуждение медицинского персонала к совершению действий, несовместимых с медицинской этикой.

Это положение дополняет предыдущее. Медицинский персонал нельзя принуждать к совершению действий в отношении раненых и больных, несовместимых с положениями Конвенций, Протоколов и нормами медицинской этики.

4. Не допускается принуждение медицинского персонала к предоставлению информации о раненых и больных.

Медицинский персонал имеет право не давать информацию, которая может причинить вред раненым, больным или их семьям. Однако если внутригосударственное законодательство одной из сторон вооруженного конфликта принуждает медицинский персонал предоставить информацию, ее предоставляют своему руководству для дальнейшего разрешения возникшей ситуации.

5. Иммунитет от взятия в плен.

Этим правом пользуются следующие категории медицинского персонала:

- медицинский персонал, направленный МККК;
- медицинский персонал нейтрального государства, предоставленный в распоряжение одной из сторон в конфликте;
- медицинский персонал госпитальных судов и самолетов санитарной авиации.

Необходимо подчеркнуть, что Конвенции и Протоколы предоставляют особые права медицинскому персоналу, направленному в зону вооруженного конфликта, для того, чтобы обеспечить выполнение важнейшей задачи — оказание помощи раненым и больным.


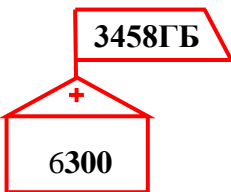




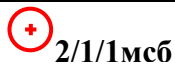


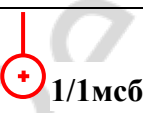

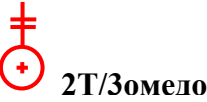
Опыт организации медико-санитарной помощи населению в локальных вооруженных конфликтах свидетельствует о том, что она осуществляется с учетом обстановки боевых действий и создания необходимой группировки медицинских сил и средств. Для этих целей могут быть привлечены медицинские учреждения и формирования службы медицины катастроф, гражданской обороны, других мини-















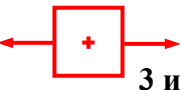
стерств и ведомств, а также различных международных и гуманитарных организаций. В своей работе они должны соблюдать требования врачебной этики, МГП и высокого профессионализма по оказанию медицинской помощи пострадавшим.





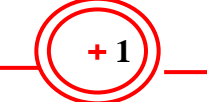
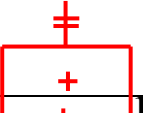
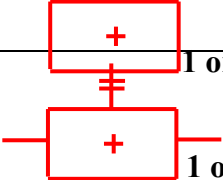


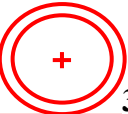


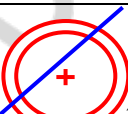

Основные положения МГП следует знать и умело применять их при необходимости на практике всем медицинским работникам при оказании медицинской помощи жертвам вооруженных конфликтов.

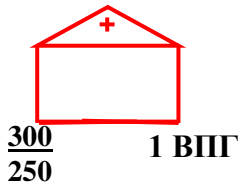
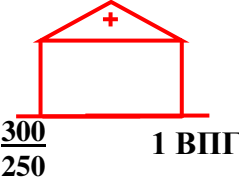
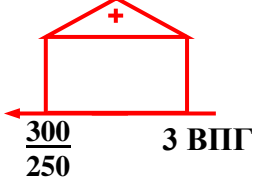
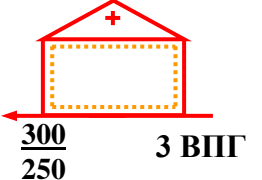
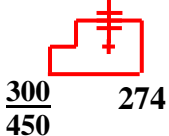
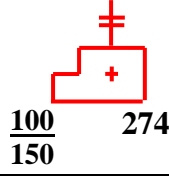
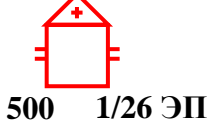


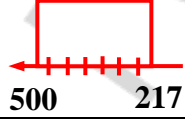
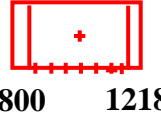
Репозиторий БГМУ

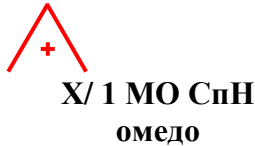

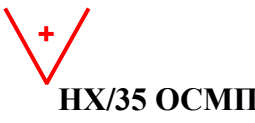
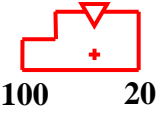

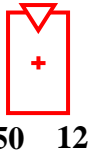
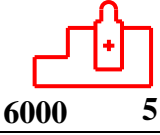





**УСЛОВНЫЕ ЗНАКИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Знак	
Обозначение	Расшифровка
	Пункт управления начальника военно-медицинского управления (ПУ ВМУ)
	Госпитальная база с указанием номера (3458 ГБ) и количества коек (3000)
	Пункт управления медицинской службы видов ВС, других войск и воинских формирований с указанием принадлежности на ТПУ
	Пункт управления медицинской службы оперативного (оперативно-тактического) командования с указанием принадлежности на ТПУ
	Отдел (сектор) по координации (распределению) и руководству учреждениями Министерства здравоохранения, развернутыми и функционирующими в интересах ВС с указанием номера
	Медицинский распределительный пост госпитальной базы ВС
	Раненый (больной)
	Санитар взвода (санитар медицинского подразделения) с указанием подразделения
	Стрелок-санитар подразделения (боевой группы)
	Санитар-носильщик отделения сбора и эвакуации
	Звено санитаров-носильщиков (цифра — количество звеньев)
	Санитарный инструктор роты (санитарный инструктор или медицинская сестра медицинского подразделения) с указанием подразделения
	Фельдшер батальона, дивизиона (фельдшер или старшая медицинская сестра медицинского подразделения) с указанием подразделения
	Врач (цифра в числителе — количество врачей, первая буква наименования специальности: Т — терапевт, Х — хирург и др., в знаменателе — принадлежность к подразделению)


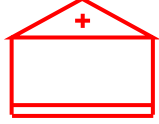

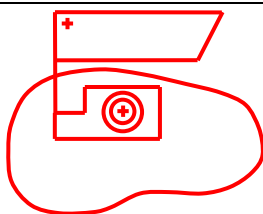

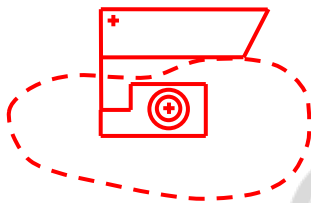


Знак	
Обозначение	Расшифровка
 3 омбр	Начальник медицинской службы соединения, воинской части, а также командир (начальник) военной медицинской части или организации с указанием подразделения
 2/3омедо	Санитарный автомобиль (цифра в числителе — количество автомобилей, в знаменателе — принадлежность к подразделению)
 2/1мсб	Санитарный транспортер колесный (цифра в числителе — количество автомобилей, в знаменателе — принадлежность к подразделению)
 2/2мсб	Санитарный транспортер гусеничный (цифра в числителе — количество автомобилей, в знаменателе — принадлежность к подразделению)
 2/3омедо	Автомобиль общего назначения (цифра в числителе — количество автомобилей, в знаменателе — принадлежность к подразделению)
 2/3мсб	Пост санитарного транспорта (цифра в числителе — количество санитарных автомобилей, в знаменателе — принадлежность к подразделению)
 1/2омедо	Автоперевязочная (АП) (цифра в числителе — количество автомобилей, в знаменателе — принадлежность к подразделению)
 4/7 мсп	Медицинский пост роты или место сбора раненых, пораженных и больных («гнездо раненых») с указанием (цифра в числителе — при необходимости указывается количество раненых, в знаменателе — принадлежность к подразделению)
 3 омедо	Сортировочный пост (СП) с указанием принадлежности к военной медицинской организации, части, подразделению
 5збр	Медицинский пункт бригады (МПбр) развернут, с указанием принадлежности
 3исп	Медицинский пункт (МП) воинской части развернут, с указанием принадлежности
 1мсб	Медицинский пункт батальона (дивизиона) (МПб) развернут, с указанием принадлежности
 1 мсб	Медицинский пункт батальона (дивизиона) свернут, с указанием принадлежности
 3 исп	Медицинский пункт воинской части (полка, отдельного батальона, базы) развернутый частью сил и средств, с указанием принадлежности
 3 исп	Медицинский пункт переправы, развернутый силами и средствами медицинской службы воинской части (полка, отдельного батальона, базы) с указанием принадлежности

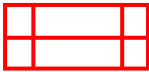
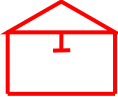


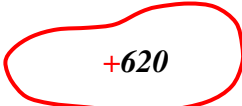
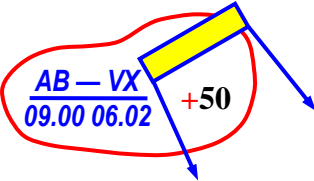
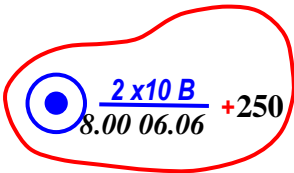

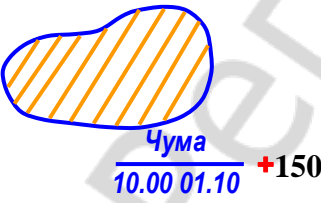
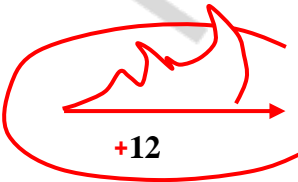
Знак	
Обозначение	Расшифровка
 3 исп	Медицинский пункт воинской части (полка, отдельного батальона, базы) свернут, с указанием принадлежности
 3 исп	Медицинский пункт воинской части (полка, отдельного батальона, базы) функционирующий в условиях строгого противоэпидемического режима, с указанием принадлежности)
 3 исп	Военно-медицинское подразделение (часть, организация) медицинской службы не работоспособно (не боеспособно)
 2 мсб	Отделение сбора и эвакуации раненых медицинского взвода (пункта) воинской части, с указанием принадлежности
 1	Медицинский отряд специального назначения (с указанием его номера)
 1 оombsбр	Медицинская рота развернута, с указанием принадлежности
 1 оombsбр	Медицинская рота специального назначения, с указанием принадлежности
 пмг 1 оombsбр	Подвижная медицинская группа медицинской роты специального назначения, с указанием принадлежности
 3/5 омбр	Отдельный медицинский отряд (омедо) развернут, с указанием принадлежности
 3/5 омбр	Отдельный медицинский отряд свернут, с указанием номера и принадлежности
 3/5 омбр	Отдельный медицинский отряд на марше (в движении), с указанием номера и принадлежности
 3/5 омбр	Отдельный медицинский отряд, функционирующий в условиях строгого противоэпидемического режима, с указанием номера и принадлежности
 3/5 омбр	Часть функциональных подразделений омедо, ограниченно работоспособна (ограниченно боеспособна) с указанием номера и принадлежности
 автсв 5 омедо	Автомобильный санитарный взвод омедо с указанием принадлежности


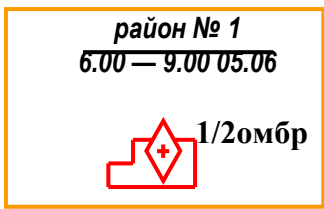





Знак	
Обозначение	Расшифровка
	Военный полевой госпиталь с указанием номера. Слева ниже знака указываются: в числителе — количество штатных коек, в знаменателе — загрузка госпиталя
	Военный полевой госпиталь (ВПГ) свернут, с указанием номера. Слева ниже знака указывается: в числителе — количество штатных коек, в знаменателе — загрузка госпиталя
	Военный полевой госпиталь на марше (в движении), с указанием номера. Слева ниже знака указывается: в числителе — количество штатных коек, в знаменателе — загрузка госпиталя
	Военный полевой госпиталь, функционирующий в условиях строгого противоэпидемического режима, с указанием номера. Слева ниже знака указывается: в числителе — количество штатных коек, в знаменателе — загрузка госпиталя
	Автомобильный санитарный батальон с указанием номера. Слева ниже знака при необходимости указывают возможности по эвакуации: в числителе — на носилках, в знаменателе — всего
	Автомобильная санитарная рота с указанием номера. Слева ниже знака при необходимости указывают возможности по эвакуации: в числителе — на носилках, в знаменателе — всего
	Эвакуационный приемник (ЭПр) распределительного эвакуационного пункта с указанием номера и принадлежности. Слева ниже знака при необходимости указывается эвакуационная вместимость
	Подвижный стоматологический кабинет с указанием номера и принадлежности
	Отдельная транспортная санитарная авиационная эскадрилья (отсаэ)
	Военно-санитарный поезд
	Военная санитарная летучка (ВСЛ) с указанием номера. Слева ниже знака при необходимости указываются возможности по эвакуации

Знак	
Обозначение	Расшифровка
	Группа медицинского усиления медицинского отряда специального назначения с указанием профиля и принадлежности (МР — медицинская распорядительная, Х — хирургическая, Оф — офтальмологическая, ПН — психоневрологическая, Токс — токсикологическая, Рад — радиологическая)
	Отряд специализированной медицинской помощи (ОСМП) с указанием номера
	Группа отряда специализированной медицинской помощи с указанием специализации и принадлежности (НХ — нейрохирургическая, АХ — ангиохирургическая, ТА — торакоабдоминальная, ПН — психоневрологическая, ТР — травматологическая, ГН — гинекологическая, ОЖ — ожоговая, И — инфекционная, Х — хирургическая, УИ — ультразвуковых исследований, Т — токсикологическая, ГО — гипербарической оксигенации, Р — радиологическая)
	Отряд заготовки крови (ОЗК) с указанием номера. Слева ниже знака при необходимости указываются возможности по заготовке крови (100 литров в сутки)
	Отделение отряда заготовки крови с указанием принадлежности. Слева ниже знака при необходимости указываются возможности по заготовке крови (20 литров в сутки)
	Станция переливания крови (СПК) с указанием номера. Слева ниже знака при необходимости указываются возможности по заготовке крови (50 литров в сутки)
	Кислорододобывающий отряд (КДО) на автомобилях с указанием номера. Слева ниже знака при необходимости указываются возможности по добычи жидкого кислорода
	Кислорододобывающая станция (КДС) с указанием принадлежности. Слева ниже знака при необходимости указываются возможности по добычи жидкого кислорода
	Медицинская база (склад) центра с указанием номера
	Отдел базы (склада) центра с указанием номера и хранимых запасов
	Медицинский склад оперативного командования с указанием номера и хранимых запасов
	Медицинский склад оперативно-тактического командования и его отделение с указанием их номеров и хранимых запасов

Знак	
Обозначение	Расшифровка
 М <u>2 омсб</u> с 06.00 15.-07	Медицинский склад бригады с указанием принадлежности и времени развертывания
 М <u>2 омсп</u> с 06.00 15.-07	Медицинский склад полка с указанием принадлежности и времени развертывания
 М <u>2 омсп</u> с 06.00 15.-07	Медицинский склад батальона (дивизиона) с указанием принадлежности и времени развертывания
 АЛ + 2 ВПГ	Автолаборатория (АЛ) с указанием принадлежности
 ПРК + 2 ВПГ	Подвижный рентгеновский кабинет (ПРК) с указанием принадлежности
 ПРС + 2 ВПГ	Подвижная рекомпрессионная станция (ПРС) с указанием принадлежности
 2 омедо	Дезинфекционно-душевая установка на автомобиле (полевая баня) с указанием принадлежности
 2 омедо	Дезинфекционно-душевая установка на прицепе с указанием принадлежности
 23	Санитарно-эпидемиологический центр (СЭЦ) ВС с указанием номера
 23	Санитарно-эпидемиологический центр ВС с указанием номера на марше (в движении)
 1/23 СЭЦ	Подвижное санитарно-эпидемиологическое отделение СЭЦ ВС с указанием номера и принадлежности
 2 омбр	Санитарно-эпидемиологическая лаборатория (СЭЛ) с указанием принадлежности
 1/2 омбр	Подвижная лаборатория (ПЛ) СЭЛ с указанием номера и принадлежности
 ВЗО <u>112</u> Ц	Ветеринарно-эпизоотический отряд с указанием его номера и принадлежности (Ц — центр; ОК — оперативное командование)
 ВЗО <u>112</u> Ц	Часть ветеринарно-эпизоотического отряда

Знак	
Обозначение	Расшифровка
	Центральная ветеринарная лаборатория
 <u>300</u> 123 ВМЦ 250	Военный медицинский центр, функционирующий в стационарных условиях в пункте постоянной дислокации, с указанием наименования и номера (ВМЦ — военно-медицинский центр, АЦ — амбулаторный центр, СЦ — стоматологический центр, РЦ — реабилитационный центр, ВС — военный санаторий и др.). Слева ниже знака при необходимости указывается: в числителе — количество штатных коек, в знаменателе — загрузка центра
 2 ВП	Военная поликлиника, функционирующая в стационарных условиях в пункте постоянной дислокации, с указанием номера
 <u>7,8 омедо</u> , 5,6 ВПГ	Район расположения (сосредоточения) группировки сил и средств медицинской службы с указанием ее состава
	Государственное учреждение Министерства здравоохранения (лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ) — амбулаторно-поликлиническая организация (амбулатория, поликлиника)), развернутое и действующее в интересах войск с указанием номера и уровня
 <u>7,8 омедо</u> , 1/2 оавтсб	Запасный район развертывания (привала) группировки сил и средств медицинской службы с указанием ее состава
 Р	Государственные учреждения «Центра гигиены и эпидемиологии» (Р — районный, Г — городской, О — областной)
 <u>300</u> 2 ГЛПУ-Х 250	Государственное учреждение Министерства здравоохранения (ЛПУ — больничная организация (больница, медико-санитарная часть, медицинский центр, диспансер)), развернутое и действующее в интересах войск с указанием номера и уровня (Р — районная больница, Г — городская больница, О — областная больница, Рп — республиканская больница, Сн — санаторий), а также профиля развертывания (М — многопрофильный, С — сортировочный, Э — эвакуационный, Х — хирургический, Т — терапевтический, И — инфекционный, ЛР — легкораненых, Спец — специализи-

Знак	
Обозначение	Расшифровка
	рованный). Слева ниже знака указывается: в числителе — количество штатных коек, в знаменателе — загрузка учреждения
	Дезинфекционная станция (пункт), развернутая государственным учреждением Министерства здравоохранения
 $\frac{300}{40}$	Санитарный пропускник, развернутый государственным учреждением Министерства здравоохранения. Слева ниже знака при необходимости указывается: в числителе — пропускная способность душа (человек в час); в знаменателе — производительность дезинфекционной камеры (комплектов одежды в час)
 <i>изо</i>	Изоляционно-пропускной пункт, развернутый государственным учреждением Министерства здравоохранения
 <i>оп</i>	Обсервационный пункт, развернутый государственным учреждением Министерства здравоохранения
 +620	Район массовых санитарных потерь с указанием числа раненых
 $\frac{AB - VX}{09.00 \ 06.02} +50$	Очаг поражения химическим оружием с указанием средств применения, типа отравляющих веществ, времени, даты поражения и числа пораженных
 $\frac{2 \times 10 \ B}{8.00 \ 06.06} +250$	Очаг поражения ядерным оружием с указанием количества, мощности заряда, вида, времени, даты поражения и числа пораженных
 $\frac{ВТО}{8.00 \ 06.06} +80$	Очаг поражения высокоточным оружием (ВТО) или боеприпасом объемного взрыва с указанием времени, даты поражения и числа пораженных
 $\frac{Чума}{10.00 \ 01.10} +150$	Район заражения биологическими средствами с указанием возбудителя инфекции, времени и даты применения (обнаружения) и числа заболевших лиц
 +12	Район (участок) пожара, направления его распространения и санитарные потери в нем

Знак	
Обозначение	Расшифровка
 5 омбр	Район обсервации войск с указанием находящихся в нем соединений, воинских частей, подразделений
 5 омбр	Район проведения карантинных мероприятий с указанием находящихся в нем соединений, воинских частей, подразделений
 район № 1 6.00 — 9.00 05.06 1/2 омбр	Район (зона, коридор) ведения санитарно-эпидемиологической и биологической разведки с указанием номера района, времени проведения, состава сил и средств и их принадлежности
	Контагиозная инфекция в войсках
	Контагиозная инфекция у гражданского населения
	Контагиозная инфекция у животных
1 	Неконтагиозная инфекция: 1 — в войсках
2 	2 — у гражданского населения
3 	3 — у животных

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	3
РАЗДЕЛ 3. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК.....	5
3.1. ПОНЯТИЕ О ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК КАК НАУЧНАЯ ДИСЦИПЛИНА	5
3.1.1. Понятие и содержание военной медицины.....	5
3.1.2. Организация медицинского обеспечения войск как научная дисциплина	6
3.1.2.1. История возникновения и становления организации медицинского обеспечения войск как науки и предмета преподавания.....	7
3.1.3. Методы научных исследований, применяемые в области организации медицинского обеспечения войск	14
3.1.4. Направления изучения и разделы научной дисциплины «Организация медицинского обеспечения войск»	15
3.2. ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ.....	16
3.2.1. Основные задачи медицинской службы Вооруженных Сил Республики Беларусь в военное время.....	17
3.2.2. Организационная структура медицинской службы Вооруженных Сил Республики Беларусь в военное время.....	22
3.3. ПОРАЖАЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ СОВРЕМЕННОГО ОРУЖИЯ И САНИТАРНЫЕ ПОТЕРИ ВОЙСК	24
3.3.1. Поражающее действие (факторы) современного оружия	24
3.3.1.1. Обычное оружие	26
3.3.1.2. Высокоточное оружие	26
3.3.1.3. Минно-взрывные боеприпасы	27
3.3.1.4. Зажигательные вещества	28
3.3.1.5. Оружие массового поражения (уничтожения).....	29
3.3.1.6. Химическое оружие	31
3.3.1.7. Биологическое оружие	32
3.3.1.8. Нуклонная реакция и реакция аннигиляции	34
3.3.1.9. Нелетальное оружие	35
3.3.2. Общие, безвозвратные и санитарные потери, их классификация	35
3.3.2.1. Классификация потерь	35
3.3.2.2. Величина и структура санитарных потерь	37
3.3.2.3. Прогнозирование санитарных потерь.....	39
3.4. ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК	47
3.4.1. Сущность и основные принципы современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск	47

3.4.2.	Понятие об этапах медицинской эвакуации.....	48
3.4.3.	Виды и объем медицинской помощи, сроки и порядок их оказания.....	49
3.4.3.1.	Медицинская сортировка. Организация и порядок проведения на этапах медицинской эвакуации.....	55
3.4.3.2.	Медицинская эвакуация, цель, задачи и принципы ее организация и проведения	61
3.5.	ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ВОЙСКАХ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ. МЕДИЦИНСКАЯ РАЗВЕДКА.....	63
3.5.1.	Санитарно-гигиенические мероприятия в военное время	63
3.5.2.	Противоэпидемические мероприятия в войсках в военное время.....	74
3.5.3.	Понятие о биологическом оружии и его поражающих факторах	79
3.5.4.	Медицинская разведка.....	81
3.6.	ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОЕДИНЕНИЙ (ВОИНСКИХ ЧАСТЕЙ) МЕДИЦИНСКИМИ ТЕХНИКОЙ И ИМУЩЕСТВОМ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ	87
3.6.1.	Задачи и принципы медицинского снабжения Вооруженных Сил Республики Беларусь в военное время	87
3.6.2.	Медицинское имущество и его классификация.....	90
3.6.2.1.	Классификация медицинского имущества	91
3.6.3.	Основы организации обеспечения воинской части медицинскими имуществом и техникой	93
3.7.	МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНИКА И ИМУЩЕСТВО ЭТАПОВ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ	96
3.7.1.	Средства индивидуального медицинского оснащения военнослужащих	96
3.7.2.	Средства группового медицинского оснащения военнослужащих	99
3.7.3.	Комплектно-табельное медицинское оснащение (средства) штатного медицинского персонала военно-медицинских подразделений, военно-медицинских частей.....	100
3.7.4.	Комплектно-табельные средства медицинского оснащения военно-медицинских подразделений и военно-медицинских частей	103
3.8.	ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБОЙ СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ) В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ	108
3.8.1.	Понятие, сущность, содержание, основные принципы и требования, предъявляемые к управлению медицинской службой.....	108
3.8.2.	Порядок организации, содержание и методы работы начальника медицинской службы при принятии решения на медицинское обеспечение боевых действий воинской части	110
3.8.3.	Содержание решения начальника медицинской службы и плана медицинского обеспечения боевых действий воинской части	128
3.8.4.	Управление медицинской службой воинской части при подготовке и в ходе боя	134

3.9. ОРГАНИЗАЦИЯ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ.....	141
3.9.1. Цели и задачи, сущность и содержание военно-медицинского учета и отчетности в ВС РБ в военное время.....	141
3.9.2. Документы военно-медицинского учета и отчетности в соединении (воинской части) в военное время. Порядок ведения и представления документов военно-медицинского учета и отчетности.....	142
3.9.3. Порядок ведения документов военно-медицинского учета и отчетности в военное время.....	145
3.9.4. Единицы медико-статистического учета	146
3.9.5. Обязанности должностных лиц медицинской службы по ведению документов военно-медицинского учета и отчетности.....	150
3.10. ЗАДАЧИ И СОСТАВ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ). ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ШТАТНОГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ).....	152
3.10.1. Задачи и состав медицинской службы соединения (воинской части)	152
3.10.2. Организационная структура и состав медицинской службы соединения (воинской части)	155
3.10.3. Задачи и состав медицинской роты отдельной мобильной бригады	157
3.10.4. Организация деятельности штатного медицинского персонала военно-медицинских частей и медицинских подразделений соединения (воинской части)	160
3.10.4.1. Обязанности должностных лиц медицинской службы по проведению лечебно-эвакуационных мероприятий.....	160
3.10.4.2. Организация розыска и способы приближения к раненым	162
3.10.4.3. Организация сбора и выноса (вывоза) раненых с поля боя, извлечения из труднодоступных мест и боевых машин	163
3.10.4.4. Организация погрузки (выгрузки) раненых и больных на транспортные средства	167
3.11. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ, ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ).....	171
3.11.1. Организационно-штатная структура медицинского пункта отдельного механизированного батальона отдельной механизированной бригады	173
3.11.2. Организационно-штатная структура медицинского пункта соединения (воинской части)	174
3.11.3. Организация работы медицинского пункта соединения (воинской части, подразделения).....	177
3.11.3.1. Выбор и подготовка места для развертывания медицинского пункта.....	179
3.11.3.2. Схемы развертывания функциональных подразделений медицинского пункта соединения (воинской части, подразделения)	179

3.11.4. Порядок работы функциональных подразделений медицинского пункта	185
3.12. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТРЯДА	192
3.12.1. Организационная структура отдельного медицинского отряда.....	194
3.12.2. Организация работы отдельного медицинского отряда.....	197
3.12.2.1. Приемно-сортировочное отделение.....	198
3.12.2.2. Лечебные отделения и кабинеты отдельного медицинского отряда	208
3.12.2.3. Подразделения обеспечения отдельного медицинского отряда	211
3.13. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВОЕННОГО ПОЛЕВОГО ГОСПИТАЛЯ	213
3.13.1. Организационная структура и штат военного полевого госпиталя	214
3.13.2. Схема развертывания и организация работы ВПП	216
3.13.2.1. Приемно-сортировочное отделение.....	217
3.13.2.2. Лечебно-диагностические отделения (кабинеты) военного полевого госпиталя	227
3.13.2.3. Подразделения обеспечения военного полевого госпиталя.....	231
3.14. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.....	232
3.14.1. Санитарно-эпидемиологическая лаборатория	234
3.14.2. Санитарно-эпидемиологический центр	234
3.15. МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ ПРИ ПЕРЕДВИЖЕНИИ.....	236
3.15.1. Условия (факторы), оказывающие влияние на деятельность медицинской службы воинской части при передвижении	236
3.15.2. Медицинское обеспечение воинской части на марше	237
3.15.3. Медицинское обеспечение при подготовке к передвижению (маршу)....	237
3.15.4. Медицинское обеспечение в ходе передвижения (марша)	240
3.15.5. Медицинская помощь в ходе передвижения (марша)	243
3.15.6. Организация работы медицинской службы в ходе медицинского обеспечения передвижения воинского формирования железнодорожным транспортом	244
3.16. МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ В ОБОРОНИТЕЛЬНОМ БОЮ.....	252
3.16.1. Условия (факторы), оказывающие влияние на деятельность медицинской службы воинской части в оборонительном бою.....	252
3.16.2. Задачи и деятельность медицинской службы при подготовке к ведению оборонительного боя	255
3.16.3. Задачи и деятельность медицинской службы в ходе оборонительного боя	259

3.17. МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ВОИНСКОЙ ЧАСТИ В НАСТУПАТЕЛЬНОМ БОЮ.....	263
3.17.1. Условия (факторы), оказывающие влияние на деятельность медицинской службы воинской части в наступательном бою	263
3.17.2. Задачи и деятельность медицинской службы при подготовке к ведению наступательного боя	265
3.17.3. Задачи и деятельность медицинской службы в ходе наступательного боя.....	269
3.17.3.1. Организация медицинского обеспечения боевых действий в условиях наступления соединения (воинской части) на обороняющегося противника из положения непосредственного соприкосновения с ним.....	269
3.17.3.2. Медицинское обеспечение в условиях наступления соединения (воинской части) с выдвиганием из глубины.....	270
3.17.3.3. Мероприятия медицинской службы при медицинском обеспечении соединения (воинской части) при прорыве обороны и бое в глубине обороны противника	271
3.17.3.4. Мероприятия медицинской службы соединения при организации медицинского обеспечения соединения (воинской части) во встречном бою	274
3.18. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО ГУМАНИТАРНОГО ПРАВА. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ВОЙНАХ И ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТАХ.....	275
3.18.1. История возникновения Международного гуманитарного права	275
3.18.2. Применение Международного гуманитарного права.....	279
3.18.2.1. Основные положения Женевских конвенций	279
3.18.2.2. Основные положения Дополнительных Протоколов.....	280
3.18.2.3. Защита военнопленных	282
3.18.2.4. Защита раненых, больных и потерпевших кораблекрушение.....	285
3.18.2.5. Защита медицинских учреждений и санитарного транспорта	288
3.18.3. Обязанности медицинского персонала во время войн и вооруженных конфликтов	291
3.18.4. Права медицинского персонала во время вооруженных конфликтов.....	292
Приложение. Условные знаки медицинской службы Вооруженных Сил Республики Беларусь	295