

Оглавление

Список сокращений	3
Мотивационная характеристика темы	3
Задачи отдельного медицинского отряда	7
Организационная структура отдельного медицинского отряда.....	9
Организация развертывания отдельного медицинского отряда.....	23
Организация перемещения отдельного медицинского отряда.....	31
Организация работы функциональных подразделений отдельного медицинского отряда	33
Организация и проведение санитарно-гигиенических и противо- эпидемических мероприятий в отдельном медицинском отряде.....	105
Организация медицинского учета и отчетности в отдельном медицинском отряде	112
Организация тылового и технического обеспечения отдельного медицинского отряда	116
Финансовое обеспечение в отдельном медицинском отряде	121
Организация морально-психологического обеспечения и идеологической работы в отдельном медицинском отряде	121
Организация мероприятий по защите, охране и обороне отдельного медицинского отряда	122
Управление отдельным медицинским отрядом	145
Ситуационные задачи	154
Тесты.....	153
Литература.....	159
Приложение 1	163
Приложение 2.....	164
Приложение 3.....	167
Приложение 4.....	169
Приложение 5.....	168
Приложение 6.....	171

**Документы военного медицинского учета омедо
и их назначение**

Наименование документа	Назначение документа	Номер формы	Примечание
Первичная медицинская карточка	Для обеспечения преемственности и последовательности лечебно-эвакуационных мероприятий, медицинской сортировки раненых и больных, их первичного медицинского учета	100	Заполняется только на раненых или больных, поступивших без медицинской документации, не подлежащих лечению в омедо
История болезни	Для характеристики течения патологического процесса у раненого (больного), регистрации проводимых диагностических и лечебно-эвакуационных мероприятий, обеспечения их непрерывности и преемственности, учета результатов стационарного лечения	102	Ведется на госпитализированных раненых и больных
Эвакуационный конверт	Для записи указаний о режиме эвакуации раненых и больных и обеспечения сохранности медицинских документов	104	Только для раненых и больных, на которых заведена история болезни
Книга учета раненых и больных	Для регистрации лиц, поступивших для оказания медицинской помощи	106	—
Справка о ранении (заболевании)	Для подтверждения факта ранения (заболевания) и пребывания данного лица на лечении в военно-лечебном учреждении	111	Выдается каждому раненому (больному), находившемуся на стационарном лечении при выписке. Заверяется гербовой печатью омедо
Ведомость на эвакуируемых раненых и больных	Для учета эвакуируемых раненых и больных	113	Составляется на каждое транспортное средство (автомобиль, вертолет) в трех экземплярах (под копиру)
Сведения о работе отделения омедо	Для учета работы подразделений омедо и составления донесений по медицинской службе	114	—

Наименование имущества	Минимальное количество, шт
8. Простыни	50
9. Одеяла (спальные мешки)	20
10. Надписи: «Для грязных полотенец», «Одевальная», «Чистые полотенца»	По 1
11. Медикаменты (те же, что указаны для раздевальной)	
Площадка специальной обработки обмундирования, обуви, снаряжения	
1. Столы раскладные	3
2. ИПП-8	15
3. ИДП-С	10 комплектов
4. Веревки для развешивания обмундирования	30 м
5. Веники, палки	По 5
6. Резиновая емкость для воды, бочки для раствора	По 2
7. Дегазирующий раствор	50 л
8. Дезактивирующий раствор	50 л
9. Комплект ДК-4	1 комплект
10. Дегазирующие и дезактивирующие вещества	10 кг
II. Мешки прорезиненные, для зараженного обмундирования	12
12. Передники прорезиненные, нарукавники полиэтиленовые	По 2 пары
13. Перчатки резиновые	6 пар
14. Комплект ОЗК(Л-1)	3 комплекта
15. Резиновые сапоги	2 пары
16. Умывальники	1-2
17. Ветошь	30-50 кг
18. Комплект КЭО	1
19. Надписи: «Для обуви», «Для обмундирования», «Для снаряжения», «Для средств защиты», «Обработанное обмундирование», «Площадка специальной обработки обмундирования, обуви, снаряжения»	По 1
Площадка специальной обработки транспорта и носилок	
1. Резиновая емкость для воды	1-2
2. Бочки для дегазирующих растворов	2
3. 5%-ная суспензия ДТС-ГК для работы с ДК-4	50 л
4. Комплект ДК-4	1
5. 1-2%-ный осветленный раствор ДТС-ГК	50 л
6. Ветошь	30-50 кг
7. Носилки	20
8. Веники	5
9. Надписи: «Стоянка зараженного транспорта», «Стоянка чистого транспорта», «Грязные носилки», «Чистые носилки», «Сбор грязной ветоши», «Площадка специальной обработки транспорта и носилок»	По 1

Наименование имущества	Минимальное количество, шт
32. ИПП-8	20
33. Система для промывания желудка	2
34. Шприцы 10-20-50 мм ³	10
35. Уголь активированный (по 5,0 упак.)	20
36. 0,5%-ный раствор новокаина	0,5 л
37. 2%-ный раствор соды	5,0 л
38. 2%-ный раствор хлорамина	5,0 л
39. Афин, атропин, аминазин 2,5 %, мезатон 1 %	По 20 амп.
40. Димедрол 1 %, кофеин, кордиамин, цититон, изонитроз 40 %	По 20 амп.
41. Столбнячный анатоксин	10 амп.
42. Этаперазин	50 таб.
43. Раствор калия марганцевокислого	200 мл
44. Настойка йодная 5 %	100 мл
45. Надписи: «Для документов»;	1
«Раздевальная»;	2
«Для обмундирования»;	2
«Для обуви»	2
Между раздевальной и моечной	
1. Ящики для сбора противогазов	2
2. Надписи «Для противогазов»	2
Моечная	
1. ДДА-66	1
2. Носилки для помывки пораженных	2
3. Подставки к ним	2 пары
4. Ведра, тазы для чистых мочалок	2
5. Подставки к ним	4
6. Ведра, тазы для грязных мешков	2
7. Мочалки	50
8. Мыло хозяйственное	20 кусков
9. Передники прорезиненные	3 пары
10. Перчатки резиновые	10 пар
II. Нарукавники полиэтиленовые	3 пары
12. Клеенка медицинская	20 м
13. Занавески из полиэтилена, веревки, зажимы	1 комплект
14. Дополнительные емкости для воды	На 300-500 л
15. Надписи: «Для чистых мочалок», «Для грязных мочалок», «Моечная»	По 1
Одевальня	
1. Скамьи раскладные	8
2. Стол для медикаментов раскладной	1
3. Стол/стеллаж (для обменного фонда обмундирования)	1
4. Носилки + обменный фонд	12
5. Подставки к ним	6 пар
6. Умывальник	1
7. Таз эмалированный	2

Перечень имущества отделения специальной обработки

Наименование имущества	Минимальное количество, шт
Перед входом в раздевальную	
1. Скамьи раскладные	4
2. Ящики для оружия	2
3. Мешки прорезиненные для сбора обмундирования	4
4. Корыта/кюветы (металлические для обработки обуви)	2
5. Ветошь	5 кг
6. Бак для сбора грязной ветоши	1
7. Надписи: «Для снятия средств защиты», «ОСО», «Для оружия»	По 1
Раздевальня	
1. Скамьи раскладные	6
2. Столы для регистратора и медикаментов	2
3. Стулья раскладные	4
4. Носилки	5
5. Подставки к ним	5
6. Умывальник, таз, примус	По 1
7. Стерилизатор	1
8. Защитные чехлы для повязок	50
9. Занавески из полиэтилена, веревка	1
10. Зажимы для занавеса	10
11. Ножницы, скальпель	По 1
12. Пинцеты	6
13. Клеенка медицинская	20–30 м
14. Простыни	10
15. Халаты медицинские, полотенца, передники	По 5
16. Наручники полиэтиленовые	5 пар
17. Перчатки резиновые	10
18. Респираторы Р–2, противогазы	По 3
19. Шлем для раненых в голову	2
20. перевязочный материал	По 50 повязок
21. Лейкопластырь, биксы	По 5
22. Судна подкладные, мочеприемники	По 2
23. Вата компрессная	5 кг
24. Ведра педальные для грязных бинтов	2
25. Журнал для регистратора	2
26. Мешки прорезиненные для сбора обмундирования	3
27. Ящик для сбора документов	1
28. Сортировочные марки	100
29. Пакеты полиэтиленовые для документов	100
30. Контурные полиэтиленовые повязки	50
31. Комплекты жетонов (по 4 одинаковых)	10 комплект

к ... (время) сформировать группу обеспечения движения, организовать проверку технического состояния и ремонт техники, дозаправку автомобилей в районе ... ;

до ... (время) пополнить до установленных норм запасы продовольствия, горючего и других материальных средств, иметь запас питьевой воды в кол-ве ... , дозаправку автомобилей в ходе марша провести в р-не ... ;

обеспечить питание личного состава омеда горячей пищей перед маршем и в районе привала, личный состав рекогносцировочной группы и группы обеспечения движения обеспечить сухим пайком;

обеспечить техническое замыкание в ходе марша и провести инструктаж водителей по безопасности движения, обеспечить их схемами маршрута и порядковыми номерами в составе походной колонны;

совместно с начальникам структурных подразделений к ... (время) закончить погрузку имущества, построить колонну омеда и на марше следовать в замыкании колонны;

командиру автомобильного санитарного взвода быть в готовности к выделению транспорта, обеспечению и проведению эвакуацию раненых и больных в ходе совершения марша в ... (лечебные организации на маршруте).

Готовность омеда к совершению марша ... (время, дата).

Пункты регулирования пройти: исходный — ... (время), регулирования — ... (время).

КП омеда в голове походной колонны. Управление колонной на марше осуществлять путем передачи команд по колонне старшими машин, установленными сигналами.

НАЧАЛЬНИК омеда

... (воинское звание, подпись, инициалы, фамилия)

Боевой приказ на марш омедо

БОЕВОЙ ПРИКАЗ № КП — ПАВЛИНОВО (0000). 10.00
11.11.11.

Карта 100 000, издание 20__ г.

1. Соединения ... ОК под видом учений сосредоточиваются в р-нах ... , переход в наступление возможен... . Соединение выдвигается в район ... в готовности нанести удар в направлении ... , разгромить противостоящую группировку противника и овладеть рубежом

2. Омедо поставлена задача совершить марш по маршруту ... и к ... (время, дата) выйти в р-н ... в готовности к развертыванию и приему раненых и больных с завязкой боя главными силами соединения.

3. **Решил:** марш совершить ... (кол-во походных колонн) походной колонной.

Походный порядок —

Пункты: исходный — ... ; регулирования —

Средняя скорость движения

Привалы: с ... до ... в р-не ... ; с ... до ... в р-не

4. **Приказываю:**

– заместителю начальника омедо — начальнику медицинской части сформировать рекогносцировочную группу в составе ... с задачей выбора места и трассировки площадки развертывания функциональных подразделений омедо, определения объема и очередности ее инженерного оборудования. Рекогносцировочной группе убыть в р-н ... (время, дата);

– заместителю начальника омедо по идеологической работе довести до личного состава военно-политическую обстановку, провести комплекс мероприятий, направленных на укрепление и поддержанию воинской дисциплины и правопорядка, профилактику правонарушений и сплочение личного состава омедо для обеспечения их готовности к выполнению должностных обязанностей в ходе марша;

– начальникам структурных подразделений к ... (время) закончить погрузку имущества, распределить личный состав по автомобилям, назначить старших машин и наблюдателей и доложить о готовности совершить марш. На марше следовать в головной машине подразделения;

– помощнику начальника по материально-техническому обеспечению, начальнику продовольственной и вещевой служб, командиру взвода обеспечения;

объеме сформировать: сортировочных бригад ... (кол-во); хирургических бригад двухврачебного состава ... (кол-во); хирургических бригад одноврачебного состава ... (кол-во); терапевтических бригад ... (кол-во);

– начальнику приемно-сортировочного отделения развернуть и оборудовать ... (функциональные подразделения) и быть в готовности к проведению мероприятий санитарной обработки раненых и больных, зараженных ... (вид заражения) в ... (объем санитарной обработки);

– командиру автомобильного санитарного взвода быть в готовности к выделению транспорта, обеспечению и проведению эвакуации раненых и больных из ... (медицинские пункты частей) штатным транспортом, из ... (медицинские пункты частей) транспортом ... (средства усиления), а также придать на усиление медицинским подразделениям воинских частей соединения: ... (наименование воинской части и подразделения) ... (кол-во санитарных автомобилей) и направить их в р-ны развертывания соответствующих воинских частей к ... (время, дата);

– помощнику начальника по материально-техническому обеспечению, начальнику продовольственной и вещевой служб, командиру взвода обеспечения, начальнику аптеки пополнить запасы материальных средств до установленных норм. Создать дополнительные запасы: продовольствия по норме ... (№ нормы) ... (сутодач), по норме ... (№ нормы) ... (сутодач), обмундирования ... (комплектов), топлива ... (заправок), медицинского имущества специального назначения

Готовность к приему раненых и больных ... (время, дата).

КП омедо с ... (время, дата) в районе... (место, координаты).

Связь с начальником медицинской службы соединения по р/с № ... , позывной ... ; с начальниками медицинской службы воинских частей соединения: ... (наименования воинской части) по р/с № ... , позывной ... ; и т. д.

НАЧАЛЬНИК омедо

... (воинское звание, подпись, инициалы, фамилия)

Боевой приказ на развертывание и организацию действий омедо
БОЕВОЙ ПРИКАЗ №... . КП — ПАВЛИНОВО (0000). 10.00
11.11.11.

Карта 100 000, издание 20__ г.

1. Противник остановил наступление воинских частей соединения на рубеже ... , сосредоточивает резервы в районе ... , контрудар которых возможен в ... (время) с рубежа ... в направлении Удары авиации противника возможны самолетами ... (тип), основное направление налетов ... , предполагаемые объекты поражения

2. Омедо поставлена задача развернуться к ... (время) по ... (схема развертывания) в р-не ... , принять до ... (кол-во раненых и больных), оказать им ... (вид и объем медицинской помощи), обеспечить госпитализацию и лечение раненых и больных со сроками выздоровления до ... (сроки лечения).

3. Для приема раненых и больных из омедо в р-не ... с ... (время, дата) развертывается ... (госпитальная база) в составе ... (перечень лечебных организаций и военных медицинских частей, развернутых в интересах войск на эвакуационном направлении).

4. В районах территориальной зоны ответственности соседних соединений развернуты: ... (наименование соединения) ... (№ омедо) ... (наименование населенного пункта и координаты) и т. д.

Решил: к ... (время) провести рекогносцировку района развертывания омедо, в период с ... (время) ... (дата) по ... (время) ... (дата) осуществить подготовку омедо, совершить марш и к ... (время) ... (дата) развернуться в назначенном районе в составе ... (наименование функциональных подразделений). В первую очередь развернуть ... (функциональные подразделения, развертываемые в первую очередь).

Раненых и больных эвакуировать в омедо из... (медицинские пункты частей) транспортом омедо, из ... (медицинские пункты частей) приданными транспортными средствами; эвакуацию из омедо в лечебные организации и военные медицинские части, развернутые в интересах войск на эвакуационном направлении соединения, осуществлять, приданным санитарным транспортом автосанитарного батальона и транспортом подвоза.

Приказываю:

- начальникам структурных подразделений по прибытию в район немедленно приступить к развертыванию функциональных подразделений омедо в соответствии с утвержденным порядком и схемой развертывания;
- начальникам структурных подразделений для организации приема раненых и больных, оказания им медицинской помощи в установленном

- командир взвода — 1.

5. Отделение охраны:

- командир отделения — 1;
- старший стрелок — 1;
- пулеметчик — 1;
- стрелок — 6;
- стрелок-гранатометчик — 1.

6. Автомобильное отделение (2):

- командир отделения — 2;
- старший водитель — 2;
- водитель — 11;
- водитель-заправщик — 1.

7. Отделение технического обслуживания:

- командир отделения — 1;
- старший механик-аккумуляторщик — 1;
- мастер (по топливной аппаратуре) — 1;
- водитель-механик — 1;
- электрик-моторист — 2.

8. Столовая:

- начальник столовой (пр-к) — 1;
- старший повар (ефрейтор) — 1;
- повар (рядовой) — 2.

9. Склады:

- начальник склада — 2;
- кладовщик — 1.

* Являются начальниками структурных подразделений и одновременно входят в командование омеда.

Таким образом, общая численность личного состава омеда составляет 166 человек, в том числе 25 офицеров, из которых 20 врачей (1 организатор, 11 хирургов, 2 терапевта, 2 анестезиолога, 1 стоматолог, 1 рентгенолог, 1 врач-лаборант, 1 провизор).

Материально-техническое оснащение омеда включает: персональные электронные вычислительные машины типа ЕС-18XX — 3; легковые автомобили УАЗ-3151, 469 — 1; грузовые автомобили ЗИЛ-130 — 8; пассажирские автобусы ПАЗ, КаВЗ — 4; установки дезинфекционно-душевые ДДА-66 на базе ГАЗ-66 — 1; полевые рентгеновские кабинеты ОР на базе ГАЗ-66 — 1; стерилизационно-дистилляционные прицепы типа СДП на прицепе 1-П-1,5 — 1; автоцистерны АЦ-5,5-4320 на базе Урал-4320 — 1; прицепы-фургоны изотермические ГЗСА-896 на прицепе 1-П-1,5 — 1; прицепы-фургоны хлебные ПФХ-1 на прицепе 1-П-1,5 — 1; прицепы-цистерны для воды ЦВ-1,2-1-П-1,5 — 1; автомобили-цистерны АЦПТ-4,1 на базе ЗИЛ-130 — 1; автоприцепы типа 2-ПН-2М — 2; санитарные автомобили АС-66 — 16; автоперевязочные АП-2 на базе ГАЗ-66 — 2; радиостанции типа Р-159, Р-107 — 3; радиостанции типа Р-157 — 1; коммутаторы П-193М — 1; кабель П-274М, П-275 6 км; мастерские технического обслуживания автомобильной техники типа МТО-АТ на базе ЗИЛ-131 — 1; электростанции осветительные 4 кВт на прицепе 1-П-1,5 — 2; плиты переносные ПП-40 — 1; плиты прицепные ПП-170 на прицепе — 1-П-1,5 — 1; кухни прицепные на прицепе 1-П-1,5 — 1; гранатометы РПГ-7В — 1; 5,45 мм ручные пулеметы РПК-74 — 1.

- начальник отделения — 1;
- ординатор — 1;
- фельдшер — 1;
- старшая медсестра-анестезистка — 1;
- медицинская сестра-анестезистка — 4;
- санитар — 2.

4. Отделение госпитализации (50 коек):

- начальник отделения — 1;
- старший ординатор — 1;
- фельдшер — 1;
- старшая медсестра — 1;
- медицинская сестра — 4;
- санитар — 2.

5. Лаборатория:

- начальник лаборатории — 1;
- лаборант — 2;

6. Стоматологический кабинет:

- начальник кабинета — 1;
- медицинская сестра — 1.

7. Рентгеновский кабинет:

- начальник кабинета;
- рентгенлаборант;
- водитель.

Подразделения обеспечения

1. Аптека:

- начальник аптеки — 1;
- фармацевт — 1;
- санитарный инструктор — 1;
- кочегар-паропроводчик — 1.

2. Отделение связи:

- начальник отделения — 1;
- старший телефонист — 1;
- радиотелефонист — 1;
- телефонист-линейный надсмотрщик — 2;

3. Автомобильный санитарный взвод:

- командир взвода — 1;
- заместитель командира взвода — 1;
- командир отделения — 2;
- старший водитель-радиотелефонист — 2;
- водитель-санитар — 14;
- санитар — 18.

4. Взвод обеспечения:

**Штатная структура омедо
(Штат учебный)
Управление**

1. Командование:

- начальник отряда — 1;
- заместитель начальника отряда по идеологической работе — 1.

2. Медицинская часть:

- заместитель начальника отряда — начальник медицинской части — 1*;
- делопроизводитель — 1;
- медицинский статистик — 1.

3. Отделение материально-технического обеспечения:

- помощник начальника отряда по материально-техническому обеспечению — начальник отделения — 1*;
- начальник продовольственной и вещевого служб — 1;
- делопроизводитель (сержант) — 1.

4. Финансовая служба:

- начальник финансовой службы — 1;
- бухгалтер — 1.

Основные подразделения

1. Приемно-сортировочное отделение:

- начальник отделения — 1;
- старший ординатор — 1;
- фельдшер — 1;
- старшая медицинская сестра — 1;
- медицинская сестра — 3;
- санитарный инструктор-дозиметрист — 1;
- санитарный инструктор-дезинфектор — 1;
- санитар — 4;
- водитель-электрик — 1;
- кочегар-паропроводчик — 1.

2. Хирургическое отделение:

- начальник отделения — 1;
- старший ординатор — 3;
- ординатор — 4;
- старшая операционная сестра — 1;
- операционная сестра — 6;
- медицинская сестра — 3;
- медицинская сестра-анестезистка — 4;
- санитар — 4;

3. Отделение анестезиологии и интенсивной терапии:

Организационная структура омедо (Штат Учебный)

1. Управление (10):

- командование — 2;
- медицинская часть — 3;
- финансовая служба — 2;
- отделение материально-технического обеспечения — 3.

2. Основные подразделения (69):

- приемно-сортировочное отделение (2 врача-хирурга) — 15;
- хирургическое отделение (8 врачей-хирургов) — 26;
- отделение анестезии и интенсивной терапии (2 врача-реаниматолога) — 10;
- отделение госпитализации (на 50 коек) (2 врача) — 10;
- лаборатория — 3;
- стоматологический кабинет — 2;
- рентгенологический кабинет — 3.

3. Подразделения обеспечения (87):

- аптека — 4;
- отделение связи — 5;
- автомобильный санитарный взвод — 38;
- взвод обеспечения (отделение охраны, 2 автомобильных отделения, отделение технического обслуживания, столовая, склады) — 40.

4. Всего по штату (166):

- офицеров — 25;
- прапорщиков — 8;
- сержантов — 45;
- солдат — 88.

5. Автомобильная техника (38):

- легковые — 1;
- грузовые — 9;
- специальные (общевойскового назначения) — 20;
- специальные родов войск — 6;
- автоприцепы — 2.

Литература

Основная

1. *Организация* медицинского обеспечения войск / С. Н. Шнитко [и др.]. Минск : БГМУ, 2008. 576 с.
2. *Приказ* заместителя Министра обороны по тылу — начальника тыла Вооруженных Сил Республики Беларусь «Об утверждении Руководства по медицинскому обеспечению. Часть 1. Соединение, воинская часть, подразделение» от 12 ноября 2007 года № 06.

Дополнительная

1. *Шелепов, А. М.* Организация и тактика медицинской службы : учеб. / А. М. Шелепов, Л. М. Костенко, О. В. Бабенко ; под ред. И. М. Чижа. СПб. : Фолиант, 2005. 504 с.
2. *Сиротко, В. В.* Медицинское обеспечение войск : учеб. пособие / В. В. Сиротко, В. В. Редненко, В. В. Могилевич. Витебск : ВГМУ, 2005. 644 с.
3. *Сиротко, В. В.* Организация медицинского обеспечения войск : учеб. пособие / В. В. Сиротко, В. В. Редненко. Витебск : ВГМУ, 2001. 514 с.

27. Эвакуация раненых и больных в омедо из МП воинских частей и подразделений, а также очагов массовых санитарных потерь осуществляется:

- 1) в случае необходимости санитарным транспортом медицинских подразделений воинских частей;
- 2) санитарным транспортом автосанитарного взвода омедо и приданным санитарным транспортом;
- 3) штатным транспортом подразделений воинских частей.

28. Эвакуация раненых и больных из омедо в ВПГ и другие лечебные организации осуществляется:

- 1) автосанитарными подразделениями и транспортом общего назначения, выделенным старшим начальником медицинской службы;
- 2) штатным транспортом подразделений воинских частей;
- 3) в случае необходимости транспортом автосанитарного взвода омедо или любым имеющимся в омедо транспортом.

29. Отделение охраны организует и обеспечивает:

- 1) оборону подразделений омедо;
- 2) перевозку личного состава и имущества омедо;
- 3) защиту подразделений омедо;
- 4) эвакуацию раненых и больных из омедо в ВПГ и лечебные организации;
- 5) охрану подразделений омедо.

30. Автомобильное отделение омедо обеспечивает:

- 1) оборону подразделений омедо;
- 2) всесторонний подвоз материальных средств и другого имущества;
- 3) защиту подразделений ВПГ;
- 4) подготовку раненых и больных к эвакуации.

Ответы: 1 — 1, 2; 2 — 1, 2, 3; 3 — 2, 3, 4; 4 — 2; 5 — 1; 6 — 2, 3, 4; 7 — 1, 2, 4, 5; 8 — 1, 2, 4, 5; 9 — 1, 2, 4; 10 — 1, 3, 4, 5; 11 — 1, 2, 3, 4; 12 — 2; 13 — 2, 3, 4; 14 — 2, 3, 4, 5; 15 — 1, 3; 16 — 1, 3, 4; 17 — 1; 18 — 2; 19 — 2; 20 — 2; 21 — 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10; 22 — 1, 2, 4, 5, 6; 23 — 2, 3, 4; 24 — 1, 2, 3, 5; 25 — 1, 3, 4; 26 — 1, 2, 4, 6, 7; 27 — 1, 2; 28 — 1, 3; 29 — 1, 3, 5; 30 — 2.

- 1) рентгеновский кабинет;
- 2) операционную с предоперационной;
- 3) перевязочные с предперевязочными для тяжелораненых и раненых средней степени;
- 4) противошоковую.

24. В операционно-перевязочном отделении омедо осуществляется:

- 1) проведение анестезии, противошоковых и других мероприятий подготовки раненых и больных перед проведением операций и специальных диагностических процедур, наложением и сменой перевязок;
- 2) оказание раненым и больным первой врачебной и квалифицированной хирургической медицинской помощи в установленном объеме;
- 3) проведение последующей внутripунктовой и эвакуационно-транспортной медицинской сортировки раненых и больных в интересах их последующего лечения и эвакуации по назначению;
- 4) временная госпитализация и лечение нетранспортабельных раненых;
- 5) проведение мероприятий, направленных на профилактику осложнений и борьбу с уже развившимися опасными осложнениями ранений, поражений и заболеваний.

25. Госпитальное отделение омедо имеет в составе следующие функциональные элементы:

- 1) госпитальные палаты (палата для выздоравливающих, палата для хирургических больных, палата интенсивной терапии, палата для нуждающихся в квалифицированной терапевтической помощи и симптоматической терапии);
- 2) автоперевязочная;
- 3) изолятор для инфекционных больных;
- 4) изолятор для больных с психоэмоциональными расстройствами.

26. В госпитальном отделении омедо осуществляется:

- 1) оказание медицинской помощи раненым и больным в установленном объеме и с установленными сроками лечения;
- 2) проведение мероприятий анестезиологической помощи и интенсивной терапии;
- 3) медицинская сортировка раненых и больных;
- 4) временная госпитализация и лечение нетранспортабельных раненых и больных;
- 5) госпитализация и изоляция инфекционных больных до полного их выздоровления;
- 6) подготовка раненых и больных к дальнейшей эвакуации после выведения их из нетранспортабельного состояния;
- 7) уход за ранеными и больными, находящимися на лечении в госпитальном отделении.

- 1) 1 и 2 часа, 6 и 8 часов;
- 2) 1 и 2 часа, 4 и 8 часов;
- 3) 4 и 8 часов, 12 и 24 часа;
- 4) 6 и 8 часов, 12 и 18 часов.

20. При оказании квалифицированной медицинской помощи в полном объеме пропускная способность омедо составляет до ... раненых и больных в сутки, а в сокращенном объеме — до ... в сутки:

- 1) 50 и 100;
- 2) 200 и 300;
- 3) 300 и 500.

21. Приемно-эвакуационное отделение омедо имеет в составе следующие функциональные элементы:

- 1) сортировочный пост;
- 2) сортировочную площадку;
- 3) сортировочную для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести;
- 4) сортировочную для легкораненых;
- 5) эвакуационную для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести;
- 6) эвакуационную для легкораненых, перевязочной для легкораненых;
- 7) ОСО;
- 8) вертолетную площадку;
- 9) лабораторию;
- 10) перевязочную для легкораненых (автоперевязочную).

22. В приемно-эвакуационном отделении омедо осуществляется:

- 1) прием, временное размещение, регистрация и медицинская сортировка поступивших раненых и больных;
- 2) выявление и направление в изолятор инфекционных больных;
- 3) выполнение мероприятий квалифицированной медицинской помощи;
- 4) выявление раненых и больных, имеющих заражение открытых участков тела и обмундирования РВ, ОВ и БС, нуждающихся в санитарной обработке и проведение их полной санитарной обработке, а также специальной обработке их обмундирования, оружия, личных вещей и доставившего их транспорта;
- 5) определение необходимого объема медицинской помощи и оказание неотложной медицинской помощи нуждающимся раненым и больным до направления их в основные функциональные подразделения омедо;
- 6) подготовка раненых и больных к эвакуации в ВПГ и другие лечебные учреждения.

23. Операционно-перевязочное отделение омедо имеет в составе следующие функциональные элементы:

13. Силами и средствами основных структурных подразделений омеда развертываются следующие функциональные подразделения:

- 1) психоневрологическое отделение;
- 2) операционно-перевязочное отделение;
- 3) госпитальное отделение;
- 4) приемно-эвакуационное отделение.

14. Приемно-эвакуационное отделение омеда развертывается силами и средствами:

- 1) отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии;
- 2) приемно-сортировочного отделения;
- 3) хирургического отделения;
- 4) отделения госпитализации;
- 5) взвода обеспечения.

15. Операционно-перевязочное отделение омеда развертывается силами и средствами:

- 1) отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии;
- 2) приемно-сортировочного отделения;
- 3) хирургического отделения;
- 4) отделения госпитализации.

16. Госпитальное отделение омеда развертывается силами и средствами:

- 1) отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии;
- 2) приемно-сортировочного отделения;
- 3) хирургического отделения;
- 4) отделения госпитализации.

17. Время, необходимое на доставку раненых и больных в омеда, не должно превышать с момента ранения:

- 1) 2 часов;
- 2) 4 часов;
- 3) 6 часов;
- 4) 8 часов.

18. Время для выполнения установленного объема медицинской помощи в омеда не должно превышать с момента ранения:

- 1) 2 часов;
- 2) 4 часов;
- 3) 6 часов;
- 4) 8 часов.

19. Время развертывания функциональных подразделений омеда первой очереди не должно превышать ... летом и ... зимой, в полном составе ... летом и до ... зимой с момента прибытия в район развертывания:

- 1) вспомогательные подразделения;
- 2) основные подразделения;
- 3) подразделения обеспечения;
- 4) управление.

7. Организационная структура управления омедо включает:

- 1) командование;
- 2) медицинскую часть;
- 3) отделение связи;
- 4) финансовую службу;
- 5) отделение материально-технического обеспечения.

8. Основные структурные подразделения омедо включают следующие отделения:

- 1) приемно-сортировочное;
- 2) хирургическое;
- 3) травматологическое;
- 4) анестезиологии и интенсивной терапии;
- 5) госпитализации.

9. В состав основных структурных подразделений омедо, помимо лечебных отделений, входят:

- 1) лаборатория;
- 2) рентгеновский кабинет;
- 3) автоперевязочная;
- 4) стоматологический кабинет.

10. Подразделения обеспечения омедо включают:

- 1) отделение связи;
- 2) роту охраны;
- 3) автомобильный санитарный взвод;
- 4) аптеку;
- 5) взвод обеспечения.

11. В командование омедо входят:

- 1) начальник омедо;
- 2) заместитель начальника омедо по медицинской части — начальником медицинской части;
- 3) заместитель начальника омедо по идеологической работе;
- 4) помощник начальника отряда по материально-техническому обеспечению — начальник отделения материально-технического обеспечения;
- 5) заместитель начальника омедо по технике и вооружению.

12. Отделение госпитализации омедо развертывает штатных коек:

- 1) 100;
- 2) 50;
- 3) 75;
- 4) 300.

Тесты

1. Омедо предназначен для оказания медицинской помощи:

- 1) первой врачебной;
- 2) квалифицированной;
- 3) специализированной;
- 4) доврачебной.

2. В омедо госпитализируются:

- 1) раненые и больные с прогнозируемыми сроками лечения до полного выздоровления не более 7 суток;
- 2) тяжелораненые и тяжелобольные, не подлежащие дальнейшей эвакуации по тяжести состояния (категория нетранспортабельных раненых и больных);
- 3) инфекционные больные и пораженные биологическим оружием до эвакуации их в инфекционные отделения лечебных учреждений;
- 4) все раненые и больные.

3. Эвакуация раненых и больных силами и средствами омедо осуществляется:

- 1) из медицинских подразделений воинских частей в ВПП и лечебные учреждения Министерства здравоохранения;
- 2) из очагов (районов) санитарных потерь в омедо;
- 3) при необходимости и целесообразности на этапы медицинской эвакуации по назначению;
- 4) из медицинских подразделений воинских частей в омедо.

4. В ОСО омедо проводится:

- 1) частичная санитарная обработка раненых и больных, поступающих в омедо из очагов, зараженных РВ, ОВ, высокотоксичными веществами и БС;
- 2) полная санитарная обработка раненых и больных, поступающих в омедо из очагов, зараженных РВ, ОВ, высокотоксичными веществами и БС, и специальная обработка (дезактивация, дегазация и дезинфекция) обмундирования, имущества, оружия и доставивших их транспортных средств;
- 3) частичная специальная обработка (дезактивация, дегазация и дезинфекция) обмундирования, имущества и оружия.

5. Омедо обеспечивает медицинским имуществом и техникой:

- 1) функциональные подразделения омедо и медицинские подразделения воинских частей, действующих в районе территориальной зоны ответственности омедо;
- 2) все медицинские подразделения воинских частей, нуждающиеся в медицинском имуществе и технике;
- 3) только функциональные подразделения омедо.

6. Организационная структура омедо включает:

Задача 2

Сержант С. В. Петров, войсковая часть 00000, заболел сразу. Появилась резкая боль в пояснице справа. Скован, выражение лица страдальческое, лежит на спине. Сердце, легкие без особенностей. Живот мягкий. Нерезкая болезненность при пальпации в правом подреберье. Симптом Пастернацкого резко положителен справа.

Определите функциональное подразделение омедо, в которое направить больного, очередность оказания медицинской помощи, нуждаемость в дальнейшей эвакуации (куда, каким транспортом, в каком положении).

Задача 3

Полковник А. Г. Головлев, войсковая часть 00000, жалуется на сильную боль ноющего характера в эпигастральной области, повторные рвоты, жидкий стул без слизи и крови. Болен один день. Язык обложен желтоватым налетом. Живот несколько вздут, отмечается урчание, болезненность при пальпации в эпигастральной области. Рвотные массы зеленовато-желтого цвета. Стул жидкий, зловонный.

Определите функциональное подразделение омедо, в которое направить больного, очередность оказания медицинской помощи, нуждаемость в дальнейшей эвакуации (куда, каким транспортом, в каком положении).

Задача 4

Капитан В. О. Бестужев, войсковая часть 00000, в тяжелом состоянии, бледен, беспокоен. Сознание сохранено. Пульс 120 в 1 мин. Жалобы на затрудненное дыхание, кашель и боли в правой половине грудной клетки. В области восьмого ребра справа по средней лопаточной линии рана с неровными краями размером 3×4 см. Из раны при кашле выделяется кровь и присасывается воздух. На передней грудной стенке на том же уровне по средней ключичной линии рана размером $1 \times 1,5$ см с ровными краями. Кровотечения нет.

Определите функциональное подразделение омедо, в которое направить больного, очередность оказания медицинской помощи, нуждаемость в дальнейшей эвакуации (куда, каким транспортом, в каком положении).

Задача 5

Прапорщик Ч. Б. Загребняк, войсковая часть 00000, прибыл из района, зараженного РВ. Дозиметрическим контролем определяется повышенный радиоактивный фон. Пострадавший возбужден. Жалобы на тошноту, рвота была однократно.

Определите функциональное подразделение омедо, в которое направить больного, очередность оказания медицинской помощи, нуждаемость в дальнейшей эвакуации (куда, каким транспортом, в каком положении).

- состав и задача подразделения омедо с уточнением средств усиления и порядка их переподчинения;
- задачи, выполняемые в интересах подразделения омедо силами и средствами старшего начальника;
- основные вопросы взаимодействия;
- основные вопросы материально-технического обеспечения подразделения;
- основные вопросы управления;
- время готовности к выполнению полученной задачи;
- время и место доклада предложений начальника подразделения омедо на применение сил и средств его подразделения в предстоящих действиях для принятия решения начальника на действия омедо;
- порядок и сроки представления донесений.

В предварительном боевом распоряжении подразделению омедо указываются:

- сведения о противнике;
- ориентировочная задача подразделения омедо;
- время готовности к действиям и другие необходимые данные.

Все приказы, распоряжения и указания начальника омедо, отдаваемые при подготовке к действиям и в ходе их, а также полученные распоряжения и указания старшего начальника и вышестоящего штаба записываются дежурным по штабу омедо в журнал отданных и полученных распоряжений.

Начальник омедо должен использовать любую возможность для постановки (уточнения) подчиненным задач лично.

Ситуационные задачи

Задача 1

Рядовой И. Д. Клопский, войсковая часть 00000, бледен. Пульс 120 в 1 мин. Жалуется на боли в правой половине живота, тошноту и рвоту. Справа в подвздошной области рана с неровными краями размером 2 × 3 см. Из раны кровотечения нет. Вторая рана в области поперечного отростка третьего поясничного позвонка справа размером 4 × 5 см с неровными краями. Кровотечения из раны нет. Живот резко напряжен, болезнен. Кишечные шумы не выслушиваются. Ясные симптомы раздражения брюшины.

Определите функциональное подразделение омедо, в которое его направить, очередность оказания медицинской помощи, нуждаемость в дальнейшей эвакуации (куда, каким транспортом, в каком положении).

При организации марша в предвидение огневого воздействия противника в замысле, кроме того, указывается порядок оказания неотложной медицинской помощи раненым и больным в ходе марша.

При организации марша на большое расстояние определяются количество и величина суточных переходов, районы дневного (ночного) и суточного отдыха, время пребывания в них. Районы, время привалов и отдыха для колонны омеда, передвигающейся по военно-автомобильной дороге, устанавливаются автодорожной службой объединения;

4) после слова «приказываю» — задачи подразделениям омеда (номер маршрута, место в походном порядке, время прохождения исходного рубежа и рубежей регулирования, район сосредоточения (отдыха), время прибытия в назначенный район, место и время привала, а также порядок действий при поступлении раненых и больных);

5) размеры и эшелонирование запасов материальных средств (медицинского имущества, продовольствия, горючего и других материальных средств);

б) место пункта управления в походном порядке омеда, порядок поддержания связи с командирами подразделений, а также командир подразделения, на которого возлагается управление батальоном в случае выхода из строя пункта управления;

7) время готовности омеда к маршу.

В боевом приказе на перевозку омеда указываются:

1) сведения о противнике;

2) задача омеда и замысел на перевозку (вид транспорта и количество эшелонов; сроку и место сосредоточения; исходный район; основной и запасной районы погрузки: станции, аэродромы, площадки в них; начало и конец сроков погрузки; основной и запасной район выгрузки и сбора);

3) после слова «приказываю» — задачи подразделениям омеда с указанием: номера воинского эшелона; основной и запасной станции, аэродрома, площадки погрузки и выгрузки; исходного района перед погрузкой; района ожидания и сбора; маршрута, порядка и времени выхода в эти районы, к местам погрузки и в районы сосредоточения; сроки погрузки (начало, конец);

4) размеры и эшелонирование запасов материальных средств (медицинского имущества, продовольствия, горючего и других материальных средств);

5) порядок поддержания связи с начальниками подразделений, а также должностные лица омеда, на которых возлагается управление омеда в случае выхода из строя пункта управления;

б) время готовности к перевозке.

В боевом распоряжении подразделению омеда указываются:

– краткие выводы из оценки обстановки;

На карту сведения наносятся с использованием сокращений и условных обозначений, применяемых при разработке и оформлении боевых документов.

Решение на организацию действия омедо подписывается начальником омедо. К установленному сроку он представляет и докладывает решение на действия омедо начальнику медицинской службы соединения, после его согласования утверждает у командира соединения, а после этого доводит его содержание соответствующим должностным лицам.

Решение начальника омедо реализуется в боевых приказах на организацию действий омедо, которые подписываются начальником омедо, а также постановкой задач подразделениям омедо по вопросам, не отраженным в боевых приказах, путем доведения боевых распоряжений, а также распоряжений и указаний по видам материально-технического обеспечения лично начальником омедо или его заместителями устно и по техническим средствам связи.

В приказе омедо на выполнение задачи (развертывание и организацию работы) указываются:

- 1) краткие выводы из оценки обстановки;
- 2) боевая задача, поставленная омедо;
- 3) задачи, выполняемые в интересах омедо силами и средствами старшего начальника, задачи соседних и взаимодействующих частей и подразделений;
- 4) после слова «решил» — замысел на выполнение поставленной задачи;
- 5) после слова «приказываю» отдельными абзацами, обозначенными строчными буквами в алфавитном порядке, — боевые задачи подразделениям омедо с указанием сроков и способов их выполнения, конкретного содержания, объема и другие необходимые данные;
- 6) место и время развертывания КП омедо, а также должностные лица омедо, на которых возлагается управление омедо в случае выхода из строя его КП;
- 7) время готовности к выполнению поставленной задачи.

В боевом приказе омедо на марш указываются:

- 1) краткие выводы из оценки обстановки;
- 2) боевая задача, поставленная омедо;
- 3) после слова «решил» — замысел на марш (построение походного порядка и распределение сил и средств по колонне; состав, задачи и удаление походного охранения; маршрут и средняя скорость движения; исходный пункт и пункты регулирования; количество и продолжительность привалов за первый суточный переход).

На *карте* отображаются: необходимые сведения о противнике; данные о воинских частях и подразделениях, действующих в районе территориальной зоны ответственности соединения (полосе обороны или наступления); места развертывания их командного и тылового пунктов управления; места развертывания медицинских подразделений; место соединения и обеспечиваемых частей; маршрут выдвижения и район развертывания омеда (основной и запасной); пункты управления соединения; пути подвоза и эвакуации раненых и больных; районы и время развертывания военных медицинских организаций, воинских частей и подразделений, действующих в интересах медицинского обеспечения соединения; районы (пункты) расположения подразделений, осуществляющих всестороннее материальное обеспечение омеда; пункты управления воинских частей и подразделений, с которыми осуществляется взаимодействие в процессе выполнения поставленных задач; объекты местной экономической базы, используемые в интересах выполнения поставленных задач, и другая необходимая информация.

На карте в виде таблиц могут быть показаны: состав подразделений батальона, объем подвоза материальных средств, эвакуации раненых и больных и другие необходимые данные.

В *пояснительной записке* отражаются: основные задачи омеда при подготовке к боевым действиям и в ходе их; прогнозируемые величина и структура санитарных потерь соединения и воинских частей в предстоящем бою, сроки поступления раненых и больных в омедо и их лечебно-эвакуационная характеристика; состав сил и средств основных структурных подразделений омеда, возможности по формированию сортировочных, хирургических, терапевтических и других бригад, распределение их по функциональным подразделениям, графики работ; потребность в средствах эвакуации раненых и больных; схема и сроки развертывания функциональных подразделений омеда, установленный объем оказания медицинской помощи при подготовке к боевым действиям и в ходе их; организация материально-технического обеспечения (наличие установленных запасов медицинского имущества и техники, материальных и других средств, их потребность и организация подвоза); порядок приема и оказания медицинской помощи, лечения и эвакуации раненых и больных; организация защиты, охраны и обороны омеда, выделяемые для этого силы и средства; организация взаимодействия и управления (схема связи, таблица позывных узлов связи, пунктов управления и основных должностных лиц, сигналы оповещения).

При необходимости в *пояснительной записке* к решению начальника омеда на действия может отражаться другая дополнительная информация.

ция материально-технического обеспечения подразделений, организация взаимодействия и управления.

Замысел должен отражать порядок, последовательность и сроки проведения мероприятий, направленных на выполнение поставленных задач.

Участвующие в выработке замысла действий заместители и начальники подразделений омедо в установленный срок представляют необходимые расчеты и докладывают свои предложения.

Завершив выработку замысла действий, начальник омедо докладывает его командиру или заместителю командира соединения по тылу, а также начальнику медицинской службы соединения и после его утверждения объявляет подчиненным в части, их касающейся, с уточнением порядка дальнейшей работы.

Задачи подразделениям омедо определяются в соответствии с утвержденным замыслом действий омедо, а также предназначением и возможностями подразделений.

В задачах подразделениям указываются: направления сосредоточения основных усилий подразделения; сроки развертывания и готовности к работе; организация лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий; организация защиты, охраны и обороны подразделений; организация взаимодействия и управления.

Организация материально-технического обеспечения омедо включает мероприятия боевого, морально-психологического, тылового и технического обеспечения, проводимые как при подготовке, так и в ходе выполнения поставленных задач.

Организация взаимодействия определяет порядок взаимодействия подразделений омедо между собой, а также с силами и средствами старшего начальника, выполняющими задачи в интересах омедо, медицинскими организациями госпитальной базы, действующими в интересах соединения, военными медицинскими организациями и подразделениями соседних соединений и воинских частей. Определяя порядок взаимодействия, необходимо наметить: объекты взаимодействия; выполняемые задачи и исполнителей; сроки выполнения задач.

Принятое решение начальника омедо оформляется в виде плана применения омедо при выполнении мероприятий медицинского обеспечения соединения и воинских частей, который оформляется на рабочей карте (обычно масштаба 1 : 100 000) с приложением пояснительной записки. Для уточнения решения начальника омедо на действия при наличии времени может проводиться рекогносцировка. Она заключается в визуальном изучении местности в целях определения ее пригодности для действий омедо. Рекогносцировка проводится лично начальником омедо с привлечением его заместителей и начальников подразделений омедо.

объема и сроков выполнения поставленных задач; потребности в силах и средствах для решения поставленных задач в установленные сроки; местности, наличия и состояния дорог в районе действий омедо; экономической базы района предстоящих действий и возможности ее использования для материально-технического обеспечения омедо; времени года и суток, погоды и других условий.

По каждому элементу оценки обстановки делаются выводы, необходимые для принятия решения начальника омедо на действия (выдвижение, развертывание и организацию работы, а также применение сил и средств).

После выяснения задачи, проведения расчета времени на подготовку омедо, принятия решения, оценки обстановки и учета результатов проведенных расчетов начальник омедо единолично принимает *решение на действия*, в котором определяются: замысел действий омедо; задачи функциональным подразделениям; организация материально-технического обеспечения подразделений омедо; организация взаимодействия и управления омедо.

В период выработки замысла и принятия решения начальник омедо проводит ориентирование заместителей и начальников подразделений, доводит распоряжения и дает указания о порядке дальнейшей работы. В целях их ориентирования и предоставления им большего времени на подготовку к выполнению поставленных задач, после выработки замысла действий отдаются предварительные боевые распоряжения (при методе параллельной работы), в которых указываются: район и характер предстоящих действий, ориентировочная задача; время готовности к действиям.

Основу решения командира омедо на действия составляет *замысел действий*, который вырабатывается и формируется, как правило, одновременно с оценкой обстановки.

В замысле определяются: основные задачи омедо; направление сосредоточения основных усилий; силы и средства, выделяемые для выполнения поставленных задач, распределение их к началу боевых действий и маневр ими в ходе боя; организация выдвижения, развертывания и подготовки омедо к приему раненых и больных; способы размещения и оборудования функциональных подразделений; организация оказания медицинской помощи раненым и больным; организация эвакуации раненых и больных из воинских частей соединения, порядок выделения эвакуационно-транспортных средств для ее проведения; организация проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в омедо; организация обеспечения медицинских подразделений воинских частей соединения медицинским имуществом и техникой; создание резерва сил и средств, его размещение и порядок использования; основные мероприятия по медицинской защите; организация охраны и обороны омедо; организа-

- организация взаимодействия, материально-технического обеспечения и управления омедо;
- практическая работа по подготовке подразделений омедо к выполнению поставленных задач (контроль исполнения и оказание помощи);
- доклад старшему начальнику о готовности к выполнению полученной задачи.

Решение начальник омедо принимает после уяснения полученной задачи и детальной оценки обстановки.

Уясняя задачу, начальник омедо должен понять: ожидаемый характер действий соединения; замысел начальника медицинской службы соединения; место и роль омедо в выполнении задач медицинского обеспечения соединения; характер и объем задач, поставленных омедо; мероприятия, проводимые старшим начальником по обеспечению выполнения поставленной задачи; срок готовности омедо к выполнению задачи и порядок доклада решения на действия.

В результате уяснения задачи начальник омедо определяет направления сосредоточения основных усилий омедо в ходе выполнения поставленной задачи и мероприятия, которые необходимо провести немедленно, кому и какие отдать предварительные боевые распоряжения. Данные, установленные в результате уяснения задачи, командир батальона наносит на свою рабочую карту, которую он должен вести лично.

После получения и уяснения задачи начальник омедо ориентирует своих заместителей, а также подчиненных о характере полученной задачи, отдает необходимые указания и предварительные распоряжения о подготовке структурных подразделений к действиям, производит расчет времени, необходимого для непосредственной подготовки подразделений омедо к действиям. С учетом этого устанавливаются сроки отдачи предварительных боевых распоряжений, принятия начальником омедо решения на действия, постановки задач, планирования действий омедо, контроля и оказания необходимой помощи по выполнению поставленных задач.

После этого начальник омедо с привлечением должностных лиц омедо приступает к оценке обстановки и выработке замысла действий. Анализируются только те элементы обстановки, которые в данных условиях необходимы для принятия решения. Оценка обстановки в полном объеме, как правило, осуществляется только при длительных сроках подготовки к выполнению поставленных задач.

Оценка обстановки осуществляется с учетом прогноза ее развития при подготовке к действиям и в ходе их и включает оценку: возможного воздействия противника на подразделения омедо в районах их расположения и на местах выполнения задач; характера действий обеспечиваемых воинских частей и их влияние на выполнение задач, поставленных омедо; положения, состояния подразделений омедо и выполняемых ими задач;

батальона (детальную разработку последовательности, сроков, способов применения подразделений омедо на основе принятого решения; разработку и оформление боевых и других документов; подготовку соответствующих расчетов); организацию взаимодействия, всестороннего обеспечения действий омедо и управления им.

При подготовке к выполнению задач может применяться последовательный либо параллельный метод работы или их сочетание.

После получения боевого распоряжения начальник омедо и его заместители приступают к подготовке омедо к действиям, которая осуществляется в следующем порядке:

- изучение и уяснение полученной задачи;
- ориентирование заместителей командира батальона, начальников служб, командиров подразделений о полученной задаче и мероприятиях, которые необходимо провести немедленно;
- расчет времени на подготовку омедо и принятие решения;
- оценка обстановки с заслушиванием предложений заместителей и начальников подразделений, выработка замысла действий;
- доклад старшему начальнику и утверждение у него замысла действий, объявление его заместителям и начальникам подразделений (в части, их касающейся), доведение указаний по подготовке данных для принятия решения начальником омедо на действия;
- доведение предварительных боевых распоряжений начальника омедо до подразделений омедо (при получении задачи в форме предварительного боевого распоряжения);
- рассмотрение и утверждение замыслов заместителей начальника омедо и начальников подразделений омедо по применению подразделений, подчиненных непосредственно им, и всестороннему обеспечению омедо;
- принятие решения начальника омедо на действия (определение схемы развертывания, основ взаимодействия, материально-технического обеспечения и управления омедо);
- доклад решения начальника омедо на действия и его утверждение у старшего начальника;
- доведение решения начальника омедо на действия заместителям начальника омедо и начальникам подразделений омедо;
- организация и проведение рекогносцировки (при необходимости);
- постановка задач подразделениям омедо;
- рассмотрение и утверждение решений заместителей начальника омедо и начальников подразделений омедо по организации работы и всестороннему обеспечению подчиненных непосредственно им подразделений;
- планирование действий омедо;
- рассмотрение и утверждение планирующих документов;

единения, с подчиненными, с вышестоящим штабом и взаимодействующими медицинскими воинскими частями и подразделениями.

Для обеспечения связи применяются радио-, проводные, подвижные и сигнальные средства связи, которые должны использоваться комплексно и обеспечивать надежность, своевременность, достоверность и скрытность передачи приказов, указаний, распоряжений и другой информации в любых условиях обстановки. Радиосвязь является основным средством связи в омедо. Проводные средства применяются при расположении омедо на месте как самостоятельно, так и в комплексе с радиосредствами. Подвижные средства используются во всех видах действий омедо. Сигнальные средства применяются для передачи команд, сигналов оповещения и управления.

Передача сигналов оповещения о воздушном противнике, ядерном нападении противника, радиоактивном, химическом, биологическом заражении осуществляется по действующим радиосетям соединения, в которые входит радиостанция начальника омедо.

Работа омедо в боевой обстановке организуется в соответствии с решением и распоряжениями по медицинскому обеспечению начальника медицинской службы соединения на применение сил и средств медицинской службы в бою, приказами и боевыми распоряжениями начальника омедо на различные виды действий (марш, расположение на месте, развертывание и др.), а также решением и распоряжениями начальника омедо на применение сил и средств омедо.

Распоряжения по медицинскому обеспечению начальнику омедо разрабатываются начальником медицинской службы соединения и подписываются начальником штаба и заместителем командира соединения по тылу. В распоряжении указываются: задачи медицинской службы соединения; возможные санитарные потери соединения за сутки боя; ожидаемое поступление раненых и больных в омедо; задачи омедо (район его развертывания, организация выдвигения, время готовности к работе в новом районе; организация эвакуации раненых и больных из воинских частей соединения в омедо; выделение сил и средств для усиления медицинской службы воинских частей; организация приема раненых и больных из МП воинских частей, оказания им медицинской помощи в установленном объеме; организация приема сил и средств усиления старшего начальника; организация защиты, охраны и обороны; организация материального обеспечения омедо и др.); порядок и сроки представления донесений.

Подготовка действий омедо включает: организацию действий омедо; подготовку подразделений омедо к выполнению поставленных задач; контроль их исполнения; оказание помощи и другие мероприятия.

Организация действий омедо включает: принятие решения; рекогносцировку; постановку задач подразделениям; планирование действий

Как правило, пострадавшие должны поступать в омедо со своими противогазами и средствами индивидуальной защиты. В омедо их необходимо проверять и в случае неисправности заменять, в связи с чем в военных медицинских частях и подразделениях создается установленный запас средств индивидуальной защиты военнослужащих.

Управление отдельным медицинским отрядом

Управление омедо организуется в общей системе управления соединения и заключается в целенаправленной деятельности начальника омедо, его заместителей, начальников подразделений управления и структурных подразделений по поддержанию боевой и мобилизационной готовности подразделений омедо, подготовке их к предстоящим действиям и руководству ими. Основная цель управления омедо — обеспечить его эффективные действия при выполнении поставленных задач.

Управление омедо строится на общих принципах управления войсками, важнейшими из которых являются: единоначалие; централизация управления с предоставлением подчиненным инициативы в определении способов выполнения поставленных задач; твердость и настойчивость в реализации принятых решений; оперативность и гибкость при реагировании на изменение обстановки; личная ответственность начальника омедо за принимаемые решения и результаты выполнения поставленных им задач.

Управление включает: непрерывное добывание, сбор, изучение, обобщение, анализ и оценку данных обстановки с учетом ее развития при подготовке к выполнению боевой задачи, в ходе и после ее выполнения; принятие решения и планирование начальником омедо мероприятий медицинского обеспечения воинских частей в различных видах боевых действий; постановку и доведение задач до должностных лиц омедо в части, их касающейся; организацию и поддержание постоянного взаимодействия; организацию и выполнение мероприятий по всестороннему обеспечению омедо; организацию управления омедо; практическую работу в подразделениях омедо по непосредственной подготовке их к выполнению поставленных задач и оказание необходимой помощи; контроль за готовностью подразделений омедо к выполнению поставленных задач; непосредственное руководство подразделениями омедо при выполнении поставленных задач и другие мероприятия, вытекающие из конкретных условий обстановки; поддержание высокого морально-психологического состояния личного состава омедо.

Для успешного выполнения задач, поставленных омедо, управление омедо должно соответствовать ряду требований, основными из которых являются: *устойчивость, непрерывность, оперативность и скрытность.*

Начальник омедо в любых условиях обстановки обязан всегда иметь постоянную и устойчивую связь с начальником медицинской службы со-

условиях радиационного, химического и биологического заражения местности.

По данным дозиметрического, химического и биологического контроля военнослужащие, подвергшиеся воздействию поражающих факторов, но сохранившие боеспособность, берутся на отдельный учет в соединении (воинской части, подразделении).

Выделение и подготовка сил и средств медицинской службы для участия в ликвидации последствий применения противником ОМП, а также разрушений радиационно, химически и биологически опасных объектов осуществляется заблаговременно и проводится в соответствии с указаниями вышестоящего начальника медицинской службы. В отряды ликвидации последствий применения противником ОМП выделяют медицинский персонал, санитарно-транспортные средства и медицинское имущество. До применения противником ОМП эти силы и средства могут работать в составе развернутого этапа медицинской эвакуации или находиться в резерве в постоянной готовности к выдвигению в районы массовых санитарных потерь. Ориентировочно для проведения спасательных работ в районе массовых санитарных потерь на каждые 100 пораженных необходимо выделять 110–120 пакетов перевязочных индивидуальных, 30–40 бинтов, 25–30 малых стерильных повязок, 10–15 жгутов, 15–20 различных шин, 800–1000 г компрессной ваты, 40–50 респираторов, 60–70 шприц-тюбиков с обезболивающими препаратами. Медицинское имущество целесообразно содержать в 10–12 сумках или вещевых мешках, которые выдаются личному составу, выделенному для проведения спасательных работ в составе отряда ликвидации последствий. Для выноса и вывоза пострадавших из очага выделяется санитарный транспорт, носилки и санитарные носилочные лямки, определяются звенья санитаров-носильщиков.

Если позволяет обстановка, омеда перемещается вместе с ранеными и больными в незараженный район. При размещении в укрытиях или при возможности быстрого перевода в них раненых и больных, а также персонала омеда может быть оставлен на прежнем месте дислокации.

При нахождении омеда в зараженной зоне используются противорадиационные препараты, профилактические антидоты, антибиотики и другие препараты; работы на открытой местности организуются и проводятся посменно, непрерывно ведется дозиметрический контроль за облучением; усиливается контроль за питанием и водоснабжением (защита продовольствия и воды, контроль за работой кухонь и соблюдением правил приема пищи).

Мероприятия по защите омеда и его функциональных подразделений должны проводиться постоянно в любых условиях обстановки и осуществляться в соответствии с общими принципами защиты войск и тыловых объектов.

эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Мероприятия по ликвидации последствий воздействия поражающих факторов проводятся силами и средствами омеда, а также с привлечением сил и средств усиления и заключаются в выделении сил и средств омеда для участия в выявлении и ликвидации последствий воздействия поражающих факторов.

Организация и проведение лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах массовых санитарных потерь заключается в следующем:

- обеспечении работоспособности всех подразделений омеда в условиях воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, а также неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды или применения противником различных видов оружия в соответствии с установленными стандартами оказания медицинской помощи, нормами обеспечения медицинскими имуществом и техникой и правилами поведения на зараженной территории;

- проведении мероприятий медицинского контроля за состоянием здоровья военнослужащих, подвергшихся воздействию поражающих факторов, т. е. проведении комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на раннее, активное выявление заболевших и оказание им необходимой медицинской помощи;

- проведении мероприятий санитарной обработки раненых и больных, а также персонала омеда, получивших заражение РВ, ОВ и БС, специальной обработки имущества, вооружения и техники;

- осуществлении медицинского наблюдения и специальных профилактических мероприятий в отношении раненых и пораженных ОВ, РВ и БС;

- исследовании пищевых продуктов и воды, подозрительных на заражение ОВ, РВ и БС;

- проведение мероприятий биологической защиты.

Организация и проведение мероприятий дозиметрического, химического и биологического контроля, а также обучение личного состава по обеспечению его безопасности и защиты при действиях в зонах поражения заключается в следующем:

- постоянном измерении радиационного фона, определении ОВ и БС в окружающей среде;

- измерении и вычислении поглощенной и экспозиционной дозы облучения, полученной поступающими в омеда и находящимися в нем;

- ведении учета доз;

- обучении личного состава омеда правилам использования индивидуальных и коллективных средств защиты, а также средств индивидуальной медицинской защиты и оказания первой медицинской помощи в

возвращаются раненым и больным. Дозы облучения фиксируются в первичной медицинской карточке (истории болезни) и заверяются подписью врача. При выписке из омеда они заносятся в карточки учета доз облучения, хранящиеся вместе с документом, удостоверяющим личность.

Выявление на этапах медицинской эвакуации больных, пораженных БС, проводится на основе факта применения биологического оружия и клинических проявлений вызванного им заболевания. С момента установления факта применения противником БС эвакуация всех раненых и больных из омеда, бывшего в очаге поражения (эпидемическом очаге), прекращается на срок, необходимый для установления характера примененных противником БС. Выявленные больные подлежат немедленной изоляции. Этапы медицинской эвакуации, ведущие прием раненых и больных из частей, подвергшихся воздействию биологического оружия, переводятся на строгий противоэпидемический режим работы.

После необходимых лабораторных исследований и получения результатов, указывающих на отсутствие признаков особо опасной инфекции среди раненых и больных соединения (воинской части), может быть разрешена их эвакуация в ВПП, ГВКМЦ и другие лечебные организации.

Мероприятия биологической защиты, проводимые после применения противником БС, включают: участие сил и средств омеда в проведении мероприятий по ликвидации последствий применения БС; индикацию примененных БС; установление границ очага заражения и определение воинских частей, подвергшихся нападению; установление в очаге поражения режима обсервации или карантина с одновременным проведением мер по обеззараживанию очага.

Оценка последствий воздействия поражающих факторов на личный состав, медицинское имущество и технику, материальное и техническое оснащение подразделений проводится начальником медицинской службы соединения (воинской части) совместно с начальниками военных медицинских частей и подразделений на основе данных, полученных от штаба, разведки и из докладов подчиненных. При оценке последствий воздействия поражающих факторов уточняются санитарные потери, их величина и структура, характер очагов и сложившиеся условия работы в них, состояние сил и средств медицинской службы и другие элементы обстановки. Выводы оценки обстановки и предложения начальник медицинской службы докладывает заместителю командира соединения по тылу, в которых определяет состав и порядок использования сил и средств медицинской службы для участия в ликвидации последствий воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, а также неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды или применения противником ОМП, организацию и содержание лечебно-

– выявление раненых и больных, поступающих из очагов химического, радиационного и биологического поражения, оказание им неотложной медицинской помощи;

– участие в оценке сложившейся обстановки и ликвидации последствий воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, а также неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды или применения противником ОМП;

– организацию и участие в проведении лечебно-эвакуационных, специальных санитарно-гигиенических, профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах массовых санитарных потерь, направленных на предупреждение или снижение воздействия на личный состав поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, а также специфической индикации БС;

– организацию и проведение мероприятий дозиметрического, химического и биологического контроля, а также обучение личного состава по обеспечению его безопасности и защиты при действиях в зонах поражения.

Выявление на этапах медицинской эвакуации раненых и больных, поступающих из очагов химического, радиационного и биологического поражения, осуществляется в ходе участия в аварийно-спасательных работах и их обнаружении, а также проведения дозиметрического, химического и биологического контроля, который осуществляется в целях определения необходимого объема и полноты проведения раненым и больным санитарной обработки, дегазации, дезактивации, дезинфекции обмундирования и снаряжения, выполнения необходимых лечебно-профилактических и изоляционно-ограничительных мероприятий.

Выявление пораженных химическим оружием осуществляется на основе клинической картины поражения, сведений об очаге химического заражения, а также по данным индикации отравляющих и высокотоксичных веществ, которая в подразделениях и частях медицинской службы проводится с помощью войсковых и медицинских приборов химической разведки.

Выявление пораженных, имеющих заражение радиоактивными веществами, осуществляется на основе анамнеза и данных радиометрического контроля, который проводится с помощью приборов радиационной разведки.

Контроль внешнего облучения раненых и больных осуществляется с помощью индивидуальных измерителей дозы. Снятие (считывание) показаний проводится специально подготовленными фельдшерами (санитарными инструкторами) при медицинской сортировке раненых и больных. Определение доз облучения производится до осмотра врачом. После каждого снятия (считывания) показаний индивидуальные измерители дозы

заблаговременное оборудование специальных сооружений, различных укрытий и открытых котлованов, а также инженерное оборудование районов развертывания (укрытия в первую очередь создаются для размещения подразделений приемно-эвакуационного, операционно-перевязочного и госпитального отделений для тяжелораненых); заблаговременное выделение, подготовку и содержание в постоянной готовности сил и средств медицинской службы для участия в спасательных работах в составе подразделений, назначенных для ликвидации последствий воздействия на личный состав поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды, а также применения противником ОМП.

Обеспечение личного состава омедо и воинских частей бригады средствами индивидуальной медицинской защиты и оказания первой медицинской помощи осуществляется аптекой омедо по соответствующим нормам. Обучение правилам и способами их использования по своей значимости является одним из важных разделов в общей системе боевой подготовки войск. Каждый военнослужащий должен хорошо знать характер действия на организм человека поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, правила поведения в условиях зараженной среды, уметь оказывать первую медицинскую помощь себе и товарищу в порядке само- и взаимопомощи.

Участие в морально-психологической подготовке военнослужащих к действиям в условиях радиационного, химического и биологического заражения местности, воздействия неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды, применения противником ОМП заключается в следующем:

- пропаганде достижений медицинской науки и военной медицины по предупреждению боевых поражений и их лечению;
- формированию у личного состава правильного представления о действии на организм поражающих факторов ОМП и выработке уверенности в том, что в случае применения ОМП будет своевременно оказана необходимая медицинская помощь и проведена эвакуация в медицинские организации для лечения;
- демонстрации эффективности средств медицинской защиты.

Мероприятия, проводимые после выявления воздействия поражающих факторов

Мероприятия медицинской защиты, проводимые после выявления воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды, включают:

Специальные противозидемические мероприятия являются составной частью комплекса мероприятий *биологической защиты*, который организуется и проводится по единому плану и включает мероприятия, проводимые войсками, а также службами РХБЗ, медицинской, инженерной и другими службами. Мероприятия биологической защиты организуются и проводятся с учетом характера боевых действий, времени года, состояния погоды, санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемического состояния войск и района их размещения.

Комплекс мероприятий биологической защиты войск определяется: специфичностью возможного применения вида оружия; многообразием способов его применения; длительностью установления (индикации) вида примененной рецептуры и трудностью диагностики возникших заболеваний; возможностью поражения личного состава несколькими видами возбудителя одновременно; возможностью сочетания поражений биологического оружия с ранениями, ожогами, поражениями ионизирующим излучением и ОВ.

Мероприятия медицинской службы по биологической защите включают:

- подготовку и своевременный доклад командованию перечня специальных мероприятий, которые должны осуществлять войска и другие службы, а также контроль их выполнения;

- организацию и проведение комплекса медицинских мероприятий при угрозе применения противником биологического оружия (участие в биологической разведке, проведение специфической профилактики заболеваний, подготовка военных медицинских частей и подразделений к работе в условиях применения противником биологического оружия и участие в ликвидации последствий его применения, ознакомление личного состава с боевыми свойствами биологического оружия, применяемого противником, и мерами профилактики инфекционных заболеваний).

Подготовка к работе в условиях применения противником биологического оружия включает изучение медицинскими специалистами его боевых свойств, методик индикации возбудителей, способов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, возникновение которых в данных условиях наиболее вероятно, мероприятий биологической защиты и порядка работы по ликвидации последствий применения биологического оружия, а также подготовку доклада командованию с указанием перечня специальных мероприятий, которые должны осуществлять войска и другие службы и контроль за их выполнением.

Мероприятия по подготовке подразделений омедо к работе в условиях воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды, а также применения противником ОМП включают:

К специальным противозидемическим мероприятиям относятся:

- изучение санитарно-эидемического состояния в районах расположения и в полосе (районе) предстоящих боевых действий соединения (воинской части, подразделения);
- проведение иммунизации (предохранительных прививок) личному составу и применение средств экстренной профилактики;
- организация и проведение изоляционных и режимно-ограничительных мероприятий;
- проведение дезинфекции, дезинсекции и дератизации.

Изучение санитарно-эидемического состояния в районах расположения, в полосе (районе) действия и маршрутах выдвижения воинских частей организует начальник медицинской службы бригады совместно с начальником омеда, начальниками медицинской службы воинских частей и начальником СЭЛ. Санитарными инструкторами рот, фельдшерами, специально выделенными группами или отдельными лицами омеда, МП, СЭЛ проводятся мероприятия санитарно-эидемиологической разведки (обследования населенных пунктов, пунктов водоснабжения, маршрутов движения, укрытий и помещений, предназначенных для размещения личного состава).

Организация и проведение мероприятий иммунизация личного состава и применение средств экстренной профилактики выполняется в плановом порядке или по эидемическим показаниям.

Организация и проведение изоляционных и режимно-ограничительных мероприятий заключается в своевременной изоляции лиц с признаками инфекционных заболеваний, принятии решения на установление режима обсервации или карантина, обеспечении выполнения всего комплекса режимно-ограничительных мероприятий.

Организация и проведение дезинфекционных мероприятий заключается в максимально полном и эффективном обеззараживании мест размещения личного состава, мест общего пользования, средств доставки и мест хранения пищи и воды, посуды и кухонного инвентаря. Особое значение в указанных условиях приобретают мероприятия по дератизации и дезинсекции, которые препятствуют распространению заразных заболеваний. Военнослужащие обеспечиваются бельем и обмундированием, импрегнированными противопаразитарными средствами.

При проведении специальных противозидемических мероприятий в предвидении возможного применения противником биологического оружия особое внимание уделяется контролю за надлежащей защитой источников воды и продуктов питания от заражения. Для этого используется специальная упаковка или укрытие продуктов и воды, а также проводится специальное оборудование складов и транспорта, предназначенного для перевозки продовольствия и воды.

госпитальной базы и с соседними военными медицинскими частями и организациями; организацию систематического контроля за радиационным заражением района размещения омедо; развертывание отделения санитарной обработки, площадки для дегазации и дезактивации имущества и транспорта; контролирование готовности функциональных подразделений омедо к оказанию первой врачебной и неотложной квалифицированной медицинской помощи в условиях массового вторичного поражения раненых, находящихся на излечении, а также поражения персонала.

По сигналу оповещения об угрозе использования или о применении противником ОМП работа подразделений омедо переводится на режим фильтровентиляции. Помещения и палатки, не оборудованные в отношении защиты от воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, герметизируются доступными способами: закрываются окна и двери, не допускается вход и выход людей, прекращается топка печей, прикрываются дымоходы. Принимаются предусмотренные меры защиты материальных средств, продовольствия, воды, складов, кухонь и др. Прекращаются прием и раздача пищи, а также работа по оказанию медицинской помощи, за исключением тех случаев, когда есть угроза жизни пострадавшего. Фортификационное оборудование для размещения функциональных подразделений омедо, как правило, осуществляется силами и средствами личного состава омедо с привлечением легкораненых и больных, а также инженерных подразделений.

К специальным профилактическим мероприятиям относятся:

- применение результатов радиационной, химической и бактериологической разведки, защитных и маскирующих свойств местности, индивидуальных и коллективных, а также местных средств защиты при выборе маршрутов выдвижения и места развертывания для подразделений омедо;
- частичная санитарная обработка всего личного состава в зоне радиационного или химического заражения;
- проведение санитарной обработки пораженных военнослужащих на этапах медицинской эвакуации: частичной — в МП, медр, полной — в омедо, ВПГ;
- использование профилактического антидота фосфорорганических ОВ перед входом в зону химического заражения или контактом с пораженными, поступающими из очага;
- применение средств профилактики радиационных поражений при угрозе сверхнормативного ионизирующего облучения.

Специальные противоэпидемические мероприятия направлены на предупреждение появления и ограничение распространения среди личного состава омедо, а также раненых и больных инфекционных заболеваний, связанных с возникновением указанных заболеваний среди личного состава воинских частей или применением противником БС.

го заражения — 10 % от численности расположенного в этих зонах личного состава. Общие потери будут складываться из потерь во всех зонах заражения.

Существенное значение для эффективной организации и проведения мероприятий медицинской защиты имеет своевременное составление и доведения до личного состава омеда должностных инструкций с четким определением их обязанностей и действий по установленным сигналам.

К *специальным санитарно-гигиеническим мероприятиям* относятся:

- использование личным составом омеда, ранеными и больными при угрозе радиационного или химического заражения индивидуальных средств защиты кожных покровов (фильтрующая или изолирующая защитная одежда) и органов дыхания (респираторы, противогазы);

- участие личного состава омеда в проведении мероприятий радиационной, химической и биологической разведки в районах расположения омеда, в полосе (районе) боевых действий и маршрутах выдвижения соединения (воинских частей);

- организацию непрерывного наблюдения и своевременного оповещения личного состава омеда с помощью установленных сигналов о радиационном, химическом и бактериальном заражении или применении противником ОМП;

- запрет на использование воды и продовольствия из непроверенных источников;

- проведение экспертизы воды и продовольствия на зараженность ОВ, РВ и высокотоксичными веществами с целью решения вопроса о возможности использования по назначению, необходимости проведения специальной обработки воды и продовольствия или дальнейшего их исследования в ходе санитарно-токсикологической и санитарно-радиологической экспертизы;

- специальная обработка медицинского имущества, материальных средств и транспорта, подвергшихся заражению ОВ, РВ и высокотоксичными веществами;

- обучение личного состава правилам поведения на зараженной местности.

Мероприятия по непрерывному наблюдению и своевременному оповещению личного состава омеда о радиационном, химическом и бактериальном заражении включают: приведение в боевое положение индивидуальных средств защиты личного состава омеда, а также раненых и больных; осуществление заблаговременно предусмотренных мер защиты личного состава и всех видов имущества, автомобильного транспорта и техники; приведение в полную готовность нештатных специальных команд (аварийно-спасательных, противопожарных, дегазационно-дезактивационных и др.); обеспечение постоянной связи с управлением

и т. п.), мощности взорванного ядерного боеприпаса, времени года и метеорологических условий, характеристики местности и расстояния от эпицентра взрыва до района размещения воинской части, условий размещения личного состава (вне укрытий, в автомобилях, танках, в траншеях, блиндажах, убежищах и т. д.), наличия и правильности использования индивидуальных средств медицинской защиты и др.

Величина, структура и динамика формирования санитарных потерь от воздействия поражающих факторов химической природы зависит от следующего: внезапности нанесения химических ударов, типа ОВ, площади сформировавшейся зоны химического заражения, метеорологических и топографических условий, степени защищенности личного состава. В связи с этим при прогнозировании санитарных потерь от поражающих факторов химической природы необходимо иметь информацию о следующем: типах объектов, подвергшихся химическим ударам; дислокации и характере деятельности подразделений, подвергшихся химическому нападению (в районе расположения, на марше, в наступлении, в обороне); условиях расположения личного состава, объектов (открытое расположение; расположение в районах, частично оборудованных в инженерном отношении; расположение в районах, полностью оборудованных в инженерном отношении); средствах боевого применения и типе ОВ; метеорологических условиях; наличии у личного состава средств индивидуальной защиты, навыков их использования, а также своевременности доведения сигналов оповещения и др.

Величина, структура и динамика формирования санитарных потерь от воздействия поражающих факторов биологической природы зависит от следующего: масштабов и параметров биологических ударов (место, время, средства и способ применения биологического оружия, тип БС); условий расположения воинских частей и подразделений и боевых задач, выполняемых ими (размеры поражаемых объектов, характер размещения в них личного состава, степень защищенности техническими и медицинскими средствами защиты); расположения личного состава на местности (открытое расположение, расположение в районах, оборудованных в инженерном отношении, расположение в укрытиях); метеорологических условий (скорость и направление ветра в приземном слое атмосферы, варианта вертикальной устойчивости атмосферы); топографических особенностей местности.

При прогнозировании величины санитарных потерь от воздействия поражающих факторов биологической природы необходимо учитывать варианты расположения личного состава: открытое расположение, расположение в районах, оборудованных в инженерном отношении; расположение в укрытиях. Принято считать, что в зоне опасного заражения усредненные потери незащищенного личного состава от воздействия первичного аэрозоля БС составят 75 %, в зоне умеренного заражения — 35 %, в зоне слабо-

Мероприятия, проводимые до возникновения воздействия поражающих факторов

Мероприятия медицинской защиты, проводимые до возникновения воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды, включают в себя:

- изучение боевых свойств различных видов оружия, методик индикации и способов диагностики наличия поражающих факторов, лечения и профилактики заболеваний, возникновение которых в данных условиях наиболее вероятно, мероприятий медицинской защиты и порядка работы по ликвидации последствий применения различных видов оружия;

- прогнозирование величины, структуры и динамики формирования санитарных потерь при возможном воздействии поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, в случае применения противником различных видов оружия или разрушения радиационно, химически и биологически опасных объектов;

- составление и доведения до личного состава омеда должностных инструкций с четким определением обязанностей и действий по установленным сигналам;

- организацию и участие в проведении специальных санитарно-гигиенических, профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение или снижение воздействия на личный состав поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, а также специфической индикации биологических средств;

- подготовку подразделений омеда к работе в условиях воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды, а также применения противником ОМП;

- обеспечение личного состава омеда и войск в зоне территориальной ответственности омеда средствами индивидуальной медицинской защиты и оказания первой медицинской помощи, создание запасов этих средств и обучение военнослужащих правилам и способам их использования;

- участие в морально-психологической подготовке военнослужащих к действиям в условиях радиационного, химического и биологического заражения местности, воздействия неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды, применения противником ОМП;

- проведение иммунизации (предохранительных прививок) личному составу и применение средств экстренной профилактики.

Величина, структура и динамика формирования санитарных потерь от воздействия поражающих факторов радиационной природы зависит от следующего: вида ядерного взрыва (наземный, воздушный, подводный

ти) для этого привлекается пожарная команда и военнослужащие соседних воинских частей (подразделений).

Организация мероприятий медицинской защиты

Мероприятия, проводимые медицинской службой по защите личного состава от воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, а также неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды (далее мероприятия медицинской защиты), являются составной частью системы медицинского обеспечения войск и проводятся с целью предупреждения или максимального ослабления воздействия поражающих и неблагоприятных факторов на военнослужащих, сохранения их жизни, здоровья и военно-профессиональной работоспособности, восстановления их боеспособности с помощью специальных медицинских мероприятий (средств).

Общее руководство организацией проведения мероприятий медицинской защиты осуществляется командирами соединений (воинских частей), а организация проведения мероприятий медицинской защиты личного состава осуществляется начальниками медицинской службы соединений (воинских частей) с участием начальников военных медицинских частей и медицинских подразделений.

К организации и проведению мероприятий медицинской защиты в омето привлекается личный состав омето и выздоравливающие раненые и больные.

Основными задачами омето при проведении мероприятий медицинской защиты являются:

- обеспечение личного состава воинских частей соединения средствами индивидуальной медицинской защиты и оказание первой медицинской помощи, обучение правилам и приемам пользования ими;
- проведение мероприятий, направленных на предупреждение или максимальное ослабление воздействия поражающих и неблагоприятных факторов на военнослужащих воинских частей соединения, а также личного состава омето и находящихся в нем раненых и больных;
- выделение сил и средств для участия в ликвидации последствий применения противником различного вида оружия и разрушениях радиационно, химически и биологически опасных объектов;
- сохранение непрерывности работы омето в условиях радиационного, химического и бактериального заражения.

Мероприятия медицинской защиты по срокам проведения делятся на проводимые до и после возникновения воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды.

Инженерное оборудование района размещения омедо начинается немедленно с прибытием в него подразделений, а при возможности заблаговременно, силами рекогносцировочной группы с учетом защиты от нападения десантно-диверсионных сил противника и незаконных вооруженных формирований. Оборудуются позиции охранения, пункты водоснабжений, возводятся укрытия для личного состава, больных и раненых, для техники и запасов материальных средств, возводятся сооружения на пункте управления. Во всех случаях в первую очередь оборудуются укрытия для личного состава, раненых и больных, пункт управления.

Инженерная разведка автомобильных дорог в районе размещения омедо и на маршрутах передвижения проводится силами подразделений омедо.

Мероприятия противопожарной защиты

Мероприятия противопожарной защиты омедо организуются заместителем начальника омедо по материально-техническому обеспечению и осуществляются в подразделениях омедо под руководством их начальников. Ликвидация (локализация) пожаров на объектах производится силами пожарных расчетов подразделений и дежурным подразделением.

Предупреждение пожаров в военных медицинских частях и подразделениях, а также борьба с ними обеспечиваются:

- точным выполнением личным составом военных медицинских частей и подразделений, а также ранеными и больными правил пожарной безопасности во всех подразделениях;
- огнезащитным покрытием сооружений и огнезащитной пропиткой палаток, используемых для размещения функциональных подразделений;
- рассредоточенным размещением палаток функциональных подразделений и хранением огнеопасных и взрывоопасных материальных средств;
- очисткой территории районов расположения (развертывания) военных медицинских частей и подразделений от легковоспламеняющихся предметов;
- созданием и поддержанием в постоянной готовности нештатных пожарных команд (пожарных расчетов);
- оборудованием пожарных постов средствами тушения пожаров (инвентарем, запасами воды и другими средствами);
- обучением всех военнослужащих военных медицинских частей и подразделений мерам предупреждения и способам тушения пожаров.

Тушение пожара в военных медицинских частях (подразделениях) осуществляется нештатной пожарной командой и всеми военнослужащими. При необходимости по решению командира соединения (воинской час-

Мероприятия противовоздушной обороны в омедо включают: маскировку от воздушного противника и рассредоточение подразделений омедо, наблюдение за воздухом и оповещение о приближении авиации противника; организацию системы огня из штатного оружия по низколетящим целям.

Мероприятия маскировки и рассредоточения подразделений омедо организуются в целях сохранения способности его подразделений к выполнению задач, осуществляются силами и средствами штатных и приданных подразделений и достигаются сохранением военной тайны, скрытым размещением, перемещением и действиями с применением маскирующих свойств местности, использованием табельных и подручных маскировочных средств (материалов), окраской техники, тары и палаток под цвет окружающей местности, соблюдением свето- и радиомаскировки, строжайшим выполнением требований маскировочной дисциплины, а также своевременным выявлением и устранением признаков, демаскирующих подразделения омедо. В район размещения подразделений омедо исключается доступ местного населения и неизвестных лиц.

Рассредоточение подразделений омедо на местности и в ходе передвижения также обеспечивает повышение живучести всех подразделений омедо в ходе авиационных ударов.

Наблюдение за воздухом в омедо и оповещение о приближении авиации противника организуется и ведется специально назначаемыми наблюдателями (санитарным инструктором сортировочного поста). При появлении воздушного противника осуществляется немедленное оповещение об этом установленным сигналом.

Система огня из штатного оружия по низколетящим целям, обеспечивающая непосредственное прикрытие омедо, организуется штатными и приданными силами и средствами в любых условиях обстановки путем создания системы огня по воздушным целям.

Мероприятия по инженерному оборудованию района размещения и маскировке

Мероприятия по инженерному оборудованию района размещения и маскировке подразделений омедо на местности и в ходе передвижения организуются и осуществляются в целях создания необходимых условий для перемещения и размещения омедо, для выполнения всеми подразделениями поставленных задач, повышения защиты личного состава, раненых и больных, вооружения и техники от всех средств поражения. Наиболее сложные задачи инженерного оборудования, требующие применения специальной инженерной техники, выполняются подразделениями инженерных войск.

Для инженерного оборудования подразделения используют табельное инженерное имущество, местные строительные материалы.

ниям, согласно боевому расчету, назначаются основные и дополнительные секторы обстрела.

При боевом расчете личного состава целесообразно предусмотреть создание резервной группы численностью 10–12 человек на автомобиле для совершения маневра или усиления подразделений по боевому расчету при отражении нападения противника.

Исходя из характера местности и дальности огня стрелкового оружия противника, удаление позиций подразделений по боевому расчету от границ обороняемых объектов может быть 300–500 м и более, а промежутки между ними должны прикрываться огнем. Если подразделения по боевому расчету не успевают занять подготовленные позиции, нападение противника отражается непосредственно из района размещения (развертывания) военных медицинских частей и подразделений. С этой целью подготовленные для функциональных подразделений и транспортных средств укрытия приспособляются к ведению огня по противнику.

При появлении угрозы нападения противника осуществляется следующее: усиливается охранение на угрожаемых направлениях и высылаются разведка; при боевой тревоге личный состав омедо, привлекаемый к отражению противника, прибывает в район сбора, занимает взводные позиции для обороны на угрожаемых направлениях и организует систему огня (часть его остается в резерве в районе сбора); личный состав, не привлекаемый к обороне, остается на своих местах, обеспечивает спокойствие и нормальную работу омедо, а также готовится к отражению нападения противника в случае его прорыва на территорию омедо.

Сведения о появлении противника и его действиях, а также о своем решении, об организации обороны начальник омедо немедленно докладывает командиру и начальнику медицинской службы соединения и одновременно информирует соседей, используя для этой цели любые средства связи.

В случае нападения крупных сил противника все военнослужащие подразделений омедо, а также легкораненые и легкобольные в соответствии с боевым расчетом занимают подготовленные к обороне позиции. Личный состав омедо должен заблаговременно изучить подготовленные позиции для обороны, знать пути выдвижения к ним и уметь быстро занять их, а также вести борьбу с прорвавшимися группами противника.

Противовоздушная оборона омедо организуется и осуществляется в общей системе противовоздушной обороны соединения.

Начальником омедо планируются конкретные мероприятия по организации противовоздушной обороны омедо при расположении (развертывании) его на месте, совершении марша, на привалах, в районах отдыха, пунктах погрузки (выгрузки).

метров. Позиции оборудуются основными и запасными окопами для стрельбы лежа (с колена), а при возможности траншеями и ходами сообщения. Основу системы огня составляет огонь автоматов перед позициями на флангах и в глубине. При организации системы огня каждому подразделению указывается дополнительное направление и порядок открытия огня.

При организации обороны военных медицинских частей и подразделений от наземного противника предусматривается проведение следующих мероприятий: организация кругового наблюдения и оповещения; определение порядка сбора личного состава по боевой тревоге; назначение подразделений по боевому расчету, в том числе резерва; установление границ ответственности за оборону секторов; выделение сил и средств для уничтожения диверсионно-разведывательных групп противника; подготовка позиций для обороны с учетом рельефа местности для создания препятствий продвижению противника; устройство противотанковых и противопехотных заграждений на угрожаемых направлениях.

Наземная оборона военных медицинских частей и подразделений в районе размещения организуется одновременно с их развертыванием для выполнения поставленной задачи.

Организуя оборону, командир (начальник) военной медицинской части (подразделения) определяет: организацию обороны военной медицинской части (подразделения); боевой расчет и задачи штатным (сводным) подразделениям по отражению нападения противника; силы и средства для усиления обороны и оказания помощи подразделениям при нападении противника; резервы сил и средств; организацию взаимодействия и управления в ходе боевых действий.

При организации круговой обороны военных медицинских частей и подразделений от наземного противника по периметру района их размещения оборудуются опорные пункты типа взводных или позиции для отделений, а также применяются защитные свойства местности и используются сохранившиеся инженерные сооружения. Количество опорных пунктов и позиций зависит от численности подразделений по боевому расчету и личного состава, который можно привлечь к отражению нападения противника, а также от возможностей штатного вооружения военных медицинских частей и подразделений.

Омедио в состоянии сформировать одно-два подразделения численностью 15–20 человек каждое. Такое подразделение может оборонять опорный пункт типа взводного или две позиции на отделение каждая, создавая достаточную для отражения нападения диверсионно-разведывательной группы противника плотность огня из штатного оружия. Кроме того, для отражения нападения противника можно привлечь легкораненых и легкобольных. На всех направлениях обороны организуется взаимодействие подразделений и системы огня. При этом штатным (сводным) подразделе-

томобильным нарядом, который ведет круговое наблюдение. Каждый водитель также обязан охранять вверенный ему автомобиль и находящихся в нем раненых и больных. Кроме этого, в ходе движения может выделяться походное охранение, от подразделений медицинской службы — дозорная машина, от военной медицинской части — дозоры.

Оповещают о приближении войск противника по действующим каналам связи установленными сигналами оповещения.

Мероприятия обороны

Оборона омеда организуется с целью отражения внезапного нападения наземного противника, его диверсионных групп, воздушных десантов и авиации, нанесения ему максимальных потерь, удержания района расположения омеда и тем самым обеспечения благоприятных условий для выполнения задач по предназначению.

Подготовка подразделений омеда к обороне, их оборона организуется и осуществляется в соответствии с требованиями боевых уставов Сухопутных войск.

Организация обороны включает: боевой расчет сил и средств, привлекаемых к обороне функциональных подразделений омеда, определение порядка их сбора и действий по боевой тревоге; оборудование позиций и создание системы огня; организация взаимодействия привлекаемых к обороне сил и средств и управление ими.

Оборона омеда организуется по принципу «круговой». Подразделения оборудуют оборонительные позиции, заграждения, им назначаются сектора обороны, определяется порядок оповещения, сбора и действий личного состава по сигналам оповещения о нападении воздушного и наземного противника, порядок ведения огня и взаимодействия с соседями. Построение обороны омеда в каждом конкретном случае определяется боевой и тыловой обстановкой, характером местности, удаленностью от расположения других омед, воинских частей и подразделений, наличием сил средств.

Оборона от нападения наземного противника осуществляется по секторам под руководством офицеров омеда. Ответственным за оборону секторов выделяется соответствующий личный состав. Основу обороны составляют позиции, подготовленные по секторам на вероятных направлениях движения противника. Количество их может быть различным, оно определяется размерами занимаемой территории, характером местности, наличием прикрытых естественными укрытиями или соседями направлений. Подготавливаются основные и запасные позиции, производится расчистка территории для обзора и обстрела. Каждому подразделению боевого расчета назначается одна основная позиция, а при необходимости одна-две запасные. Между позициями допускаются промежутки в несколько сот

вия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, а также неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды, т. е. для предупреждения или максимального ослабления воздействия поражающих и неблагоприятных факторов на военнослужащих, сохранения их жизни, здоровья и военно-профессиональной работоспособности, восстановления их боеспособности.

Мероприятия охраны

Мероприятия охраны подразделений омеда организуются с целью не допустить проникновения разведки противника, исключить внезапное нападение наземного противника, десантно-диверсионных сил, обеспечить подразделениям омеда время и условия для приведения в боевую готовность и вступления в бой. Охрана омеда осуществляется всем личным составом и приданными подразделениями путем организации всех видов охраны с учетом характера местности, условий видимости, важности объектов, удаления функциональных подразделений друг от друга, площади районов, их размещения и количества промежутков между ними. Для вооружения личного состава используется табельное оружие, оружие, принятое от поступивших на лечение в омеда, а также выдаваемое в отдельных случаях довольствующими органами снабжения.

Для непосредственного охранения назначаются секреты и парные патрули.

Секрет в составе 2–3 человек располагается в указанном ему месте и в случае обнаружения противника ведет за ним наблюдение, о чем доносит установленным сигналом командиру. При выходе на секрет одиночных военнослужащих противника он захватывает их или уничтожает.

При организации парного патрулирования назначаются маршруты протяженностью до 2 км в дневное время и до 1 км ночью. Во время активных боевых действий длина маршрута уменьшается и может составлять днем до 500 м, ночью до 300 м.

При необходимости усиления непосредственного охранения, когда существует угроза нападения наземного противника, на подступах к району расположения выставляется сторожевое охранение.

Сторожевые посты прикрывают дороги и тропы, ведущие к районам расположения. В состав сторожевого поста выделяются 2–3 человека, которые занимают позицию, обеспечивающую круговое наблюдение и ведение огня, обычно на удалении до 1,5 км от охраняемого объекта. Позиция оборудуется в инженерном отношении и тщательно маскируется, а если позволяет обстановка, то перед нею устанавливаются сигнальные ракеты или мины.

Охрана санитарных автомобильных колонн и колонн военных медицинских частей (подразделений) при их перемещении осуществляется ав-

лений, осуществляющих радиационную, химическую и биологическую разведку, а также данных радиационной, химической, биологической разведки, проводимой в госпитале своими силами.

При вынужденном нахождении омедо на зараженной местности способы действий определяет начальник омедо с учетом срочности и важности выполняемых задач, возможной величины доз облучения или степени заражения личного состава, раненых и больных, характера инженерного оборудования и состояния маршрутов выдвижения в новый район.

Действия личного состава в этих условиях должны быть направлены на обеспечение индивидуальной и коллективной защиты раненых и больных от вторичного заражения (поражения) РВ, ОВ, БС, защиты от заражения продовольствия, воды и других материальных средств.

При смене омедо района размещения зоны радиоактивного заражения преодолеваются сходу или, если позволяет обстановка, после спада высоких уровней радиации. Районы химического и биологического заражения, как правило, обходятся с наветренной стороны. При невозможности обхода эти зоны преодолеваются по маршрутам, обеспечивающим наименьшее заражение людей.

Ликвидация последствий применения противником ОМП осуществляется, прежде всего, силами и средствами подразделений омедо. Основные усилия направляются на проведение спасательных работ, оказание медицинской помощи пострадавшим и эвакуацию их из зон заражения (поражения).

Вывод омедо из зоны заражения и районов пожаров (разрушений, затоплений) осуществляется по распоряжению командира и начальника медицинской службы соединения. В случаях, не терпящих отлагательств, а также при отсутствии связи вывод омедо может проводиться по решению начальника омедо.

При продолжении работы омедо на прежнем месте в очаге заражения проводится радиационная (химическая, биологическая, инженерная) разведка, восстанавливается управление, локализуются пожары, расчищаются завалы и пути эвакуации, восстанавливаются или возводятся новые фортификационные сооружения, производится дегазация, дезактивация или дезинфекция местности, запасов материальных средств, палаток, транспорта, при необходимости устанавливается обсервация или карантин, выполняются другие противоэпидемические мероприятия. Для проведения перечисленных мероприятий по решению вышестоящего органа управления могут привлекаться дополнительные силы и средства войск радиационной, химической и биологической защиты.

Мероприятия медицинской защиты являются составной частью системы медицинского обеспечения, в связи с чем они организуются и проводятся медицинской службой с целью защиты личного состава от воздейст-

зараженность РВ, ОВ, БС продовольствия, воды и медикаментов; организация и проведение мероприятий по своевременному выявлению применения противником ОМП и оценка последствий; организация и обеспечение мероприятий по безопасности личного состава, раненых и больных при работе омедо на зараженной местности, в районах пожаров, разрушений и затоплений; организация и участие в проведении мероприятий по ликвидации последствий применения противником ОМП в районе дислокации омедо; использование защитных свойств местности, транспортных средств и других объектов, а также коллективных и индивидуальных средств профилактики и защиты; организация и проведение специальной обработки имущества, вооружения и техники подразделений.

Планирование мероприятий РХБЗ омедо осуществляется на основе плана радиационной, химической и биологической защиты соединения (воинской части). Мероприятия РХБЗ омедо, как и мероприятия медицинской защиты личного состава, начальник омедо отражает в пояснительной записке к плану организации работы омедо в различных видах боевых действий.

Радиационная, химическая, биологическая разведка и наблюдение осуществляются санитарным инструктором-дозиметристом приемно-сортировочного отделения на сортировочном посту.

Предупреждение подразделений о непосредственной угрозе и начале применения противником ОМП, оповещение о радиоактивном, химическом, биологическом заражении местности, о районах пожаров, разрушений и затоплений производится с пункта управления начальника омедо по сети оповещения. Оповещение осуществляется в установленном порядке едиными сигналами по всем имеющимся каналам связи вне очереди. Действия личного состава по этим сигналам определяются начальниками подразделений в соответствии с указаниями начальника омедо и конкретной обстановкой.

Дозиметрический контроль личного состава омедо, раненых и больных ведется: в управлении омедо — на всех военнослужащих, гражданский персонал управления и начальников подчиненных подразделений, в подразделениях — на всех военнослужащих, гражданский персонал, раненых и больных. Осуществляется учет доз облучения как индивидуальный, на каждого военнослужащего и гражданский персонал, так и групповой, на подразделения.

Химический и биологический контроль проводится санитарно-эпидемиологическими подразделениями.

Выявление последствий применения противником ОМП осуществляется в омедо путем сбора и обработки данных, полученных от органов управления, взаимодействующих органов управления территориальной обороны, воинских частей и учреждений, специальных частей и подразде-

В необходимых случаях для этих целей решением командира соединения могут выделяться боевые подразделения.

Кроме того, обязанности личного состава по защите, охране и обороне отражаются в частных инструкциях для личного состава функциональных подразделений этапов медицинской эвакуации.

Мероприятия защиты, охраны и обороны омедо осуществляются непрерывно, с момента его размещения в районе до убытия.

Мероприятия защиты

Среди мероприятий защиты личного состава, а также подразделений омедо выделяют следующие: *оперативно-тактические, инженерные мероприятия, мероприятия РХБЗ и мероприятия медицинской защиты.*

К *оперативно-тактическим мероприятиям*, проводимым медицинской службой, относятся: рассредоточение объектов медицинской службы в боевом порядке соединения (воинской части); удаление этапов медицинской эвакуации от места ведения боевых действий на безопасное расстояние; предупреждение о непосредственной угрозе воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, а также неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды или применения противником оружия массового поражения (ОМП); использование маскирующих свойств местности.

К *инженерным мероприятиям*, проводимым медицинской службой совместно с инженерными подразделениями, относятся: проведение инженерной разведки и разминирование районов сосредоточения и развертывания военных медицинских частей и подразделений; фортификационное оборудование этих районов; выполнение инженерных мероприятий маскировки.

В первую очередь оборудуются укрытия для личного состава и техники, позиции подразделений охранения, проводятся инженерные мероприятия маскировки, устраиваются инженерные заграждения для прикрытия районов сосредоточения и развертывания. В дальнейшем оборудуются укрытия для запасов материальных средств.

К *мероприятиям РХБЗ* относятся: проведение комплекса мероприятий радиационной, химической и биологической разведки и наблюдения в районах расположения этапов медицинской эвакуации; организация и обеспечение своевременного предупреждения и оповещения подразделений омедо о радиоактивном, химическом и биологическом заражении и непосредственной угрозе воздействия поражающих факторов либо начале применения противником различных видов ОМП, а также возникновении пожаров, завалов, разрушений и затоплений; организация и проведение дозиметрического, химического и биологического контроля заражения личного состава, раненых и больных; организация и проведение экспертизы на

служб на основе указаний командира и распоряжения начальника медицинской службы соединения.

Планирование мероприятий по защите, охране и обороне омедо осуществляется на основе планов, приказов и распоряжений штаба соединения с привлечением начальников служб, в том числе и начальника медицинской службы.

Основные мероприятия защиты, охраны и обороны омедо отражаются в соответствующем разделе плана медицинского обеспечения соединения, а также в планах работы омедо в период подготовки, выдвижения, развертывания и в ходе работы в различных условиях боевой обстановки. Помимо этого, в омедо отдельно разрабатывается план размещения, защиты, охраны и обороны.

План оформляется на карте (схеме) с пояснительной запиской. На карту (схему) наносятся: необходимые сведения о противнике; район размещения и подъездные пути с выходом на военные автомобильные дороги; фортификационные сооружения, оборудуемые для размещения функциональных подразделений этапов медицинской эвакуации, личного состава и техники; районы сбора сводных формирований, предназначенных для отражения нападения противника; посты непосредственного охранения и маршруты патрулирования; построение обороны и системы огня.

В пояснительной записке в форме таблиц отражаются: расчет сил и средств для радиационной, химической и биологической разведки; сигналы оповещения и порядок действий по ним; объем работ по инженерному оборудованию района размещения; состав отряда (команды) для ликвидации последствий применения противником различных видов оружия и порядок его формирования; порядок и объем специальной обработки, противоземлемых и специальных профилактических мероприятий; расчет личного состава и вооружения для охраны и обороны.

Содержание и порядок мероприятий по защите, обороне и охране омедо определяются приказом по омедо. В нем указываются обязанности должностных лиц, назначаются начальники аварийно-спасательной и других служб, а также прочие мероприятия, обеспечивающие выполнение этой важнейшей стороны работы эвакуационного омедо.

Руководство организацией защиты, охраны и обороны осуществляет начальник омедо.

Мероприятия по защите, охране и обороне омедо осуществляются штатными силами и средствами, а также нештатными (сводными) подразделениями, формируемыми за счет команды выздоравливающих и легкораненых, в тесном взаимодействии с органами управления территориальной обороны, Министерством внутренних дел, Комитетом государственной безопасности, расположенными вблизи района размещения омедо.

Задачами идеологической работы при подготовке к бою и в ходе его являются:

- анализ социально-политической и информационной обстановки в районе боевых действий, взаимодействие с органами государственного и местного самоуправления, общественными и религиозными объединениями в целях создания благоприятного общественного мнения в отношении военнослужащих омедо;
- информирование военнослужащих омедо, а также раненых и больных, находящихся в омедо, о боевой обстановке;
- подготовка информационных материалов и их передача в вышестоящие органы управления для размещения в средствах массовой информации, участие в информационных акциях;
- сплочение личного состава омедо, поддержание в подразделениях омедо здорового морального и психологического климата;
- формирование у личного состава омедо смелости и инициативы, стойкости, прочных боевых установок и настроения на безусловное выполнение поставленных задач;
- защита личного состава омедо, а также раненых и больных, находящихся в омедо, от информационно-психологического воздействия противника, предупреждение деморализации и дезинформации личного состава, населения в районе размещения омедо;
- психологическая подготовка личного состава омедо к выполнению боевых задач и оказание психологической помощи раненым и больным.

Организация мероприятий по защите, охране и обороне отдельного медицинского отряда

Мероприятия защиты, охраны и обороны омедо включают мероприятия:

- защиты личного состава омедо, а также подразделений омедо (оперативно-тактические, инженерные мероприятия, мероприятия радиационной, химической и биологической защиты (РХБЗ) и медицинской защиты);
- охраны подразделений омедо;
- наземной и противовоздушной обороны средствами, имеющимися в распоряжении начальника омедо, и приданными ему силами и средствами усиления;
- по инженерному оборудованию района размещения и маскировке подразделений на местности и в ходе передвижения;
- противопожарной защиты омедо.

Мероприятия по защите, охране и обороне омедо разрабатываются начальником омедо, заместителем начальника омедо по материально-техническому обеспечению совместно с подчиненными ему начальниками

Основными задачами по обеспечению омеда горючим и смазочными материалами являются: определение потребности в горючем и смазочных материалах; истребование и создание установленных запасов горючего, техники и имущества службы; своевременное восполнение их расхода и потерь; организация заправки техники горючим. Потребность в горючем омеда определяется: его задачами; наличием техники и технических средств (в том числе полевых кухонь, прачечной, подвижных медицинских установок, электростанций и др.); предполагаемой напряженностью работы всех имеющихся технических средств омеда; временем года, состоянием дорог, характером местности и климатических условий, а также установленными нормами расхода. Потребность исчисляется следующим образом: по горючему — на всю имеющуюся в омеда технику в пределах ее списочной численности; по маслам и смазкам — в процентном отношении к горючему.

Финансовое обеспечение в отдельном медицинском отряде

Финансовое обеспечение в омеда организуется и осуществляется в целях своевременного и полного удовлетворения потребностей омеда в денежных средствах и включает: финансовое планирование и финансирование омеда; истребование, получение, хранение, экономное и целесообразное расходование денежных средств; проведение операций по оформлению финансовых документов личному составу омеда, раненым и больным; зачисление денежных средств личного состава омеда, раненых и больных во вклады; оформление почтовых переводов денежных средств; финансовый контроль, учет и отчетность.

Организация морально-психологического обеспечения и идеологической работы в отдельном медицинском отряде

Идеологической работой в омеда руководит начальник омеда, непосредственная организация идеологической работы возлагается на его заместителя по идеологической работе.

Заместитель начальника омеда и начальники подразделений несут ответственность за выполнение задач идеологической работы в пределах своих обязанностей.

Объектом идеологической работы являются личный состав омеда, а также раненые, пораженные и больные, поступившие в омеда.

Идеологическая работа реализуется в двух взаимосвязанных направлениях: непосредственно с личным составом, ранеными и больными омеда и при взаимодействии со средствами массовой информации и общественностью в полосе ответственности.

ганизация контроля за расходом материальных и денежных средств по службе; банно-прачечное обслуживание; организация и осуществление ремонта материальных средств вещевого склада, химической чистки предметов военной и специальной одежды.

Снабжение материальными средствами вещевого склада и банно-прачечное обслуживание личного состава омеда, раненых и больных осуществляется в соответствии с правовыми актами Министерства обороны Республики Беларусь.

Для хранения вещевого имущества в омеде создается вещевой склад, в котором оборудуются кладовые (или выделяются отдельные места на общем складе) для раздельного хранения имущества. Для хранения личных вещей, принятых от раненых и больных, поступивших в омеда, оборудуется отдельное помещение. В нем должны быть вешалки для обмундирования и полки для обуви в соответствии с количеством развернутых коек в омеде. В приемно-эвакуационном и госпитальном отделениях создается запас белья, госпитальных халатов, обуви и других предметов вещевого имущества для обмена между отделениями. Помощник начальника омеда по материально-техническому обеспечению организует своевременный ремонт и учет вещевого имущества и следит за его содержанием и правильной эксплуатацией.

Банно-прачечное обслуживание предусматривает регулярную санитарно-гигиеническую помывку раненых и больных и персонала омеда, обеспечение непрерывного снабжения всех подразделений омеда чистым бельем, а также своевременную отправку грязного белья в прачечно-механизированный полевой отряд.

Обеспечение омеда водой включает: получение воды из действующих источников водоснабжения; создание запасов воды, их хранение и распределение (выдачу); восполнение расхода воды.

Ответственность за своевременное обеспечение омеда водой несет помощник начальника омеда по материально-техническому обеспечению. Он определяет порядок водоснабжения и осуществляет контроль за добычей, очисткой и доставкой воды в места хранения и потребления.

Обеспечение омеда водой для питьевых, хозяйственных и санитарно-бытовых нужд производится с пунктов водоснабжения, устраиваемых на источниках воды, и с водозаборных пунктов. Использование воды для этих нужд из других источников запрещается.

Подвоз воды для указанных нужд с пунктов водоснабжения в омеда организуется по распоряжению помощника начальника омеда по материально-техническому обеспечению.

Инженерным имуществом, имуществом службы РХБЗ, а также другими материальными средствами омеда обеспечивается по установленным нормам, штатам и табелям.

ляться только в специально оборудованных автомобилях, позволяющих обеспечить их правильное хранение, транспортировку и сохранность.

Питание военнослужащих, гражданского персонала омедо, раненых и больных организуется в любых условиях обстановки. Горячая пища готовится на кухне и принимается личным составом, ранеными и больными в столовой в установленное начальником омедо время, как правило, три раза в сутки.

При невозможности организовать трехразовое питание с разрешения начальника омедо личный состав, а также раненые и больные обеспечиваются горячей пищей два раза в сутки, при этом часть суточной нормы продуктов выдается в сухом виде. Приготовление, доставку и выдачу подразделениям пищи организует начальник продовольственной службы в соответствии с указаниями помощника начальника омедо по материальному и техническому обеспечению, который определяет, на какое количество личного состава, для каких подразделений и к какому времени готовить пищу, а также порядок доставки (выдачи) ее подразделениям омедо.

Раненые и больные, которые по состоянию здоровья не могут принимать пищу в столовой, питаются непосредственно в лечебных отделениях, куда готовая пища доставляется в термосах.

Питание раненых и больных организуется в омедо по норме госпитального пайка. В составлении меню-раскладки продуктов, кроме помощника начальника омедо по материально-техническому обеспечению, участвует врач, который назначается начальником омедо из числа специалистов, знающих основы лечебного питания. Питание персонала омедо организуется отдельно и проводится в развернутой полевой столовой. Для хранения продовольствия, кухонной и столовой посуды, а также предметов хозяйственного обихода в омедо создается продовольственный склад. Обеспечение функциональных подразделений омедо водой для питья и технических надобностей возлагается на взвод обеспечения омедо.

Основными задачами *вещевого снабжения* в системе материального обеспечения омедо являются: определение потребности в материальных средствах вещевого снабжения (вещевом имуществе общего пользования (нательное и постельное белье, матрасные и подушечные наволочки, одеяла и др.), санитарно-хозяйственном имуществе (госпитальные, медицинские и санитарные халаты для раненых и персонала, белье для операционных и перевязочных и др.), предметах обменного фонда вещевого имущества (нательное белье, обмундирование, снаряжение, обувь и др.) для выдачи раненым при эвакуации или выписке в воинскую часть по выздоровлении взамен утраченного или пришедшего в негодность в бою) и снабжение ими; создание и хранение запасов материальных средств вещевого снабжения, своевременное восполнение их расхода и потерь; организация и ведение учета и отчетности по вещевой службе; ор-

сы боеприпасов, горючего и других материальных средств. В ходе боя расход материальных средств строго лимитируется путем установления начальником омеда норм их расхода, особенно боеприпасов и горючего.

К исходу дня (боя) запасы материальных средств в подразделениях должны пополняться до установленных норм.

Подвоз материальных средств обычно производится от батальона материального обеспечения соединения до омеда транспортными средствами батальона материального обеспечения, в отдельных случаях транспортом омеда.

Для перегрузки материальных средств из транспорта старшего начальника на транспорт обеспечиваемых подразделений могут назначаться районы (места) передачи материальных средств.

Ответственность за доставку материальных средств в подразделения омеда возлагается на командира взвода обеспечения, а за пополнение боеприпасами и дозаправку техники горючим — на начальников подразделений.

Материальное обеспечение омеда организуется и осуществляется в целях своевременного и полного удовлетворения потребностей подразделений омеда в материальных средствах: вооружении, технике, боеприпасах, горючем, продовольствии, воде, вещевых, инженерных, химических и иных материальных средствах.

Основными задачами продовольственного снабжения в системе материального обеспечения омеда являются: определение потребности в продовольствии, технике и имуществе продовольственной службы, их истребование и создание установленных запасов; своевременное восполнение их расхода и потерь; организация питания личного состава омеда, а также раненых и больных; обеспечение хлебом, закупка продовольствия из местных ресурсов.

Обеспечение омеда продовольствием и материальными средствами продовольственной службы организуется в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства обороны Республики Беларусь.

Организация продовольственного снабжения предусматривает: определение потребности омеда в продовольствии; своевременность получения со складов и баз хранения необходимых продуктов питания и доставку их на склад омеда; развертывание продовольственного пункта со столовой для приема пищи и кухни для ее приготовления; организацию приема пищи.

Потребность омеда в продовольствии определяется на штатный личный состав по соответствующим нормам пайка, для раненых и больных по количеству штатных коек в соответствии с нормами лечебного пайка.

Доставка продуктов в омеда организуется как штатным транспортом омеда, так и транспортом тыловых подразделений соединения. Скоропортящиеся продукты (мясо, молочно-кислые продукты и др.) должны достав-

рючим, смазочными материалами и специальными жидкостями (далее горючее), продовольствием, вещевым имуществом, различной техникой тыла и другими материальными средствами, содержание этих средств; заправка техники горючим, обеспечение личного состава омедо, раненых и больных горячей пищей и хлебом, банно-прачечное обслуживание; подвоз материальных средств (в том числе воды), эвакуация неисправных и ненужных для выполнения госпиталем задач отечественных, а также трофейных вооружения, техники и имущества; проведение ветеринарно-санитарного надзора; захоронение умерших в омедо военнослужащих.

Тыловое обеспечение омедо заключается в проведении следующих мероприятий: по подготовке тыла; определению порядка размещения и перемещения его сил и средств; выбору путей подвоза и эвакуации; подготовке и организации централизованного использования транспортных средств для обеспечения всех видов перевозок; организации согласованных действий сил и средств тыла и других служб по тыловому обеспечению подразделений омедо; организации взаимодействия тыла; организации управления тыловым обеспечением; организации использования местной военно-экономической базы (ресурсов).

Для решения задач тылового обеспечения омедо в бою разворачиваются пункт боевого питания, заправочный и продовольственный пункты.

Потребность в боеприпасах, горючем и других материальных средствах, обеспеченность ими подразделений и нормы расхода исчисляются в расчетно-снабженческих единицах (боевых комплектах, заправках горючего, суточных дачах, комплектах) и в других единицах измерения.

Боевым комплектом называется количество боеприпасов, установленное на единицу вооружения или на боевую машину.

Заправкой горючего называется количество горючего, вмещающееся в топливную систему машины (агрегата) или обеспечивающее установленный запас ее хода (время работы).

Суточная дача — это количество продовольствия, положенное по установленным нормам для питания одного человека в сутки. Она исчисляется на списочный состав подразделения.

Комплект запасных частей, инструмента и принадлежностей к вооружению, технике, а также вещевого, медицинского и другого имущества состоит из набора предметов по определенному перечню в установленном количестве.

Потребность в материальных средствах на бой определяется с учетом установленного их расхода и наличия запасов в необходимых размерах к концу боя. Потребности омедо в материальных средствах удовлетворяются за счет своих запасов, а также подвоза со складов соединения.

При необходимости с разрешения командира и начальника медицинской службы соединения в омедо могут создаваться дополнительные запасы

При оценке деятельности омедо в качестве перечисленных показателей используются, главным образом, абсолютные величины, которые сопоставляются с соответствующими нормативными данными, штатными возможностями омедо, рассматриваются с учетом укомплектованности и квалификации личного состава, условий работы и оснащенности.

Организация тылового и технического обеспечения отдельного медицинского отряда

Тыловое и техническое обеспечение омедо организуется и осуществляется во всех видах боя и в повседневной деятельности в целях поддержания подразделений в боеспособном состоянии и создания им благоприятных условий для выполнения поставленных задач.

За организацию тылового и технического обеспечения омедо отвечает помощник начальника омедо по материально-техническому обеспечению — начальник отделения материально-технического обеспечения, которому подчинены подразделения обеспечения. Он несет ответственность за своевременное материальное обеспечение подразделений по подчиненным службам, защиту, охрану и оборону подразделений обеспечения и управление ими.

Тыловое и техническое обеспечение омедо осуществляется на основе правовых актов Министерства обороны. Помощник начальника омедо по материально-техническому обеспечению в своей работе руководствуется указаниями начальника омедо, а также начальников соответствующих довольтствующих органов.

Помощник начальника омедо по материально-техническому обеспечению организует: истребование, получение, подвоз и хранение различных видов имущества и техники от органов снабжения; питание личного состава омедо, а также раненых и больных; доставку воды для питья и технических надобностей; банно-прачечное обслуживание личного состава омедо, а также находящихся в омедо раненых и больных; противопожарные мероприятия; захоронение павших в бою (умерших) военнослужащих; тыловую разведку, размещение и перемещение подразделений омедо, их защиту, охрану и оборону; заправку техники омедо горючим; связь с начальниками служб и подразделений обеспечения, заместителем командира соединений по тылу.

Мероприятия тылового и технического обеспечения отражаются в плане тылового и технического обеспечения омедо и детально раскрываются в соответствующих расчетах.

Тыловое обеспечение омедо включает: материальное, медицинское, торгово-бытовое, квартирно-эксплуатационное обеспечение.

Основными задачами тылового обеспечения омедо являются: обеспечение подразделений омедо медицинским имуществом и техникой, го-

При выписке в часть по выздоровлению отмечают связь (есть или нет) ранения и заболевания с пребыванием на фронте или с прохождением военной службы. В случае смерти раненого в истории болезни (первичной медицинской карточке) записывают точное время и причину смерти. При наступлении определившегося исхода лечащий врач, кроме составления эпикриза, заполняет также заключительные пункты первой страницы истории болезни о результатах лечения раненого (пораженного или больного).

Проводимые в госпитальном отделении мероприятия регистрируют в книге учета переливаний крови и кровезамещающих жидкостей и книге учета перевязок и процедур. При выявлении больного с острым инфекционным заболеванием составляют карточку эпидемиологического обследования инфекционного заболевания.

При выписке в часть по выздоровлению выбывающим выдают справку о ранении, заболевании, которая свидетельствует о факте ранения (поражения или заболевания) лечившегося, его пребывании на стационарном лечении в омето, связи ранения (поражения, заболевания) с нахождением на фронте или исполнением обязанностей военной службы.

Документы медицинской отчетности омето включают: ежедневные донесения по медицинской службе, внеочередные донесения по медицинской службе, месячные отчеты о работе омето с объяснительной запиской.

В зависимости от используемой исходной информации анализ деятельности омето соединения можно разделить на оперативный (по данным оперативного учета и отчетности) и долговременный (по данным, обобщаемым при составлении отчета о работе омето за месяц).

При оперативном анализе оценивается прежде всего напряженность работы, характеризующаяся данными об общем числе поступивших за сутки раненых и больных, о распределении поступивших раненых, пораженных по видам применяемого противником оружия, нуждаемости в хирургической или терапевтической помощи, наличии для этого необходимых сил и средств, объеме выполненных лечебно-эвакуационных мероприятий, числе нетранспортабельных и подготовленных к эвакуации раненых и больных, а также о числе определившихся исходов.

Получение данных по перечисленным вопросам не требует специальной разработки документов медицинского учета: все эти сведения собираются в процессе медицинской регистрации для составления ежедневных донесений по медицинской службе.

В оперативном порядке должны анализироваться данные о сроках поступления в омето раненых и больных — с момента ранения, поражения или заболевания, а также данные о сроках оказания неотложной квалифицированной хирургической и терапевтической помощи нуждающимся в ней группам тяжелораненых и больных.

последующие этапы медицинской эвакуации их истории болезни вкладывают в эвакуационный конверт и передают должностному лицу, сопровождающему транспорт с эвакуированными. На эвакуационном конверте записывают фамилию раненого, откуда и куда его эвакуируют, диагноз ранения (заболевания), указания сопровождающему медицинскому персоналу о режиме эвакуации, уходе и лечебных мероприятиях, необходимых в пути следования.

При эвакуации раненых и больных из омеда на каждое транспортное средство (автомобиль, вертолет и т. д.) составляют ведомость эвакуируемых раненых и больных в трех экземплярах. После посадки раненых два экземпляра ведомости передают начальнику (старшему) транспорта, а один экземпляр с его распиской оставляют в омеде.

Функциональные подразделения омеда ежедневно по состоянию на 20 часов представляют в управление сведения о работе отделения, данные о движении раненых и больных за сутки.

В операционно-перевязочном отделении объем оказанной медицинской помощи раненым регистрируют на оборотной стороне первичной медицинской карточки или в истории болезни. При хирургическом вмешательстве в дневнике истории болезни записывают: наименование и ход операции, вид обезболивания и количество израсходованного анестезирующего вещества, время начала и конца операции, фамилия оперировавшего, ассистента и анестезиолога, диагноз и послеоперационные осложнения.

Проведенные мероприятия медицинской помощи регистрируют в книге учета хирургических операций, книге учета переливаний крови и кровезамещающих жидкостей, книге учета перевязок и процедур.

Для учета заготовки крови от доноров, получения и расхода консервированной крови и ее препаратов в отделениях ведут карточку донора и книгу учета крови, ее компонентов и препаратов.

В госпитальном отделении ведут истории болезни, в которых отмечают изменения в состоянии здоровья раненого (пораженного или больного), проведенные лечебные и диагностические назначения, хирургические операции, мероприятия интенсивной терапии. Подобные краткие записи делают на оборотной стороне первичных медицинских карточек легкораненых, проходящих лечение в команде выздоравливающих.

При эвакуации раненого, пораженного или больного либо при определенном исходе (возвращение в часть, смерть) лечащий врач составляет этапный (заключительный) эпикриз, указывая в нем дату поступления и убытия раненого, течения ранения (заболевания), изменение в органах и системах, диагноз (подробно), хирургические и другие лечебные мероприятия, проведенные в омеде.

общие данные на основании их документов и опроса, а медицинские по указанию врача, а также ежедневно к установленному сроку производят из документов медицинского учета выборку данных, необходимых для составления донесений по медицинской службе.

Документы медицинского учета и отчетности являются основным источником информации, необходимой для оперативного руководства деятельностью омеда, планирования его работы и медицинского обеспечения соединения, оценки эффективности выполненных лечебно-эвакуационных мероприятий и обеспечивают: единообразную систематическую регистрацию поступивших раненых и больных, в том числе подлежащих учету в качестве санитарных потерь, и их медицинскую характеристику; учет оказанной им медицинской помощи, движения раненых и больных, а также определившихся исходов их лечения в омеда; преемственность и последовательность проведения раненым и больным лечебно-эвакуационных мероприятий на последующих этапах медицинской эвакуации (прил. б).

В омеда целесообразно следующее распределение документов медицинского учета по функциональным подразделениям:

- приемно-эвакуационное отделение: книга учета раненых и больных; алфавитная книга поступивших на стационарное лечение; первичная медицинская карточка; история болезни; эвакуационный конверт; ведомость на эвакуируемых раненых и больных; сведения о работе отделения омеда;

- операционно-перевязочное отделение: книга учета хирургических операций; книга учета переливания крови и кровезамещающих жидкостей; карточка донора; книга учета перевязок и процедур; книга учета крови, ее компонентов и препаратов; сведения о работе отделения омеда;

- лаборатория: книга учета лабораторных исследований;

- стоматологический кабинет: книга учета работы стоматологического кабинета;

- рентгеновский кабинет: книга учета работы рентгеновского кабинета.

В приемно-эвакуационном отделении омеда всех поступивших регистрируют в книге учета раненых и больных, а всех госпитализированных в омеда — и в алфавитной книге учета госпитализированных в омеда.

Первичные медицинские карточки заводят на раненых и больных, поступивших в омеда без медицинских документов и подлежащих после оказания медицинской помощи дальнейшей эвакуации. На раненых и больных, на которых заведены в омеда истории болезни, первичные медицинские карточки не заполняются, а имеющиеся карточки вклеиваются в истории болезни. Истории болезни заводят на всех госпитализированных раненых и больных, в том числе на легкораненых (легкобольных) со сроком лечения более одних суток. При эвакуации раненых и больных на

Организация медицинского учета и отчетности в отдельном медицинском отряде

Задачи, содержание, формы документов медицинского учета и отчетности военного времени омето определяются «Указаниями по ведению медицинского учета и отчетности в Вооруженных Силах на военное время».

Начальник омето организует и контролирует ведение документов медицинского учета и отчетности в омето, анализирует данные о деятельности омето, составе и движении раненых и больных, эффективности лечебно-эвакуационных мероприятий; представляет донесения и отчеты, а также докладывает результаты анализа начальнику медицинской службы соединения.

Заместитель начальника отряда — начальник медицинской части руководит работой по ведению документов медицинского учета и отчетности, следит за правильностью их заполнения, контролирует полноту выборки из документов медицинского учета данных, необходимых для составления медицинской отчетности, и по поручению начальника омето составляет донесения и отчеты, а также анализирует особенности боевых поражений и заболеваний военнослужащих, состояние лечебно-диагностической и профилактической работы в омето, делает выводы и докладывает их начальнику омето.

Начальник и врачи основных структурных подразделений ведут истории болезни и другие документы медицинского учета, при выписке или эвакуации раненых и больных производят в индивидуальных документах медицинского учета записи, необходимые для обеспечения преемственности в дальнейших лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях, представляют старшему начальнику данные, необходимые для ведения документов группового медицинского учета и составления документов отчетности, а также анализа деятельности подразделения.

Медицинский статистик хранит заполненные и чистые бланки и книги медицинского учета и отчетности, следит за правильностью их ведения и своевременностью представления данных из подразделений в медицинскую часть, производит из документов медицинского учета выборку данных, необходимых для составления медицинской отчетности, проводит их группировку и вносит в формы документов отчетности, а также помогает начальнику омето и его заместителю в составлении документов медицинской отчетности и проведении анализа деятельности омето.

Регистраторы, назначаемые из числа среднего медицинского персонала приемно-сортировочного отделения и работающие в составе сортировочных бригад, заполняют паспортную часть первичных медицинских карточек или историй болезни на поступивших раненых и больных, ведут книгу учета раненых и больных, поступивших в омето, куда записывают

имущества во всех функциональных подразделениях и полную санитарную обработку персонала;

– взятие материалов от больных для установления вида возбудителя, примененного противником, на месте в войсковой медицинской лаборатории СЭЛ соединения и их направление в лабораторию санитарно-эпидемиологического отряда;

– проведение медицинской экспертизы продовольствия и воды на зараженность РВ и ОВ с выдачей заключения об их пригодности к употреблению, на зараженность БС в сокращенном объеме с выдачей заключения о пригодности к употреблению при отсутствии признаков заражения.

Сортировочный пост оборудуется в непосредственной близости к дороге, ведущей с фронта (из карантина) в омедо. Для работы в нем выделяется фельдшер, ответственный за проведение медицинской сортировки поступающих в медицинский пункт раненых и больных, выделение лиц с симптомами инфекционных заболеваний и направление их в изолятор.

Для раненых и больных с клиническими проявлениями инфекционного заболевания дополнительно оборудуются площадка специальной обработки и сортировочная, а для оказания им первой врачебной помощи развертывается отдельная автоперевязочная.

Эвакуация раненых и больных, а также пораженных БС из медицинского пункта при введении строгого противоэпидемического режима работы может не прекращаться в отдельных случаях, при этом эвакуация лиц, имеющих клинические признаки инфекционного заболевания, ведется отдельно от других эвакуируемых.

В зоне строгого режима развертываются приемно-диагностическое, инфекционное, диагностическое, обсервационное и лабораторное отделения, операционно-перевязочная, рентгеновский кабинет, прозекторская с моргом и дезинфекционный блок. Медицинский персонал, работающий в зоне строгого режима, размещается отдельно от остального личного состава, вблизи от санитарного пропускника для персонала.

В зоне ограничения размещаются управление омедо, аптека и другие подразделения обеспечения (кухня, продовольственный и вещевой склады, электростанция, прачечная), транспорт и помещения для личного состава омедо.

Аптека и кухня располагаются ближе к передаточным пунктам лечебных отделений. Перегрузочная площадка оборудуется у дороги, ведущей в тыл, определяется транспортная петля для грузовых автомобилей.

Строгий противоэпидемический режим сохраняется до истечения срока инкубационного периода заболевания, исчисляемого с момента выписки (смерти) последнего больного, а также после проведения необходимых санитарно-противоэпидемических мероприятий.

мещение, питание, водоснабжение и банно-прачечное обслуживание личного состава, раненых и больных, находящихся на лечении в омето, содержание территории района размещения омето, и мероприятий строгого противоэпидемического режима, а также организует медицинский контроль за их выполнением. Санитарный надзор за проведением указанных мероприятий осуществляют специалисты СЭЛ.

Организация работы омето в условиях строгого противоэпидемического режима предусматривает:

- развертывание и оборудование санитарного поста, выделение зоны строгого режима и зоны ограничения и перераспределение личного состава и имущества в соответствии с этим;

- прекращение эвакуации раненых и больных за пределы омето и организацию их эпидемиологического, клинического и лабораторного обследования;

- прекращение приема раненых и больных из частей, не подвергшихся воздействию биологического оружия;

- проведение экстренной, а после установления вида возбудителя и специфической профилактики всем раненым и больным, а также личному составу омето;

- медицинскую сортировку и распределение всех поступающих на три потока: раненые и больные с явными клиническими признаками инфекционного заболевания; раненые и больные с подозрением на инфекционное заболевание; раненые и больные без признаков инфекционного заболевания, но поступившие из очагов;

- раннее активное выявление среди раненых и больных, находящихся в омето, а также личного состава лиц с признаками инфекционных заболеваний, оказание им медицинской помощи и их своевременную изоляцию, госпитализацию и лечение в изоляторе омето или отделении госпитализации, функционирующих в условиях строгого противоэпидемического режима, до принятия решения об их эвакуации в инфекционное отделение специализированного лечебного учреждения;

- полную санитарную обработку всех поступающих из очага биологического заражения;

- проведение мероприятий по недопущению входа (выхода) на территорию омето посторонних лиц (охрана, оцепление, ограждение территории);

- обеспечение всего личного состава омето, а также раненых и больных средствами защиты органов дыхания, кожи и глаз;

- развертывание санитарного пропускника для персонала, работающего в изоляционном и обсервационном отделениях;

- обеззараживание санитарного транспорта, носилок и всех предметов, использованных для доставки пораженных БС;

- систематическую текущую дезинфекцию, а после снятия строгого противоэпидемического режима — заключительную дезинфекцию всего

При неустановленном в процессе сортировки диагнозе инфекционные больные подразделяются на четыре группы: с преимущественно общетоксическими явлениями (без органных поражений); с преимущественным поражением органов дыхания; с преимущественным поражением органов пищеварения; с преимущественным поражением нервной системы.

Инфекционные больные с признаками поражения органов дыхания, пустулезно-язвенными поражениями слизистой оболочки ротоглотки, а также с рвотой и диареей относятся к наиболее эпидемически опасным.

Эвакуация инфекционных больных осуществляется специально выделенным транспортом. В одной санитарной машине могут перевозиться только больные с однородными инфекционными заболеваниями или неконтагиозными инфекциями. Санитарный транспорт, предназначенный для эвакуации инфекционных больных, оснащается медикаментами для оказания медицинской помощи, носилками, карманными плевательницами, подкладными суднами, мочеприемниками, емкостями для сбора выделений больных, дезинфекционными средствами. Больные сопровождаются медицинскими работниками.

Организация работы отдельного медицинского отряда в условиях строгого противоэпидемического режима

В случаях выявления среди поступающих военнослужащих лиц с признаками особо опасных инфекционных заболеваний, а также при массовых (групповых) инфекционных заболеваниях и применении биологического оружия омето переводится на работу в условиях строгого противоэпидемического режима. Перевод осуществляется по приказу командира бригады.

Начальник омето совместно с начальником медицинской службы бригады разрабатывают план перевода омето и его работы в условиях строгого противоэпидемического режима. В плане отражаются: содержание, объем и сроки проведения мероприятий по недопущению заноса инфекций; мероприятия по предупреждению возникновения инфекционных заболеваний среди раненых и больных, личного состава омето, а также распространения их за его пределы; мероприятия, проводимые при выявлении больных с особо опасными инфекциями; основные санитарно-гигиенические мероприятия и мероприятия биологической защиты омето; зона строгого режима и зона ограничений, порядок организации их охраны; порядок организации работы лечебно-диагностических подразделений омето; задачи штатным и приданным подразделениям; организация противоэпидемических и режимно-ограничительных мероприятий; организация материального обеспечения.

Начальник омето организует выполнение мероприятий, направленных на соблюдение санитарных норм и правил, регламентирующих раз-

на инфекционное заболевание), проведение профилактической, текущей и заключительной дезинфекции, а также других противоэпидемических мероприятий;

- госпитализация в ранние сроки выявленных инфекционных больных в ближайшие специализированные лечебные учреждения;

- мероприятия по соблюдению требований санитарных норм, правил и гигиенических нормативов при размещении, питании и водоснабжении раненых и больных в пути следования.

О каждом случае возникновения инфекционного заболевания в пути следования врач, установивший диагноз, докладывает начальнику медицинской службы, который докладывает об этом коменданту района (коменданту ближайшей железнодорожной станции), а он, в свою очередь, ставит об этом в известность соответствующие санитарно-эпидемиологические и лечебные учреждения.

При возникновении среди раненых и больных инфекционных заболеваний, а также при угрозе заноса их в процессе эвакуации транспортными средствами сокращается количество и время стоянок транспорта, ограничивается выход личного состава за пределы района размещения. Инфекционные больные подлежат изоляции и доставке до ближайшего лечебного учреждения отдельно от других раненых и больных.

В случаях осложнения санитарно-эпидемической обстановки на путях эвакуации раненых и больных проводятся следующие мероприятия: снятие инфекционных больных с транспортных средств и их госпитализация; обеззараживание очага инфекционного заболевания (полная санитарная обработка, дезинфекция, дезинсекция, дератизация); установление по показаниям обсервации или карантина; экстренная профилактика инфекционных заболеваний.

Раннее и активное выявление инфекционных больных и лиц с подозрением на инфекционное заболевание достигается усиленным медицинским наблюдением путем опроса, осмотра подозрительных или предъявивших жалобы, а при необходимости проведением термометрии и лабораторного обследования лиц, подвергшихся риску заражения.

Инфекционные больные и подозрительные на инфекционное заболевание немедленно помещаются (до 1–2 суток) в изоляторы для обследования, наблюдения, уточнения (установления) диагноза и оказания медицинской помощи.

Важнейшим условием противоэпидемических мероприятий в омеде является выявление инфекционных больных в процессе медицинской сортировки среди поступающих раненых и больных и выделение из них однородных групп по эпидемической опасности и эвакуационному назначению.

С получением данных о применении противником БС до установления его вида, а также при появлении массовых инфекционных заболеваний по приказу командира соединения (воинской части) устанавливается режим обсервации.

При установлении данного режима организуются и проводятся следующие мероприятия: усиленное медицинское наблюдение за личным составом; раннее выявление больных, их изоляция и госпитализация; экстренная профилактика всех зараженных; усиление медицинского контроля за выполнением санитарно-гигиенических норм и правил; ограничение въезда, выезда и транзитного проезда через зараженную территорию; максимально возможное ограничение контакта личного состава, подвергшегося биологическому нападению, с личным составом других соединений (воинских частей) и с местным населением; установление строгого противозидемического режима работы в тех военных медицинских частях и подразделениях, куда поступают раненые и больные из соединений (воинских частей), находившихся в очаге поражения; проведение санитарной обработки личного состава, дезинфекции обмундирования, снаряжения, вооружения, техники и местности; обеззараживание воды и продовольствия.

Частичная санитарная обработка личного состава проводится непосредственно в подразделениях, подвергшихся воздействию БС, а полная санитарная обработка с помывкой личного состава, дезинфекцией обмундирования, вооружения, техники и другого имущества осуществляется сразу, как только позволит боевая обстановка. Для ее проведения используются средства службы РХБЗ, а также полевые бани, развертываемые силами вещевого службы.

На омедо возлагается организация и проведение полной санитарной обработки раненых и больных, поступающих в омедо из очагов, зараженных РВ, ОВ, высокотоксичными веществами и БС, а также проведение специальной обработки (деактивации, дегазации и дезинфекции) обмундирования, имущества, оружия и доставивших раненых и больных транспортных средств.

После установления вида примененных БС поражения или возбудителя инфекционных заболеваний, в зависимости от природы возбудителя, в целях локализации и ликвидации эпидемических очагов в соединении (воинской части) может быть установлен режим карантина или продолжены обсервационные мероприятия.

В случае применения противником неконтагиозных возбудителей или токсинов после санитарной обработки и дезинфекции режимно-ограничительные мероприятия отменяются.

При перемещении омедо осуществляются:

– постоянное медицинское наблюдение за ранеными и больными, активное выявление и изоляция инфекционных больных (подозрительных

- активное выявление и изоляцию лиц с инфекционными заболеваниями и лиц, бывших в контакте с ними, среди раненых и больных, поступающих в омедо;
- противоэпидемические мероприятия при эвакуации инфекционных больных из изолятора омедо в инфекционные отделения ВПП и другие лечебно-профилактические организации;
- проведение профилактической и очаговой текущей дезинфекции в подразделениях омедо, а по показаниям дезинсекции и дератизации;
- полную санитарную обработку эвакуируемых раненых и больных по эпидемическим и гигиеническим показаниям;
- организацию режимно-ограничительных мероприятий и участие в их проведении;
- иммунизацию и экстренную профилактику инфекционных заболеваний;
- проведение эпидемиологического обследования и заключительных противоэпидемических мероприятий в очагах;
- отбор проб продовольствия, воды и медицинского имущества для направления на лабораторное исследование в санитарно-эпидемиологическое учреждение (СЭЛ).

Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в омедо организуются и проводятся в соответствии с результатами эпидемиологического обследования и осуществляются в тесном взаимодействии с санитарно-эпидемиологическими организациями и подразделениями Вооруженных Сил и Министерства здравоохранения.

В случае возникновения очага биологического заражения необходимо исключить возможность заноса инфекционных заболеваний в войска, предупредить их распространение в результате внутripунктового заражения, а также обеспечить защиту личного состава омедо от заражения при уходе за пораженными.

Под очагом биологического заражения понимают территорию (с приземным слоем атмосферы, содержащим биологический аэрозоль в поражающих концентрациях, а также с находящимися на ней военнослужащими, населением, боевой техникой, транспортом и другим имуществом, объектами экономики и элементами природной среды), которая подверглась непосредственному воздействию БС либо на которой появились источники массовых инфекционных заболеваний. Все находившиеся в очаге поражения или соприкасавшиеся с подозрительными на заражение предметами, а также контактировавшие с подозрительными на заболевание или с больными контагиозными инфекциями считаются зараженными, поскольку они могут стать источником распространения инфекционных заболеваний среди личного состава войск за пределами очага поражения.

Автомобильное отделение предназначено для подвоза материальных средств и другого имущества в функциональные подразделения омедо.

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).

Столовая предназначена для приготовления пищи и ее приема ранеными и больными, поступившими в омедо, а также медицинским персоналом омедо.

Склады развертываются для хранения материальных средств и запасов имущества в соответствии с установленными нормами.

Вертолетная площадка оборудуется для обеспечения эвакуации раненых и больных санитарным авиационным транспортом (вертолетом).

Организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в отдельном медицинском отряде

Ответственность за организацию и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий возлагается на начальника омедо и заместителя начальника омедо по медицинской части — начальника медицинской части, а в отделениях и подразделениях — на начальников отделений (подразделений).

Основными задачами санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проводимых в омедо, являются:

- недопущение заноса и распространения инфекционных заболеваний среди раненых и больных, поступивших и находящихся на лечении в омедо;
- предупреждение распространения инфекции на территории, занимаемой омедо, и за пределы района размещения омедо с эвакуируемыми ранеными и больными, а также личным составом омедо;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий при возникновении очагов инфекционных заболеваний и мероприятий по их ликвидации.

Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в омедо включают:

- контроль за соблюдением санитарных норм и правил при организации размещения, питания, водоснабжения и банно-прачечного обслуживания раненых и больных, а также за содержанием территории, утилизацией отходов и отбросов, захоронением умерших;
- санитарно-эпидемиологическую разведку и наблюдение в районе размещения омедо;

Истребование медицинского имущества специального назначения осуществляется по донесениям о наличии и потребности, а также отдельным заявкам по фактической потребности; общего назначения — по заявкам-нарядам.

При определении потребности в медицинском имуществе учитываются: ожидаемые санитарные потери; расход за прошедший период и фактическое наличие медицинского имущества в учреждении; установленная периодичность обеспечения и необходимость накопления положенных запасов; сезонность, климатические условия, особые условия ведения боевых действий.

Потребность в медицинском имуществе и технике и порядок обеспечения омеда определяется на основании: норм снабжения медицинской техникой и имуществом Вооруженных Сил на военное время; расчетных норм медицинского имущества для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных в военное время; норм запасов медицинской техники и имущества медицинских складов в Вооруженных Силах Республики Беларусь на военное время; инструкции о порядке обеспечения медицинским имуществом Вооруженных Сил Республики Беларусь на военное время.

В соответствии с принципиальной схемой развертывания в составе омеда, помимо вышеуказанных функциональных подразделений, развертываются: узел связи, площадка для автомобильного транспорта и пунктов технического обслуживания автомобильно-санитарного взвода и автомобильного отделения взвода обеспечения, площадка для размещения подразделений взвода обеспечения (отделения охраны, автомобильного отделения, отделения технического обслуживания, столовой и складов), а также вертолетная площадка и место для размещения личного состава омеда.

Узел связи развертывается силами личного состава отделения связи для обеспечения связи начальника омеда с командиром соединения, заместителем командира соединения по тылу, начальником медицинской службы соединения, командиром ВПГ, а также с медицинской службой воинских частей, входящих в состав соединения.

Площадка для автомобильного транспорта развертывается и оборудуется для размещения автомобильного транспорта омеда и пунктов его технического обслуживания. Она должна оборудоваться средствами защиты и маскировки и обеспечивать рассредоточенное размещение на ней автомобильной техники. Площадка должна иметь не менее двух подъездов (выездов).

Отделение охраны развертывается для организации и проведения мероприятий, направленных на защиту, охрану и оборону функциональных подразделений омеда как в ходе передвижения в район развертывания, так и в районе размещения.

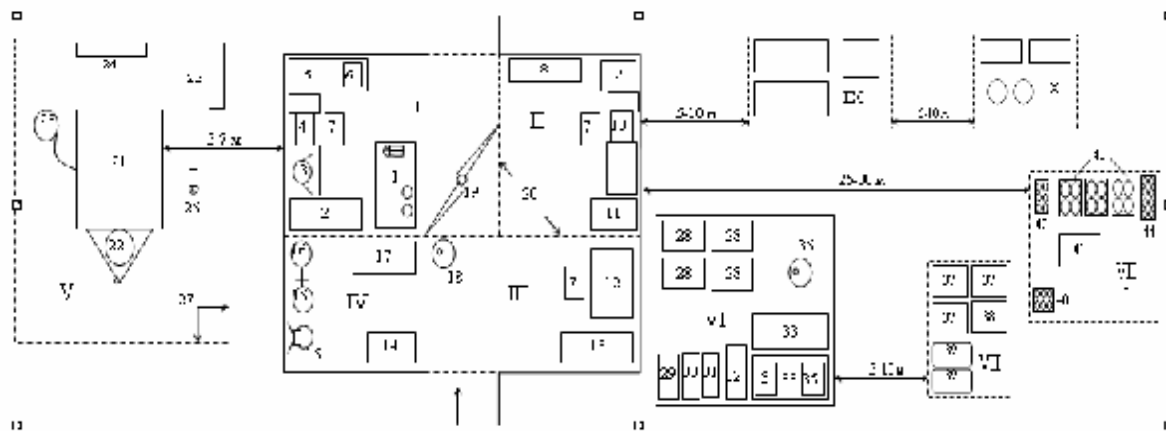


Рис. 42. Схема оборудования аптеки в палатке УСТ-56 и склада медицинского имущества в палатке лагерьной:

I — бокс для изготовления инъекционных растворов: 1 — запас дистиллированной воды в бутылках и канистре (на укладочном ящике комплекта для оснащения бокса); 2 — стол для чистой посуды; 3 — фильтр аптечный полевой; 4 — стол ассистентский из аптечных комплектов; 5 — стол для подготовки растворов к стерилизации; 6 — корзина стерилизационная; 7 — табуреты;

II — ассистентская для изготовления нестерильных лекарственных форм: 8, 9 — комплекты лекарственных средств; 10 — стол ассистентский полевой из аптечных комплектов; 11 — комплекты антибиотиков;

III — место приема рецептов, отпуска лекарственных средств и медицинского имущества: 12 — стол для приема рецептов (требований), выписки этикеток и оформления лекарственных средств; 13 — стеллаж для лекарственных средств, подготовленных к отпуску (смонтирован из трехъярусного станка для размещения раненых и больных или подручных средств);

IV — моечная: 14 — место для приема грязной посуды (укладочный ящик из комплекта аптечного хозяйственного инвентаря); 15 — умывальник с тазом на унифицированной стойке; 16 — тазы на унифицированной стойке; 17 — стол для чистой посуды; 18 — печь; 19 — кронштейн на центральной стойке для боксировки палатки; 20 — занавеси разгораживающие;

V — площадка для стерилизации и дистилляции: 21 — стерилизационно-дистилляционная установка; 22 — кипяtilьник острого нагрева; 23 — емкость для питания установки водой; 24 — место (скамья складная) для растворов и материалов, подлежащих стерилизации; 25 — место для простерилизованных растворов и материалов;

26 — канистра для сбора дистиллированной воды; 27 — ограждение;

VI — склад медицинского имущества: 28 — кровезаменители (20 ящиков); 29 — стерильные и нестерильные перевязочные средства; 30–33 — комплекты лекарственных средств специального назначения; 34–35 — комплекты шин и бинтов гипсовых; 36 — печь;

VII — площадка для хранения незамерзающего медицинского имущества: 37–38 — комплекты стерильных и нестерильных перевязочных средств; 39 — комплекты шин;

VIII — площадка (палатка) для хранения медицинских газов: 40 — запасные кислородные баллоны к ингаляторам (пустые); 41 — насос для перекачивания кислорода; 42 — заполненные кислородные баллоны к ингаляторам; 43 — баллоны с кислородом на 40 л; 44 — баллоны с закисью азота;

IX — площадка для хранения тары;

X — площадка для хранения дезинфекционных средств

правной техники, сбора и учета трофейного медицинского имущества и техники.

В аптеке оборудуется стол для приготовления простейших лекарственных средств (мази, растворы). Основные лекарственные формы, стерильные растворы, стерильные средства и белье получают из аптеки ВПГ и медицинских складов. Для оборудования аптеки используется специальный комплект (рис. 42).

Начальник аптеки планирует и организует комплекс мероприятий по снабжению подразделений омеда, а также медицинских подразделений воинских частей, входящих в состав соединения, и воинских частей, действующих в территориальной зоне ответственности отряда, медицинским имуществом и техникой. Обеспечение омеда медицинским имуществом и техникой в системе материального обеспечения заключается в организации и проведении комплекса мероприятий по своевременному и полному обеспечению подразделений омеда, а также медицинских подразделений воинских частей, действующих в районе территориальной ответственности соединения, медицинским имуществом и техникой для оказания медицинской помощи, госпитализации и лечения раненых и больных, проведения профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Обеспечение омеда медицинской техникой и имуществом осуществляется в соответствии с положениями руководства по медицинскому обеспечению.

Мероприятия медицинского снабжения включают: оценку обеспеченности, определение потребности и истребование медицинской техники и имущества; заготовку, подвоз, учет, хранение, отпуск и накопление запасов медицинского имущества и техники и их содержание в постоянной готовности к выдаче и использованию по прямому назначению; обеспечение правильной эксплуатации, техническое обслуживание и ремонт медицинского имущества и техники, находящейся в эксплуатации и запасе, ее метрологическое обеспечение и списание; организацию контрольно-ревизионной работы и проведение мероприятий по экономному и рациональному расходованию медицинского имущества; ведение учета и отчетности по медицинскому имуществу и технике.

Непосредственно за обеспечение омеда медицинским имуществом и техникой отвечает начальник аптеки. Подразделением медицинского снабжения в омеде является аптека.

Содержание комплектов медицинского имущества для оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи в омеде отражается в Инструкции по формированию комплектов медицинского имущества для воинских частей и организаций Министерства обороны Республики Беларусь на военное время. Истребование и отпуск медицинского имущества, израсходованного из комплектов (наборов), производится по предметно, кроме комплектов специального назначения.

За один рабочий день лаборант может произвести с учетом времени на взятие крови и другие вспомогательные операции 25 полных и 50 неполных (подсчет только числа лейкоцитов и моноцитов непосредственно в камере) анализов крови.

Рентгеновский кабинет

Рентгеновский кабинет разворачивается для проведения рентгеновских исследований.

Для его развертывания используется передвижная рентгеновская установка. В нем работает начальник рентгеновского кабинета (врач-рентгенолог) и рентгенлаборант.

На рентгеновский кабинет возлагаются следующие задачи: своевременная диагностика повреждений и заболеваний у пострадавших; оказание консультативной помощи врачам отделений в определении диагноза повреждения, заболевания; участие в медицинской сортировке 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 рентгеновского кабинета во время поступления раненых и больных задействуется для участия в медицинской сортировке 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 пострадавших может составить от 30 до 90 % случаев.

Стоматологический кабинет

Стоматологический кабинет предназначен для оказания терапевтической и хирургической стоматологической помощи. 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.

Подразделения обеспечения

Аптека разворачивается для обеспечения медицинских подразделений омедо и медицинских подразделений соединения медицинским имуществом и техникой, обеспечения личного состава соединения индивидуальными средствами медицинской защиты и оказания первой медицинской помощи, а также организации проведения метрологического контроля медицинской техники, восстановления на месте или отправке в ремонт неис-

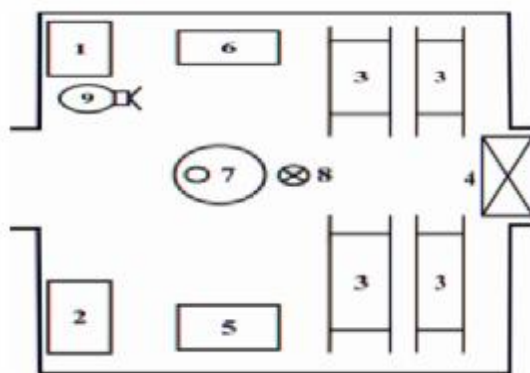


Рис. 40. Схема оборудования изолятора:

1 — хозяйственный уголок; 2 — место для хранения одежды; 3 — складные кровати или топчаны (носилки на высоких подставках); 4 — предметы ухода; 5 — дезинфицирующие вещества; 6 — стол для медикаментов; 7 — печь; 8 — мачта палатки; 9 — умывальник с тазиком

Лаборатория

Лаборатория разворачивается для проведения установленного объема общеклинических анализов. Здесь работает клинический лаборант, который с помощью лабораторного оборудования может производить следующие общеклинические анализы:

- гематологические (определение СОЭ, гемоглобина, подсчет числа лейкоцитов, эритроцитов и лейкоцитарной 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).

Для развертывания лаборатории устанавливают палатку лагерную и оснащают ее согласно схеме, представленной на рис. 41.

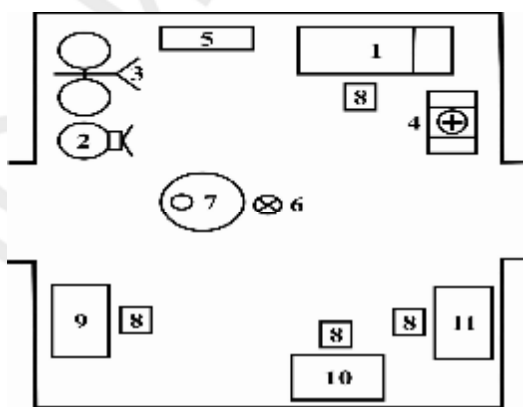


Рис. 41. Схема оборудования лаборатории:

1 — кровать складная полевая; 2 — умывальник с тазиком; 3 — тазик для мытья рук; 4 — ящик укладочный для комплектов медицинского имущества; 5 — скамья складная; 6 — мачта палатки; 7 — печь; 8 — табурет складной; 9 — стол для забора и исследования крови; 10 — стол для исследования мочи; 11 — стол для исследования экскрементов

– осмотр ран и окружающих тканей, выявление признаков наличия и динамики клинического течения анаэробной инфекции (определение вида тканей в ране, характера и количества отделяемого из нее, оценка распространенности гиперемии и выраженности отека, выявление подэпидермальных пузырей, подкожной эмфиземы и крепитации, чувствительных и двигательных нарушений, определение пульсации на периферических артериях);

– рентгенологическое обследование.

Лечебно-профилактические мероприятия включают:

– операции по поводу анаэробной инфекции: вторичную хирургическую обработку, дополненную в зоне поражения широкой фасциотомией всех фасциально-мышечных футляров; ампутацию конечности на уровне неизмененных мышц при утрате ее жизнеспособности, молниеносном течение инфекции и явной функциональной непригодности;

– комплексную интенсивную терапию: антибиотикотерапию в больших дозах; местную противовоспалительную блокаду; инфузионно-трансфузионную терапию; введение противогангренозной сыворотки; перевязки и повторные хирургические обработки (этапные некрэктомии).

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.

Изоляторы для инфекционных больных разворачиваются и оборудуются в двух лагерьных палатках согласно схеме, представленной на рис. 40, и предназначены для временной изоляции инфекционных больных.

Один изолятор предназначается для больных острыми кишечными инфекциями, другой — для больных с респираторными инфекциями.

Изоляторы разворачиваются в стороне от основных путей движения раненых и больных, а также от кухни, складов и источников воды. При каждом изоляторе должна быть уборная. Помещения изоляторов необходимо тщательно дезинфицировать и освобождать от насекомых и грызунов.

Инфекционные больные, военнослужащие с подозрением на инфекционные заболевания находятся здесь до первой возможности их эвакуации в инфекционные отделения ЛПО МЗ. После эвакуации больных в изоляторе проводится заключительная дезинфекция.

ного или частичного отказа от мероприятий, которые могут быть вынужденно отсрочены, а в отдельных случаях даже от наиболее трудоемких лечебных процедур первой группы. При сокращении объема медицинской помощи обязательно проводится комплекс врачебных мероприятий, снижающих опасность отсрочки в ее оказании, и принимаются меры к быстрой эвакуации раненых и больных.

Лечение временно нетранспортабельных раненых и больных (таблица) организуется с учетом оказания необходимых лечебных мероприятий в полном объеме. Основное внимание обращается на профилактику и лечение послеоперационных осложнений. Повторные перевязки выполняются в перевязочной.

Таблица

Средние сроки временной нетранспортабельности раненых, пораженных и больных в госпитальном отделении

Характер оперативного вмешательства или поражения	Сроки нетранспортабельности при эвакуации, сутки	
	автомобильным транспортом	санитарными вертолетами
Операции: лапаротомия торакотомия трепанации черепа ампутация	10 2–3 21 2–3	В первые сутки после оказания квалифицированной медицинской помощи может быть эвакуировано 25 % от всех групп, на вторые сутки — все остальные
Выведение из тяжелого шока при обширных ожогах	2	
Тяжелое состояние при поражении ФОВ	1–2	Сразу после оказания квалифицированной медицинской помощи может быть эвакуировано до 90 % всех групп, остальные — через сутки
Крайне тяжелая и тяжелая степень лучевой болезни	1–3	
Контузия с расстройствами дыхания, кровообращения и судорогами	1–3	

Оказание квалифицированной медицинской помощи раненым с осложнением анаэробной инфекцией. В случае невозможности эвакуации этого контингента раненых наблюдение за ними возлагается на хирурга операционно-перевязочного отделения. Перевязки и оперативные вмешательства выполняются в анаэробной палате. Перевязочный материал, загрязненный раневым отделяемым, сжигают, металлические предметы ухода периодически обжигают.

Объем медицинской помощи в анаэробной палатке. Диагностические мероприятия включают:

- опрос раненого (выявление жалоб на усиление и распирающий характер болей в ране);
- оценку общего состояния (определение степени нарушения сознания, выявление признаков неадекватности, эйфории);
- контроль пульса, АД, ЧДД, температуры тела, диуреза;

Неотложная квалифицированная терапевтическая помощь включает следующие мероприятия: купирование угрожающих жизни состояний и поражений (шок и комы различного происхождения); полную санитарную обработку пораженных ОВ и лиц, имеющих загрязнение кожи радионуклидами выше предельно допустимых уровней; введение антидотов, противоботулинической сыворотки и столбнячного анатоксина; комплексную терапию острой сердечно-сосудистой недостаточности, нарушений внутрисердечной проводимости и сердечного ритма, гипертонического криза и др.; комплексную терапию острой дыхательной недостаточности (остановки дыхания, асфиксии, бронхоспазма, ларингоспазма) и бронхопневмонии с применением дыхательных analeптиков и проведением ИВЛ, с использованием кислородной аппаратуры при тяжелых нарушениях дыхания; 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 и седативных препаратов при острых реактивных состояниях; форсированный диурез; оксигенотерапию; управляемое дыхание; промывание желудка; применение специфических сывороток при поражениях токсинами; проведение неспецифической профилактики особо опасных инфекций у пораженных (больных), поступивших из очага биологического заражения; назначение противозудных средств при распространенных ипритных дерматозах и использование специфических средств при поражении глаз ипритом; комплексные лечебные мероприятия при попадании внутрь организма РВ; купирование симптомов, препятствующих дальнейшей транспортировке раненых и больных на последующие этапы эвакуации (неукротимая рвота, тяжелые аллергические реакции, резкий болевой синдром, острое реактивное состояние и др.); проведение мероприятий интенсивной терапии раненым и больным после оперативного лечения.

Отсроченная квалифицированная терапевтическая помощь включает: симптоматическую терапию, которая не оказывает существенного влияния на течение и исход ранения, поражения или заболевания и может быть проведена в более поздние сроки (введение антибиотиков с профилактической целью, гемотрансфузия с заместительной целью, физиотерапевтические процедуры, лечебная гимнастика, диетическое питание, витаминотерапия, введение лекарственных средств аэрозольным и интратрахеальным методами).

В омедо квалифицированная терапевтическая медицинская помощь должна оказываться, как правило, в полном объеме с выполнением мероприятий обеих групп. Сокращение ее объема осуществляется за счет пол-

а *б*
Рис. 39. Схема палаты интенсивной терапии (*а*) и анаэробной (*б*):

1 — кровать складная полевая; 2 — стол для документации; 3 — тазики для мытья рук; 4 — умывальник с тазиком; 5 — аппарат ИВЛ; 6 — стол для стерильных растворов и кровезамещающих жидкостей; 7 — стол для стерильных материалов; 8 — стол для медикаментов; 9 — столик инструментальный; 10 — стол хозяйственный; 11 — ящик для предметов ухода за ранеными; 12 — ящик хозяйственный; 13 — флаконодержатель; 14 — печь; 15 — мачта палатки; 16 — стол для стерильных инструментов; 17 — стол

перевязочный полевой

При разворачивании анаэробной в ней по общим правилам оборудуют перевязочную на один стол и стационар, разделив палатку на две части простынями.

Благодаря отдельному расположению госпитальных палаток обеспечиваются лучшие условия асептики, однако из-за ограниченного количества медицинского персонала невозможно выставить сестринские посты во всех палатках. Общее количество среднего медицинского персонала позволяет организовать три поста в три смены. Пост размещается в палатке с тяжелоранеными (палате интенсивной терапии) с таким расчетом, чтобы одновременно обслуживалась состыкованная с ней палата для больных или раненых средней тяжести. В этом случае дежурная сестра сможет контролировать обстановку в обеих палатах.

Мероприятия квалифицированной терапевтической помощи, проводимые в отделении госпитализации, разделяют на две группы по срокам ее оказания: неотложные и отсроченные мероприятия. Совокупность мероприятий каждой группы определяет соответствующий объем квалифицированной терапевтической медицинской помощи: неотложная терапевтическая помощь и отсроченная терапевтическая помощь.

К состояниям, требующим проведения неотложных мероприятий квалифицированной терапевтической помощи, относятся: кома, острая сердечно-сосудистая недостаточность, нарушения внутрисердечной проводимости и сердечного ритма, гипертонический криз, острая дыхательная недостаточность, развившаяся на фоне асфиксии, бронхоспазма, ларингоспазма, бронхопневмония и др., судорожный синдром, колики различного происхождения, неоднократная рвота с резким обезвоживанием, болевой синдром, острое реактивное состояние, сопровождающееся психомоторным возбуждением, кожный зуд и другие состояния, сопровождающиеся угрозой развития осложнений.

раскладушки, а носилки для них должны быть с подголовниками. У кроватей (носилок), предназначенных для раненых в нижние конечности, нужно приподнять ножные концы. Ввиду того, что у госпитализируемых раненых и больных процесс терморегуляции обычно нарушается, в палате необходимо поддерживать температуру 20–22°.

Места для соматических больных и пораженных терапевтического профиля оборудуют так же, как и для нетранспортабельных раненых, но у всех кроватей (носилок) должны быть приподняты головные концы.

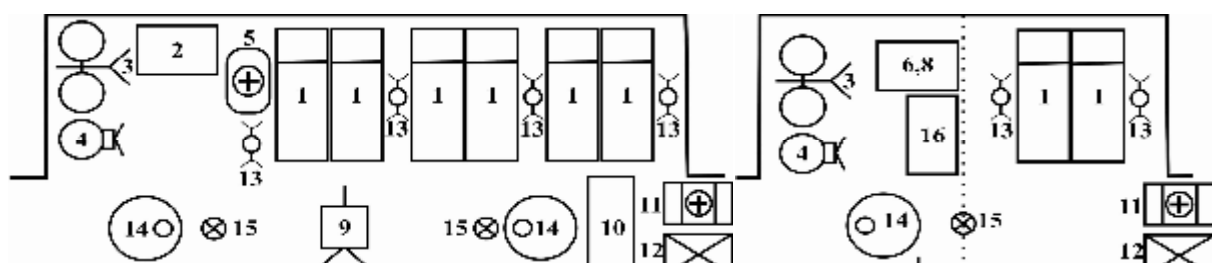
Легкораненые и легкобольные со сроками лечения до 7 суток составляют особую категорию раненых, т. к. после оказания им медицинской помощи и их лечения они возвращаются в строй и являются основным источником восполнения людских ресурсов в ходе боевых действий.

В омеда оставляют для лечения только легкораненых со сроками лечения до 7 суток. К этой группе относятся раненые, имеющие поверхностные осколочные ранения и другие мелкие раны, не подлежащие хирургической обработке, ушибы мягких тканей без выраженных подкожных гематом, повреждения связочного аппарата, не препятствующие активным движениям; поверхностные ожоги туловища и конечностей (до 5 % площади тела) и отморожения 1-й степени функционально неактивных областей, легкие повреждения органа зрения (поверхностные непроникающие ранения глаз).

Команду выздоравливающих размещают в сохранившихся постройках, землянках или шалашах, а в случае их отсутствия в лагерных палатках. Предназначенные для нее помещения оборудуют двухъярусными нарами. На них настилают солому (сено), сверху покрывают брезентом или плащ-палатками. Раненые и больные из команды выздоравливающих находятся под постоянным наблюдением медицинского персонала отделения госпитализации и одного из хирургов хирургического отделения. Врачи регламентируют их распорядок дня (в частности, трудовой процесс), делают необходимые лечебные назначения, ведут документацию (краткие истории болезни).

Ограниченность рабочего пространства в госпитальных палатках требует замены стандартных стоек-штативов для трансфузии жидкостей специально натянутой проволокой, на которую подвешиваются флаконы с кровезамещающими жидкостями. Это значительно уменьшает опасность случайного разрушения системы.

В случае затруднения эвакуации раненых из омеда и наличии раненых с анаэробной инфекцией одна из палаток (УСБ–56 или лагерная) может использоваться как анаэробная (рис. 39).



и симптоматической терапии) и изоляторы для инфекционных больных и больных с нервно-психическими и психоэмоциональными расстройствами.

В госпитальном отделении омедо осуществляется: оказание медицинской помощи раненым и больным в установленном объеме и с установленными сроками лечения; проведение мероприятий анестезиологической помощи и интенсивной терапии; временная госпитализация и лечение нетранспортабельных раненых и больных; подготовка раненых и больных к дальнейшей эвакуации после выведения их из нетранспортабельного состояния; уход за ранеными и больными, находящимися на лечении в госпитальном отделении.

Госпитальные палатки устанавливаются таким образом, чтобы обеспечивалось беспрепятственное поступление раненых и больных из сортировочных, операционной и противошоковой. Необходимо предусмотреть свободный подъезд к госпитальным палаткам автомобильного транспорта с целью погрузки раненых, эвакуируемых на следующий этап. В госпитальных палатках устанавливаются кровати-раскладушки или носилки на высоких подставках (топчаны) так, чтобы между каждой их парой оставался проход (рис. 38).

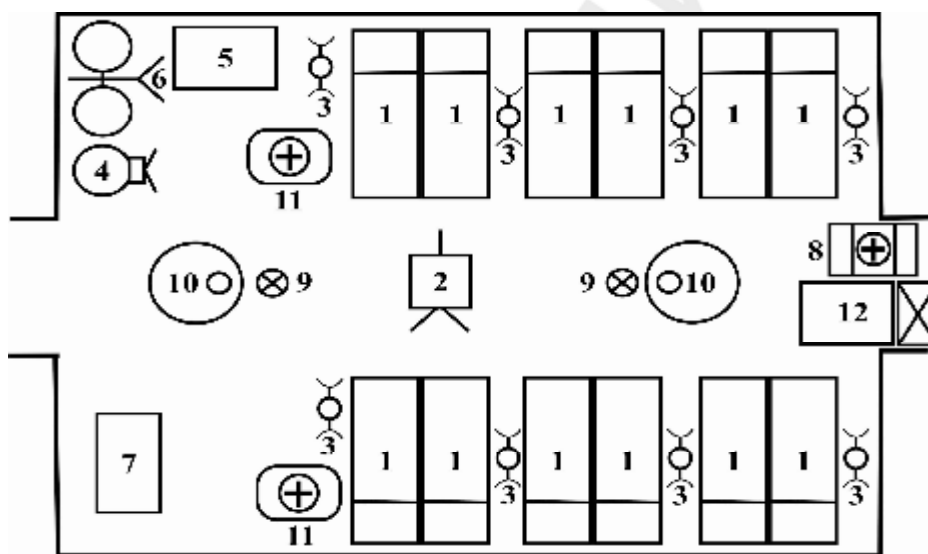


Рис. 38. Схема оборудования госпитальной палатки:

1 — кровать складная полевая; 2 — столик инструментальный; 3 — флаконодержатель; 4 — умывальник с тазиком; 5 — стол для документации; 6 — тазики для мытья рук хирургов; 7 — стол для медикаментов; 8 — ящик укладочный для медицинского имущества; 9 — мачта палатки; 10 — печь; 11 — аппарат ИВЛ; 12 — стол хозяйственный с ящиком

Каждое место для раненого (пораженного, больного) должно быть с постельными принадлежностями. Места для тяжелораненых в госпитальной палате дифференцируют. Раненым в грудную полость необходимо придать полусидячее положение, поэтому используются кровати-

Продолжительность пребывания раненого в противошоковой палате не должна превышать 1,5–2 часа. В отношении тех раненых, которые, несмотря на все предпринятые противошоковые мероприятия, в течение этого времени не вышли из состояния шока, ведущий хирург совместно с начальником отделения анестезиологии и интенсивной терапии должны принять решение об оперативном вмешательстве при наличии шока или констатировать состояние неоперабельности. Время пребывания обожженных в противошоковой палате может колебаться от нескольких часов до двух суток. Таким образом, при средней продолжительности лечения одного пострадавшего 2–6 часов личным составом отделения анестезиологии и интенсивной терапии за сутки могут быть проведены противошоковые мероприятия и мероприятия интенсивной терапии 20–25 человекам.

Отделение госпитализации

Отделение госпитализации разворачивается для следующего: госпитализации, проведения мероприятий первой врачебной и квалифицированной терапевтической медицинской помощи и дальнейшего 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.

Для участия в работе госпитального отделения может привлекаться весь медицинский персонал омеда, не задействованный по своему прямому назначению.

Отделение госпитализации по штату рассчитано на 50 коек. Однако количество мест, разворачиваемых в нем, определяется условиями обстановки, в частности прогнозируемым числом и структурой санитарных потерь, которые могут поступить в омеда при его работе на данном месте, и установленным объемом медицинской помощи. В среднем, целесообразно считать, что из общего числа раненых и больных, которые поступят в омеда, до 15–20 % будут нуждаться во временной госпитализации по нетранспортабельности. Среди пораженных высокотоксичными ОВ в госпитализации будут нуждаться 60–70 % от числа поступивших в омеда.

Госпитальное отделение омеда является функциональным подразделением и разворачивается силами и средствами отделения госпитализации, хирургического отделения и отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

В составе госпитального отделения разворачиваются следующие функциональные элементы: госпитальные палаты (палата для выздоравливающих, палата для хирургических больных, палата интенсивной терапии, палата для нуждающихся в квалифицированной терапевтической помощи

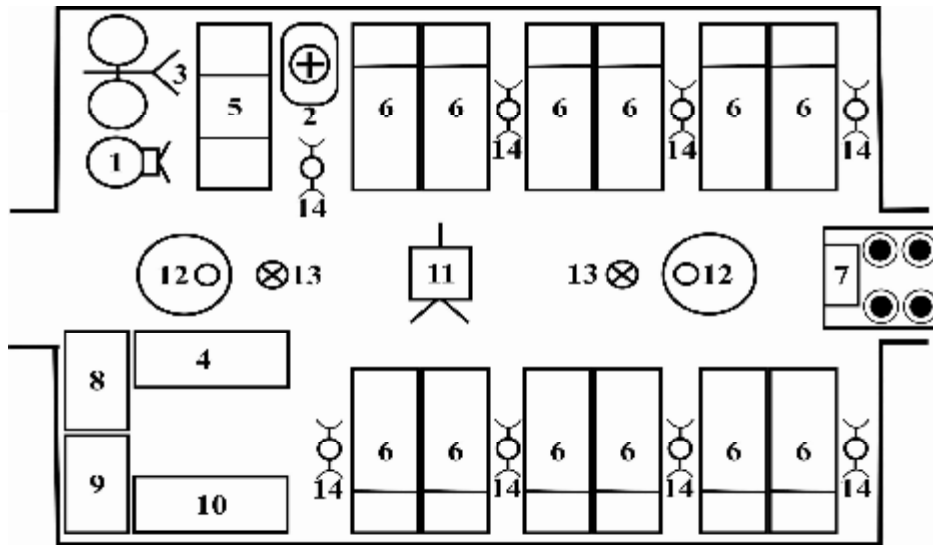


Рис. 37. Схема оборудования протившоковой (реанимационной):

1 — умывальник с тазиком; 2 — наркозный аппарат; 3 — столик анестезиолога; 4 — стол для документации; 5 — стол перевязочный полевой; 6 — кровать складная полевая; 7 — кислородная станция; 8 — стол для стерильных растворов и кровезамещающих жидкостей; 9 — стол для стерильных материалов; 10 — стол для медикаментов; 11 — столик инструментальный; 12 — печь; 13 — матча палатки; 14 — флаконодержатель

Протившоковая оборудуется складными кроватями-раскладушками и носилками на подставках, а также топчанами, которые покрывают матрацами и постельными принадлежностями. Помимо этого, она имеет флаконодержатели и стол для дачи наркоза. Здесь даже в летнее время должна быть установлена печь, поскольку одним из важных мероприятий в системе оказания помощи раненым, находящимся в состоянии шока, является их согревание.

В протившоковой работает личный состав отделения анестезиологии и интенсивной терапии. Кроме этого, к работе в качестве санитаров (1–2 человека) могут быть привлечены раненые из команды выздоравливающих.

В большинстве случаев травматический шок является противопоказанием к оперативному вмешательству, т. к. оно допускается только при наличии нарастающего внутреннего кровотечения. Для выведения раненых из состояния шока проводят мероприятия, составляющие комплексную терапию шока (переливание крови и кровезамещающих жидкостей, введение снотворных и наркотических средств, сердечных и дыхательных analeптиков и т. п.), направленную на борьбу с угнетением центральной нервной системы и болью, улучшение деятельности сердечно-сосудистой системы, восполнение кровопотери и повышение артериального давления, а в отношении обожженных — на борьбу с токсемией и обезвоживанием.

В протившоковой ведется журнал учета переливания крови и кровезамещающих жидкостей.

- борьба с шоком (2–3-й степени): введение полиглюкина 400–800 мл, новокаиновые блокады, транспортная иммобилизация, введение 1 мл в/м 2%-ного промедола;
- катетеризация или капиллярная пункция мочевого пузыря при острой задержке мочи;
- отсечение конечности, висящей на кожно-фасциальном лоскуте;
- дегазация раны с заменой повязки и паравульнарным введением антибиотиков при заражении ран ОВ;
- проведение мероприятий при внутренних кровотечениях: пункция периферической вены, установка полиэтиленового контейнера для внутривенного введения растворов в процессе эвакуации.

2. Отсроченные мероприятия:

- транспортная иммобилизация переломов бедра при отсутствии шока;
- новокаиновые блокады при отсутствии шока;
- туалет ран, загрязненных землей, и введение антибиотиков в окружность раны;
- смена повязки, туалет, введение антибиотиков в окружность ран, зараженных РВ.

Противошоковая

Противошоковая (реанимационная) предназначается для проведения комплекса противошоковых (реанимационных) мероприятий, который включает: новокаиновые блокады, переливание крови и кровезамещающих жидкостей, введение противошоковых растворов, снотворных и наркотических средств, сердечных и дыхательных analeптиков, витаминных препаратов и др. (рис. 37).

Противошоковая (реанимационная) развертывается силами личного состава отделения анестезиологии и интенсивной терапии. 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.

Из медицинского имущества в противошоковую выделяются комплекты Ш–1 и АН, аппараты ингаляционного наркоза, ИВЛ, кислородная ингаляционная станция, кислородные ингаляторы, лекарственные средства и другое оснащение для проведения противошоковых (реанимационных) мероприятий.

соединительного кабеля к наружному электрощиту. В зимний период необходимо подготовить к работе отопитель.

Оказание медицинской помощи в автоперевязочной проводится по пропускной системе: предперевязочная – перевязочная – эвакуационная.

Носилочных раненых в предперевязочной размещают на станках СП–6 и подставках для носилок, легкораненых — на складных скамьях. У раненых принимают оружие и проводят их сортировку для определения очередности направления в автоперевязочную.

Очередность направления раненых из предперевязочной в перевязочную должна соответствовать последовательности их поступления в автоперевязочную. Врач, исходя из тяжести состояния раненых, в необходимых случаях может изменить очередность.

Носилки с очередным раненым устанавливают на подставку, проводят его подготовку к оказанию медицинской помощи (снимают одежду, верхний слой повязки, проводят при необходимости санитарную обработку и т. д.), после чего помещают на перевязочный стол и приступают к оказанию необходимой помощи согласно установленному объему.

Объем медицинской помощи в автоперевязочной. *Диагностические мероприятия* включают снятие повязки и оценку состояния раны во время оказания неотложной медицинской помощи.

Лечебно-профилактические мероприятия включают следующее:

1. Неотложные мероприятия:

– устранение всех видов асфиксии: обтурационной (закрытие верхнего отдела дыхательной трубки кровяным сгустком, инородным телом) — очищение полости рта от крови и инородных тел тампоном, вакуумным отсосом; аспирационной (аспирация крови, рвотных масс и т. д.) — очищение полости рта от крови, грязи и рвотных масс тампоном, вакуумным отсосом; дислокационной (смещение языка, отломков челюсти, гортани) — устранение западения языка S-образной трубкой или воздуховодом; клапанной (закрытие входа в гортань лоскутом мягких тканей) — введение S-образной трубки или воздуховода; стенотической (сдавление трахеи — отек гортани у обожженных, гематома, эмфизема) — крикоконикотомия; наложение трахеостомы при неэффективности перечисленных способов;

– устранение напряженного пневмоторакса — введение иглы Дюфо с лепестковым клапаном или дренажа диаметром 5–6 мм с лепестковым клапаном во 2-м межреберье;

– устранение открытого пневмоторакса — наложение окклюзионной повязки по Банайтису;

– временная остановка наружного кровотечения: наложение давящей повязки, кровоостанавливающего зажима, тугая тампонада раны, перевязка кровоточащего сосуда в ране при его отчетливой визуализации, наложение жгута, контроль правильности наложения жгута;

При необходимости автоперевязочная может работать в отрыве от омеда и использоваться как отдельный этап медицинской эвакуации.

Как отдельный этап медицинской эвакуации автоперевязочная может использоваться: для оказания первой врачебной помощи по неотложным показаниям при выдвигении в район массовых санитарных потерь; для медицинского обеспечения батальонов, действующих на отдельном направлении в отрыве от главных сил бригады; для оказания медицинской помощи на марше; в качестве медицинского пункта переправы при форсировании водной преграды; для оказания медицинской помощи в выжидательном районе, районе сосредоточения и местах расположения бригады на отдых.

Автоперевязочная может перемещаться в заданный район отдельно от омеда — «перекатом» (поэшелонно). В этом случае она доукомплектовывается личным составом и дополнительными комплектами перевязочных материалов, лекарственных средств и другим медицинским имуществом, а также вещевым имуществом в соответствии с ожидаемым характером поражений и погодными условиями. Целью выдвигения автоперевязочной является обеспечение приема, медицинской сортировки и своевременного оказания неотложной медицинской помощи раненым и больным до прихода основных сил омеда.

Для развертывания автоперевязочной выбирается горизонтальная площадка размером 10 × 15 м, сухая, не затапливаемая дождевой и талой водой. Площадка должна отвечать требованиям маскировки, санитарным требованиям и иметь удобные подъездные пути. Она очищается от кустарника, высокой травы, выравнивается. При установке автоперевязочной на сырой почве (во время дождя или оттепели) на местах размещения палаток нужно постелить ветви, солому, чтобы предохранить наметы и полотнища пола от загрязнения и примерзания.

Автоперевязочная, как правило, эксплуатируется с развернутыми палатками: предперевязочной и эвакуационной. Палатки могут не развертываться при единичном поступлении раненых, наличии местного жилого фонда, при развертывании автоперевязочной в ограниченные сроки (для оказания медицинской помощи на марше и т. п.), а также в условиях теплой погоды. В последнем случае вместо палаток может использоваться большой солнцезащитный тент. Вдоль боковых стенок палаток устанавливаются станки трехъярусные для размещения раненых (СП-6). Против одностворчатых дверей кузова-фургона (у входных трапов) размещают подставки под носилки. Инструментальный столик, стол регистратора с табуретом располагают у входных трапов. В тамбуре предперевязочной устанавливаются стойки с умывальником и тазом, а у входа — пирамида с обменным фондом носилок, а также бензоэлектрический агрегат на расстоянии 15–20 м от автоперевязочной, который подключается при помощи

ревязки ран нижних конечностей. В перевязочной используется комплект В-1, а также перевязочные средства из комплектов Б-1, Б-3, шины из комплекта Б-2, различные лекарственные средства (рис. 35).

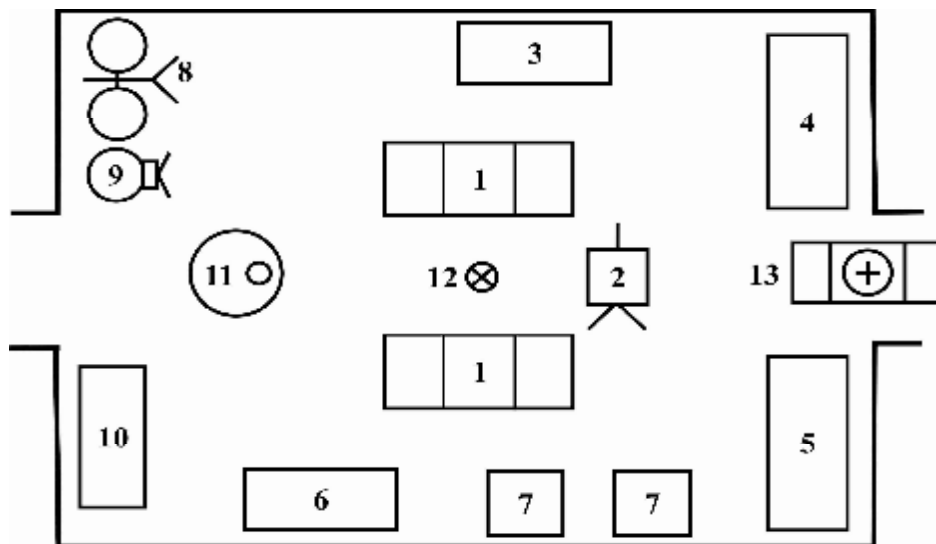


Рис. 35. Схема оборудования перевязочной для легкораненых:

1 — стол перевязочный полевой; 2 — столик инструментальный; 3 — стол для медикаментов; 4 — стол для стерильных инструментов; 5 — стол для перевязочных материалов; 6 — стол регистратора; 7 — табуреты складные для обработки сидячих раненых; 8 — тазики для мытья рук хирургов; 9 — умывальник с тазиком; 10 — скамья складная и вешалка для одежды; 11 — печь; 12 — мачта палатки; 13 — ящик укладочный для шин

Одним из вариантов развертывания перевязочной для легкораненых является *автоперевязочная*. Она создана на базе армейских автомобилей высокой проходимости, специального унифицированного кузова-фургона для подвижных медицинских установок и предназначена для оказания раненым и больным первой врачебной помощи в полевых условиях (рис. 36).



Рис. 36. Схема оборудования перевязочной в автоперевязочной:

1 — подставки под носилки; 2 — трехъярусные станки для носилок; 3 — стол для инструментов, регистрационных документов; 4 — табурет складной; 5 — умывальник; 6 — стол для стерильных материалов; 7 — стол для стерильных инструментов; 8 — сиденье откидное; 9 — ящик для шин; 10 — стол с выдвижными ящиками для лекарственных средств; 11 — баллон для кислорода; 12 — стол перевязочный; 13 — стол складной хозяйственный; 14 — термоконтейнер

в том, чтобы сохранить свободный подход к столам с носилками. Комплекты шин, перевязочный материал и гипс хранят во втором тамбуре палатки, который закрывают наглухо. Перевязочные материалы, необходимые для текущей работы, хранят в мешках (наволочках), подвешенных к стенам палатки. Для крепления части флаконодержателей натягивают над перевязочными столами проволоку (взамен стоек универсальных, затрудняющих проходы между столами).

Перевязочная для тяжелораненых и раненых средней тяжести оборудуется на 3–4 перевязочных столах, которые могут быть расставлены различными вариантами (параллельно, веерообразно и т. д.). В ней также устанавливаются столы для стерильных инструментов, перевязочных материалов, лекарственных средств, а также для регистратора (рис. 34). Для обеспечения работы 2–3 хирургических бригад (включая стоматолога) в перевязочной используются комплекты Г–7, Б–1, Б–2, Б–3, В–1, аппараты ИВЛ, кислородной терапии, ингаляционного наркоза, кислород, а также различные лекарственные средства, кровь и кровезаменяющие жидкости.

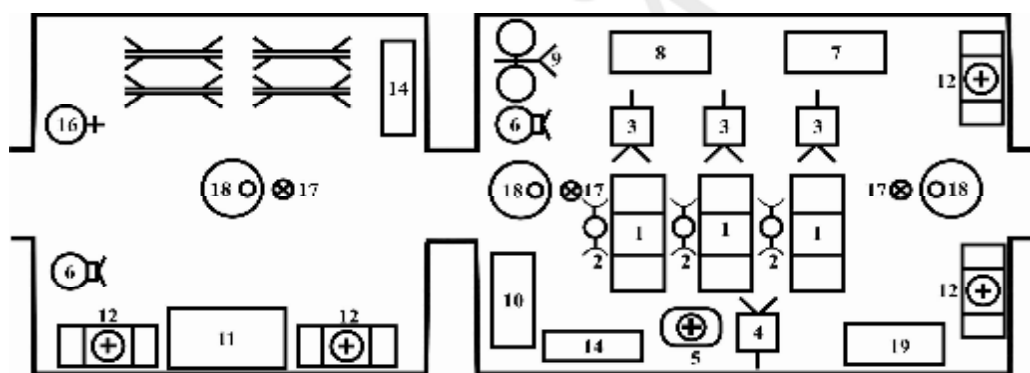


Рис. 34. Схема оборудования перевязочной и предперевязочной для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести:

1 — стол перевязочный полевой; 2 — флаконодержатели; 3 — столик инструментальный; 4 — столик для анестезии; 5 — наркозный аппарат; 6 — умывальник с тазиком; 7 — стол для перевязочных материалов; 8 — стол для медикаментов; 9 — тазики для мытья рук хирургов; 10 — стол для регистрации; 11 — стол для предметов ухода; 12 — ящик укладочный для комплектов медицинского имущества; 13 — подставка под носилки высокая; 14 — скамья складная; 15 — вешалка; 16 — бачок с питьевой водой; 17 — мачта палатки; 18 — печь; 19 — стол для гипсования

Перевязочная для легкораненых разворачивается силами хирургического отделения в непосредственной близости от сортировочной для легкораненых и больных приемно-эвакуационного отделения. Перевязочная для легкораненых в основном оборудуется на 2 столах и оснащается тем же имуществом, что и перевязочная для тяжелораненых и раненых средней тяжести. Помимо основного оборудования у каждого перевязочного стола должны быть специальные столики или приспособления для хирургической обработки ран верхних конечностей, а также приспособления для пе-

Обычно одно звено переносит пострадавших внутри палаток трилистника, другое — за его пределы.

Предоперационная оснащается подставками для размещения носилок с пострадавшими, ящиками для хранения чистого белья и одежды пострадавших, столом с предметами для подготовки к операции и предметами ухода. В предоперационной проводится стерилизация хирургического инструментария кипячением и обработка рук хирургов.

Перевязочная с предперевязочной

Перевязочная с предперевязочной предназначаются для установления окончательного диагноза, первичной хирургической обработки ран и ожоговых поверхностей, ампутаций, остановки кровотечения при повреждениях кровеносных сосудов, переливания крови и кровезаменителей. Здесь также оказывается первая врачебная помощь раненым, состояние которых не требует проведения в омеде мероприятий квалифицированной хирургической медицинской помощи. В перевязочных проводят новокаиновые блокады, исправляют и накладывают окклюзионные повязки при открытом пневмотораксе, исправляют дефекты иммобилизации, производят смену повязок, имеющих значительное радиоактивное заражение, а также подготовку пострадавших к дальнейшей эвакуации и т. д.

Палатки для предперевязочной и перевязочной устанавливаются в одну линию таким образом, чтобы они были состыкованы тамбурами. При этом необходимо, чтобы свободный тамбур предперевязочной (УСТ-56) был направлен в сторону сортировочной площадки. Свободный тамбур перевязочной должен выходить в сторону эвакуационной и отделения госпитализации. При установке палаток необходимо предусмотреть свободный подъезд к перевязочной санитарного транспорта.

Для сохранения асептических условий работы стены перевязочной завешивают чистыми простынями (особенно в местах, где к стенкам палатки вплотную установлены столы с медикаментами или перевязочные столы). При оборудовании перевязочной и операционной необходимо установить полы, для чего могут быть использованы брезент, прочные полимерные материалы, деревянные щиты.

В перевязочных работают 1–2 одноврачебные бригады (каждая имеет в составе врача и медицинскую сестру), санитары-носильщики из команды выздоравливающих. Может привлекаться врач-стоматолог с медицинской сестрой стоматологического кабинета.

В зависимости от количества сформированных для работы в перевязочных врачебных бригад, перевязочные развертываются на 2–4 стола (по 2 на каждую бригаду), которые могут быть расставлены в палатке по середине, вдоль стен, веерообразно. Основной принцип внутреннего устройства перевязочной при любом варианте расстановки имущества заключается

другом к операции готовят следующего раненого, и один из хирургов, окончив наиболее ответственную часть операции на одном столе, переходит к подготовленному к операции раненому на другом. Одна из хирургических медицинских сестер в бригаде работает у стола для хирургических инструментов, а другая готовит раненых к операции. В предоперационной раненых переодевают в чистое белье, бреют волосистые участки тела, после чего переносят в операционную. Все члены бригады, непосредственно участвующие в операции, надевают стерильные халаты, марлевые маски и резиновые перчатки.

В операционной ведется операционный журнал, в котором регистратор под диктовку хирурга подробно описывает сделанную операцию. Описание операции также вносится в историю болезни, заполняемую на каждого раненого, направляемого в госпитальное отделение.

Возможности омеда по проведению оперативных вмешательств при поступлении раненых и пораженных составляют до 100 операций за сутки работы. В операционной омеда производятся, как правило, полостные операции по показаниям (трепанация черепа, торакотомия и ушивание открытого пневмоторакса, лапаротомия), а в некоторых случаях также перевязка крупных сосудов, сложные ампутации и т. п.

Благодаря медицинскому оснащению и оборудованию операционной обеспечивается выполнение сложных оперативных вмешательств и максимальная экономия времени хирургов. С этой целью операционные оборудуются операционными столами, стерильными перевязочными материалами, хирургическими инструментами, лекарственными средствами, аппаратурой для наркоза, столом регистратора для записей в операционном журнале и др. Из медицинского имущества имеются комплекты Б-1, Б-2, Б-3, Б-4, Г-8, Г-10, АН, аппараты ИВЛ, ингаляционного наркоза, кислород, лекарственные средства по номенклатуре, кровь и т. п.

Предоперационная предназначена для временного размещения пострадавших и подготовки их к оперативным вмешательствам. Носилочные раненые доставляются в предоперационную из приемно-сортировочной и размещаются на подставках без перекладывания на другие носилки. С пострадавших снимается одежда, белье, верхние слои повязок. Проводится подготовка операционного поля: стрижка волос, бритье волосистых участков тела, туалет, при необходимости катетеризация мочевого пузыря.

В предоперационной пострадавшие осматриваются анестезиологом, определяется вид обезболивания, объем премедикации. Медицинская сестра вводит назначенные медикаменты, начинает проведение инфузионной терапии в плане предоперационной подготовки.

Перемещение пострадавших из предоперационной в операционную и из операционной в реанимационную осуществляется звеньями санитаров-носильщиков, в качестве которых работают водители-санитары.

при безмачтовом ее развертывании — 6 столов), и X-образно (по П. А. Куприянову). Схема развертывания, оборудования и оснащения операционной и предоперационной показана на рис. 33.

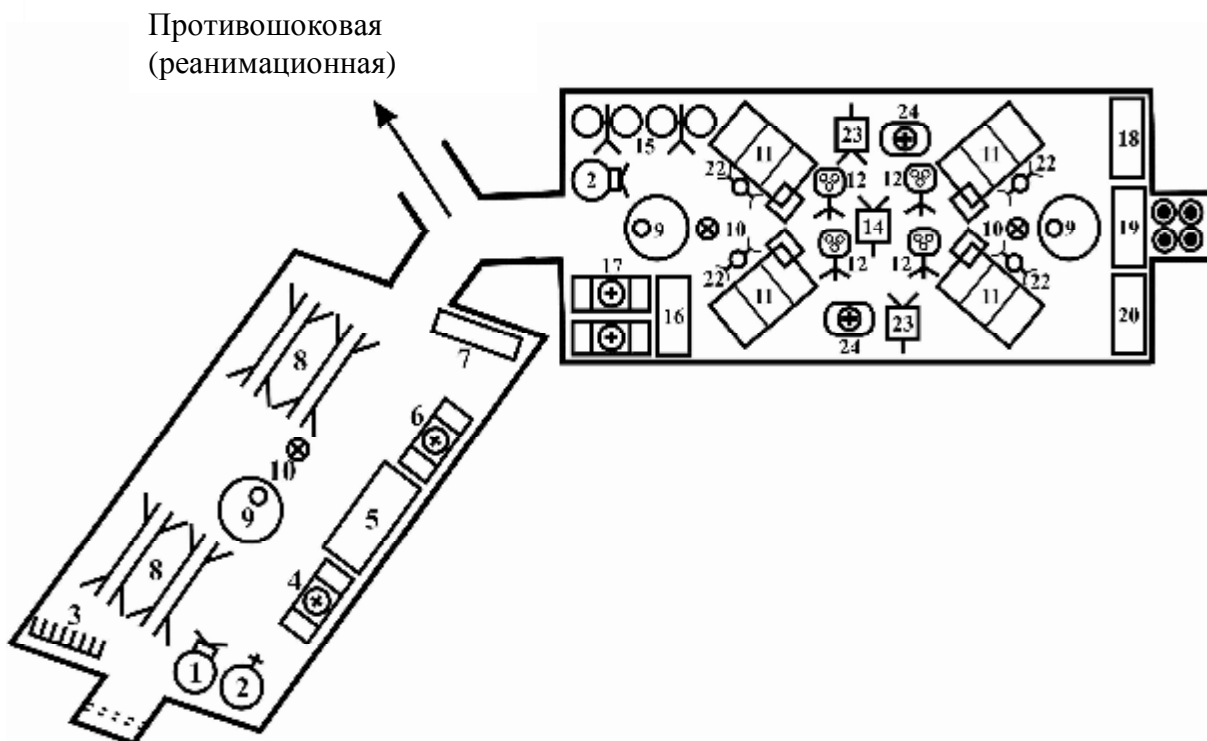


Рис. 33. Схема оборудования операционной с предоперационной:

1 — бачок с питьевой водой; 2 — умывальник с тазиком; 3 — вешалка; 4 — ящик укладочный для вещей раненых; 5 — стол для бритвенных принадлежностей и предметов ухода; 6 — ящик укладочный для обменного фонда белья; 7 — скамья складная; 8 — подставки под носилки высокие; 9 — печь; 10 — мачта палатки; 11 — стол операционный полевой; 12 — светильник бестеневого походный; 13 — столик инструментальный; 14 — стол для стерильных инструментов; 15 — тазики для мытья рук хирургов; 16 — стол регистратора; 17 — ящик укладочный для комплектов медицинского имущества; 18 — стол для стерильных инструментов; 20 — стол для перевязочных материалов; 21 — баллоны с кислородом; 22 — флякодержатель; 23 — столик анестезиолога; 24 — наркозный аппарат

Для оказания хирургической помощи раненым и пострадавшим личный состав хирургического отделения распределяется на хирургические бригады. В состав каждой из них входят 1–2 врача и средний медицинский персонал. Хирургические бригады, работающие в перевязочной, обычно состоят из одного врача-хирурга, операционной и медицинской сестер. Бригады, работающие в операционной, имеют двух врачей, медицинскую и операционную сестер. Помимо хирургических бригад в операционной работают врачи-анестезиологи, медицинские сестры-анестезистки, старшая операционная сестра, санитары.

Каждая хирургическая бригада работает на двух операционных столах, периодически разделяясь на две группы, что увеличивает пропускную способность операционной. Пока оперируют раненого на одном столе, на

путаций и экзартикуляций, внутривидовой и эвакуационно-транспортной сортировки.

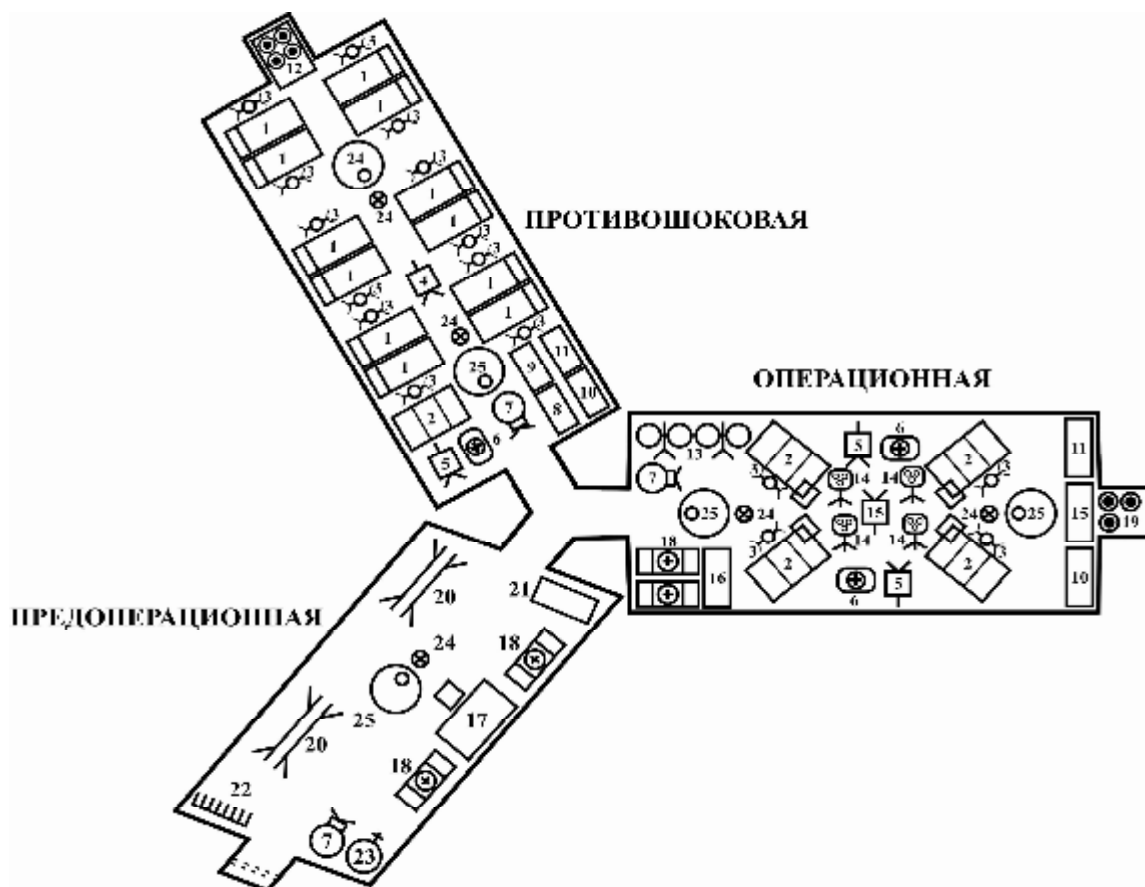


Рис. 32. Схема оборудования предоперационной, операционной и протившоковой:

1 — кровать складная полевая; 2 — стол перевязочный полевой; 3 — флаконодержатели; 4 — столик инструментальный; 5 — столик для анестезии; 6 — наркозный аппарат; 7 — умывальник с тазиком; 8 — стол для документации; 9 — стол для стерильных растворов и кровезаменителей; 10 — стол для перевязочных материалов; 11 — стол для медикаментов; 12 — кислородная ингаляционная станция; 13 — тазики для мытья рук хирургов; 14 — светильник безтеневого; 15 — стол для стерильных инструментов; 16 — стол регистратора; 17 — стол для предметов ухода; 18 — ящик укладочный для комплектов медицинского имущества; 19 — баллоны кислородные; 20 — подставка под носилки высокая; 21 — скамья складная; 22 — вешалка; 23 — бачок с питьевой водой; 24 — мачта палатки; 25 — печь

В операционной в зависимости от количества работающих бригад разворачивается 2–4 стола (по 2 на каждую бригаду). Четыре операционных стола необходимо обязательно разворачивать в операционной омеде при прогнозировании значительного поступления раненых, а также при усилении омеды хирургическими бригадами из лечебных организаций или отрядов специализированной медицинской помощи. Четыре стола могут быть развернуты по одному из следующих вариантов: веерообразно (по С. И. Банайтису), что обеспечивает размещение в палатке УСБ–56 4 столов (а

Отсрочка в оказании хирургической помощи осуществляется после всесторонней оценки характера ранения, общего состояния раненого, вероятности наступления тяжелых осложнений. В случаях крайне неблагоприятной обстановки, при чрезвычайных обстоятельствах и невозможности задержки раненых в омедо возможно выполнение только неотложных мероприятий квалифицированной хирургической медицинской помощи.

При частой смене дислокации омедо, необходимости движения за наступающими войсками и установлении вида медицинской помощи «первая врачебная» возможно уменьшение количества функциональных помещений.

В случае усиления омедо группами специализированной медицинской помощи и длительного нахождения на одном месте количество развернутых помещений может быть увеличено.

Существует много вариантов развертывания операционно-перевязочного отделения, однако все многообразие может быть сведено к двум основным.

Первый вариант — «волховский крест» (назван в связи с тем, что такое развертывание широко применялось на Волховском, Карельском и Ленинградском фронтах), который характеризуется максимальной концентрацией функциональных подразделений операционно-перевязочного отделения (в едином комплексе крестообразно располагались общая предоперационная-предперевязочная, операционная, перевязочная и противошоковая). Второй вариант заключается в раздельном размещении операционной с предоперационной, перевязочной с предперевязочной и противошоковой. Такой вариант требует значительно меньшего времени на развертывание-свертывание, но вынуждает к переноске раненых вне помещений.

Схема развертывания операционно-перевязочного отделения представляет собой как бы промежуточный вариант, в котором в так называемом «тройнике» объединены предоперационная, операционная и противошоковая (реанимационная), отдельно размещается перевязочная с предперевязочной (рис. 32).

При таком развертывании операционно-перевязочного отделения палатки устанавливаются в виде тройника таким образом, чтобы они были состыкованы тамбурами. При этом необходимо, чтобы проход в операционную и противошоковую осуществлялся только через предоперационную.

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 ам-

2. Срочные (вынуждено отсроченные на некоторое время) мероприятия квалифицированной хирургической помощи:

– операции по поводу ранений кровеносных сосудов при отсутствии кровотечения и достаточном кровоснабжении конечности, а также восстановление поврежденных магистральных сосудов при некомпенсированной ишемии без наружного кровотечения;

– ампутацию при отрывах, разрушениях и ишемическом некрозе конечностей, при необратимой ишемии вследствие ранения магистральных сосудов;

– первичную хирургическую обработку сильно загрязненных ран мягких тканей, ран головы, груди, живота, таза, ран со значительными разрушениями мягких тканей, длинных трубчатых костей, магистральных сосудов, а также ран, зараженных ОБ, РВ и БС;

– наложение надлобкового свища (цистостомия, при возможности туннелизация уретры), ушивание раны, дренирование паравезикальной клетчатки при повреждении внебрюшинного отдела мочевого пузыря и уретры;

– наложение противоестественного заднего прохода (колостомы), ПХО раны промежности, дренирование параректальной клетчатки при внебрюшинных повреждениях прямой кишки;

– торакотомия при неустранимом пневмотораксе.

3. Отсроченные мероприятия квалифицированной хирургической помощи (вынужденно отложенные, выполнение которых может быть отложено до поступления раненых и больных в лечебные организации; отказ от их проведения на данном этапе медицинской эвакуации не влечет неизбежного развития тяжелых осложнений):

– первичную хирургическую обработку ран мягких тканей (за исключением включенных в предыдущую группу и ран, не подлежащих хирургической обработке);

– некротомию при глубоких циркулярных ожогах шеи, груди, конечностей, не вызывающих расстройства дыхания и кровообращения;

– первичную обработку сильно загрязненных ожоговых ран;

– обработку ран лица при лоскутных ранениях с наложением пластиночных швов;

– лигатурное связывание зубов при переломах нижней челюсти.

Опасность развития тяжелых осложнений при отсрочке выполнения мероприятий может быть уменьшена путем своевременного применения лекарственных средств или выполнением других лечебных мероприятий.

Как правило, квалифицированная хирургическая помощь должна оказываться в полном объеме с выполнением хирургических мероприятий всех групп. Сокращается объем помощи за счет частичного или полного отказа от мероприятий, выполнение которых может быть вынужденно отсрочено.

конечностей (пальпация, перкуссия и аускультация груди и живота, пальпация и определение пульсации периферических сосудов конечностей, выявление уретрорагии и ректальное исследование;

- плевральную пункцию при подозрении на проникающее ранение груди, пункцию перикарда при подозрении на ранение сердца;

- прогрессивное расширение раны и лапароцентез при подозрении на проникающее ранение и закрытую травму живота;

- катетеризацию мочевого пузыря;

- оценку рентгенограмм.

Лечебно-профилактические мероприятия включают следующее:

1. Неотложные мероприятия квалифицированной хирургической помощи:

- устранение асфиксии и поддержание адекватной вентиляции легких;

- операции при ранении кровеносных сосудов в целях окончательной остановки внутреннего и наружного кровотечения любой локализации: перевязку сосудов мягких тканей головы и шеи; перевязку сосуда при компенсированной ишемии; восстановление сосуда при некомпенсированной ишемии; временное протезирование сосуда при некомпенсированной ишемии и невозможности его восстановления (временное шунтирование или шов сосуда);

- торакотомию при тампонаде сердца и продолжающемся внутриплевральном кровотечении (одномоментное поступление по дренажам из плевральной полости более 1200 мл крови или внутреннее кровотечение со скоростью 200–300 мл в час без тенденции к его уменьшению);

- операции при ранениях груди, сопровождающиеся открытым и напряженным пневмотораксом (ушивание раны груди при открытом пневмотораксе, торакоцентез (торакотомия) с дренированием плевральной полости во II межреберье по срединно-ключичной линии для устранения открытого или напряженного (клапанного) пневмоторакса в целях восстановления адекватного дыхания и кровоснабжения, а также при ранении сердца);

- комплексную терапию тяжелого шока, острой кровопотери, травматического токсикоза;

- лапаротомию при проникающих ранениях и закрытых повреждениях живота, внутрибрюшинных повреждениях тазовых органов;

- ампутацию при отрывах и разрушении конечностей;

- некротомию при глубоких циркулярных ожогах груди, шеи и конечностей, сопровождающихся нарушениями дыхания и кровообращения;

- декомпрессионную трепанацию черепа при его повреждении с признаками сдавления головного мозга;

- операции и лечение по поводу анаэробной инфекции.

ням условий, исключающих возможность развития осложнений в процессе эвакуации. Они сводятся к интенсивной терапии раненых, пораженных и лечению поврежденных органов и тканей до уровня, безопасного для эвакуации. В значительной мере эти мероприятия определяются характером, тяжестью и локализацией ранения. При оценке показаний к эвакуации следует ориентироваться на общее состояние раненых и на состояние поврежденных органов и тканей.

Таким образом, *первая группа мероприятий квалифицированной хирургической помощи, выполняемых по жизненным (неотложным) показаниям*, проводится при большом потоке раненых и больных (при поступлении более 150 раненых и больных в сутки) и включает только неотложные операции и противошоковые мероприятия. Во всех случаях неотложные оперативные вмешательства завершаются полноценной хирургической обработкой и дренированием раны.

Вторая группа мероприятий квалифицированной хирургической помощи, выполняемых в сокращенном объеме (срочные мероприятия), включает неотложные и срочные оперативные вмешательства, противошоковые мероприятия и мероприятия интенсивной терапии. Они проводятся при поступлении до 150 раненых и больных в сутки, а также в случае успешного выполнения мероприятий первой группы. Поскольку срочные операции выполняются во вторую очередь (после неотложных), то интенсивная терапия предшествует оперативным вмешательствам и является предоперационной подготовкой. В локальных войнах и вооруженных конфликтах сокращенный объем хирургической помощи является наиболее типичным.

Третья группа мероприятий квалифицированной хирургической помощи (отсроченные мероприятия), выполняемых в полном объеме, включает неотложные, срочные и отсроченные оперативные вмешательства. Они проводятся при поступлении до 100 раненых и больных в сутки, а также в случае успешного выполнения мероприятий первой и второй группы. Отсроченные оперативные вмешательства в омедо проводятся, как правило, при длительной (до суток) задержке в эвакуации раненых и больных по назначению.

Объем медицинской помощи в операционной омеде. Диагностические мероприятия включают следующее:

- снятие иммобилизации и повязок, осмотр ран и окружающих тканей с целью диагностики продолжающегося наружного кровотечения, выявления открытого и напряженного пневмоторакса, а также абсолютных признаков проникающего ранения живота;

- выявление клинических признаков продолжающегося внутриплеврального и внутрибрюшного кровотечения, ранения сердца и легких, повреждения внутренних органов живота и таза, магистральных сосудов

имеются признаки проникающего ранения либо повреждения полых органов (лапаротомия, операции на органах брюшной полости в зависимости от характера их повреждения);

– ранениях и травмах таза, сопровождающихся: внебрюшинным повреждением прямой кишки (наложение противоестественного заднего прохода, дренирование параректального пространства); внебрюшинным повреждением мочевого пузыря (дистостомия, ушивание раны мочевого пузыря со стороны слизистой оболочки, дренирование паравезикального пространства); повреждением уретры (цистомия, туннелизация уретры, формирование цистостомы, дренирование паравезикального пространства);

– ранениях и травмах конечностей, сопровождающихся повреждением магистральных артерий без наружного кровотечения, но с напряженной внутритканевой гематомой или признаками ишемии (перевязка или восстановление магистральных сосудов либо временное протезирование артерии; хирургическая обработка раны, при необратимой ишемии — ампутация конечности);

– ранениях конечностей, сопровождающихся заражением ран ОВ либо РВ, обильным загрязнением ран землей либо обширным повреждением мягких тканей (дегазация раны путем обильного промывания 5%-ным раствором хлорамина или перекиси водорода, первичная хирургическая обработка; при переломах костей — фиксация стержневым аппаратом КСТ-1);

– ранениях и открытых травмах конечностей, сопровождающихся развитием раневой инфекции (вторичная хирургическая обработка раны, при переломах костей — фиксация стержневым аппаратом КСТ-1);

– разрушениях и отрывах сегментов конечностей без признаков продолжающегося кровотечения (ампутация);

– сочетанных ранениях и травмах, сопровождающихся переломами длинных трубчатых костей и сложными переломами костей таза со смещением либо подвижностью тазового кольца (при ранениях и открытых неогнестрельных переломах — первичная хирургическая обработка ран с открытой репозицией и фиксацией костных отломков стержневыми аппаратами КСТ-1; при закрытых переломах — фиксация стержневыми аппаратами с ориентировочной закрытой ручной репозицией костных отломков).

При отсутствии показаний к выполнению неотложных и срочных оперативных вмешательств первичная хирургическая обработка ран различной локализации составляет третью группу оперативных вмешательств, обозначенных как *отсроченные*.

Третья задача — *предэвакуационная подготовка раненых*. Она включает комплекс мероприятий, направленных на восстановление и стабилизацию жизненно важных функций, создание поврежденным органам и тка-

тонита (лапаротомия, операции на органах брюшной полости в зависимости от характера их повреждения);

- ранениях таза, сопровождающихся профузным наружным кровотечением (остановка кровотечения, хирургическая обработка раны);

- неогнестрельных механических и взрывных травмах таза, сопровождающихся множественными переломами костей переднего и заднего полуколец и интенсивным внутритазовым кровотечением (ручная репозиция с последующей фиксацией таза аппаратом внешней фиксации комплекта для сочетанных травм (КСТ-1);

- ранениях и травмах конечностей, сопровождающихся наружным кровотечением из магистральных сосудов (перевязка, окончательное или временное восстановление магистрального кровотока, хирургическая обработка раны);

- разрушениях и отрывах сегментов конечностей, сопровождающихся продолжающимся наружным кровотечением из разрушенных костей, несмотря на наложенный жгут (ампутация);

- ранениях и открытых травмах, сопровождающихся развитием анаэробной инфекции (вторичная хирургическая обработка ран либо ампутация сегментов конечностей).

При восстановлении жизненно важных функций раненого неотложное хирургическое вмешательство является основным реанимационным мероприятием. Оно проводится немедленно без предоперационной подготовки. Операции предшествуют лишь интубация трахеи, подключение аппарата ИВЛ, катетеризация подключичной либо бедренной вены. Мероприятия интенсивной терапии также начинаются немедленно и выполняются одновременно с оперативным вмешательством.

Вторая задача — *предупреждение развития тяжелых угрожающих жизни осложнений боевых травм*. Для этого выполняются срочные хирургические вмешательства (срочные операции) и проводится полный комплекс интенсивной терапии. Поскольку срочная операция выполняется во вторую очередь (после неотложных), то интенсивная терапия предшествует оперативным вмешательствам и является предоперационной подготовкой.

Срочные хирургические вмешательства выполняются при следующем:

- ранениях груди, сопровождающихся повреждением бронхов и напряженным пневмотораксом, не устраняемым даже при активном дренировании плевральной полости (торакотомия, по показаниям хирургическая обработка раны легкого по типу атипичной резекции, ушивание поврежденного бронха, дренирование плевральной полости);

- ранениях живота, при которых отсутствуют признаки продолжающегося кровотечения и кровопотери, выраженного перитонита, но

- 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 хирургическая помощь направлена на решение трех лечебно-профилактических задач, что позволяет разделить мероприятия квалифицированной хирургической помощи на три группы, каждая из которых характеризует определенный объем помощи: по жизненным показаниям, сокращенный и полный.

Первая задача — *восстановление жизненно важных функций, т. е. спасение жизни раненых*. Для этого выполняются неотложные хирургические вмешательства, т. е. операции по жизненным показаниям, и проводится полный комплекс мероприятий интенсивной терапии.

Неотложные хирургические вмешательства квалифицированной хирургической помощи выполняются при следующем:

- ранениях головы и шеи, сопровождающихся асфиксией (трахеостомия) либо наружным кровотечением (остановка наружного кровотечения);
- ранениях груди, сопровождающихся: тампонадой сердца (торакотомия, ушивание раны сердца); продолжающимся внутриплевральным кровотечением (торакотомия, остановка кровотечения); большим гемотораксом (дренирование плевральной полости трубкой диаметром 10 мм в седьмом межреберье по средней подмышечной линии и реинфузия крови); напряженным пневмотораксом (дренирование плевральной полости трубкой диаметром 5–6 мм во втором межреберье по срединно-ключичной линии); открытым пневмотораксом (хирургическая обработка раны грудной стенки; дренирование плевральной полости во втором и седьмом межреберьях, ушивание раны грудной стенки либо герметизация мазевой повязкой);
- механических и взрывных травмах груди, сопровождающихся множественными двойными переломами ребер с формированием переднего либо переднебокового реберного клапана (при переднем клапане — налаживание вытяжения за грудину, при переднебоковом клапане — надреберное проведение спиц диаметром 2–2,5 мм и длиной 300 мм в перпендикулярном ребрам направлении с упором концов на ключице и реберных дугах либо налаживание вытяжения за ребра после поднадкостничного проведения крепких лавсановых нитей);
- ранениях живота, сопровождающихся продолжающимся внутрибрюшным кровотечением (лапаротомия, остановка кровотечения); эвентрацией органов брюшной полости либо выраженными признаками пери-

- 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 травматическим шоком или угрожающих его развитием;
 - отсечение сегментов конечностей при их неполных отрывах и разрушениях с последующей транспортной иммобилизацией;
 - проведение капиллярной пункции мочевого пузыря при повреждениях уретры и катетеризация 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, и 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 в себя:*
- 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 серопротекторика столбняка при травмах и ожогах, введение симптоматических медикаментозных средств при состояниях, не угрожающих жизни;

больных к проведению хирургических операций и специальных диагностических процедур, наложение и смена перевязок;

- выполнение мероприятий, направленных на профилактику осложнений и борьбу с уже развившимися опасными осложнениями ранений, поражений и заболеваний;

- проведение последующей внутripунктовой и эвакуационно-транспортной медицинской сортировки раненых и больных для их последующего лечения и эвакуации по назначению.

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

Первая врачебная помощь оказывается врачами в МП, омето, (медр) соединений (воинских частей) с использованием комплектно-табельного медицинского имущества, необходимого для ее оказания.

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

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

- остановку наружного кровотечения (перевязка сосуда, прошивание сосуда в ране, введение тампона в рану с наложением швов на кожу, наложение зажима на кровоточащий сосуд), 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 торацентез при напряженном пневмотораксе, трахеотомию, трахеостомию при асфиксии, сопровождающуюся отеком голосовой щели и подскладочного пространства, выполнение вагосимпатической новокаиновой блокады при повреждениях органов груди и сегментарной паравертебральной 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;

– смену 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.

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 настилах, под которыми открыты сточные канавки. В 2 м от площадки отрывают поглощающий колодец для сбора зараженных стоков.

На «чистой» половине осуществляется контроль полноты дегазации и укомплектование автомобилей. При обнаружении зараженности РВ выше допустимых уровней дезактивация повторяется.

Пропускная способность ОСО определяется имеющимися в его составе техническими средствами.

Операционно-перевязочное отделение

Операционно-перевязочное отделение омедо является функциональным подразделением и развертывается силами и средствами хирургического отделения и отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

В составе операционно-перевязочного отделения развертываются следующие функциональные элементы: операционная с предоперационной, перевязочная с предперевязочной для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, перевязочная для легкораненых и противошоковая.

Для развертывания перевязочной для легкораненых наиболее часто используют автоперевязочную, которую размещают на площадке развертывания приемно-эвакуационного отделения.

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 омедо силами и средствами, возможность эвакуации раненых и больных на этап специализированной медицинской помощи).

В операционно-перевязочном отделении омедо осуществляется:

– анестезия, противошоковые мероприятия, подготовка раненых и

- 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 травматическим шоком или угрожающих его развитием;
 - отсечение сегментов конечностей при их неполных отрывах и разрушениях с последующей транспортной иммобилизацией;
 - проведение капиллярной пункции мочевого пузыря при повреждениях уретры и катетеризация 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, и 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 в себя:*
- 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 серопрфилактику столбняка при травмах и ожогах, введение симптоматических медикаментозных средств при состояниях, не угрожающих жизни;
 - проведение новокаиновых блокад при повреждениях конечностей без выраженных явлений шока;

стических процедур, наложение и смена перевязок;

- выполнение мероприятий, направленных на профилактику осложнений и борьбу с уже развившимися опасными осложнениями ранений, поражений и заболеваний;

- проведение последующей внутripунктовой и эвакуационно-транспортной медицинской сортировки раненых и больных для их последующего лечения и эвакуации по назначению.

Первая врачебная помощь оказывается в целях устранения или ослабления последствий ранений (заболеваний), угрожающих жизни раненых и больных, предупреждения развития осложнений или уменьшения 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 ее оказания.

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

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

- остановку наружного кровотечения (перевязка сосуда, прошивание сосуда в ране, введение тампона в рану с наложением швов на кожу, наложение зажима на кровоточащий сосуд), 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;

1 — знак «ЗАРАЖЕНО»; 2 — ямы для сточных вод; 3 — автомобили; 4 — комплект специальный для обработки военной техники ДК-4; 5 — ящик с ветошью, вениками; 6 — щит деревянный; 7 — емкости для дегазирующих и дезактивирующих растворов

Здесь водителями автомобилей производится дегазация (дезактивация, дезинфекция) транспорта, на котором были доставлены пораженные, а также транспорта подвоза имущества. Площадка специальной обработки автотранспорта 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 санитаря. Обработка 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. При обнаружении зараженности РВ выше допустимых уровней дезактивация повторяется.

Пропускная способность ОСО определяется имеющимися в его составе техническими средствами.

Операционно-перевязочное отделение

Операционно-перевязочное отделение омеда является функциональным подразделением и развертывается силами и средствами хирургического отделения и отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.

В составе операционно-перевязочного отделения развертываются следующие функциональные элементы: операционная с предоперационной, перевязочная с предперевязочной для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, перевязочная для легкораненых и противошоковая.

Для развертывания перевязочной для легкораненых наиболее часто используют автоперевязочную, которую размещают на площадке развертывания приемно-эвакуационного отделения.

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 омеда силами и средствами, возможность эвакуации раненых и больных на этап специализированной медицинской помощи).

В операционно-перевязочном отделении омеда осуществляется:

– анестезия, противошоковые мероприятия, подготовка раненых и больных к проведению хирургических операций и специальных диагно-

Работающий здесь личный состав должен иметь индивидуальные средства защиты и уметь их применять.

Наиболее простыми способами *дезактивации*, применяемыми на площадке специальной обработки, являются чистка щетками, выколачивание, проветривание, обтирание водой с растворителями. После дезактивации предметы обмундирования подвергаются дозиметрическому контролю.

Дезинфекция (дезинсекция) обмундирования осуществляется в камерах дезинфекционно-душевой установки, а также с помощью дезинфицирующих средств.

Дегазация обмундирования, снаряжения, обуви, средств индивидуальной защиты после извлечения их из прорезиненных мешков, в которых они доставляются на площадку специальной обработки с сортировочной площадки и раздевальни, производится с помощью дегазационных приборов, индивидуальных и групповых комплектов, а также табельных дегазирующих рецептов и растворителей путем орошения их 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.). Ценные вещи и документы принимаются специально выделенным лицом, которое обеспечивает их обезвреживание и возвращает владельцам после специальной обработки.

Площадка специальной обработки автотранспорта

Площадка специальной обработки автотранспорта разворачивается в 10–15 м от площадки санитарной обработки (рис. 31).

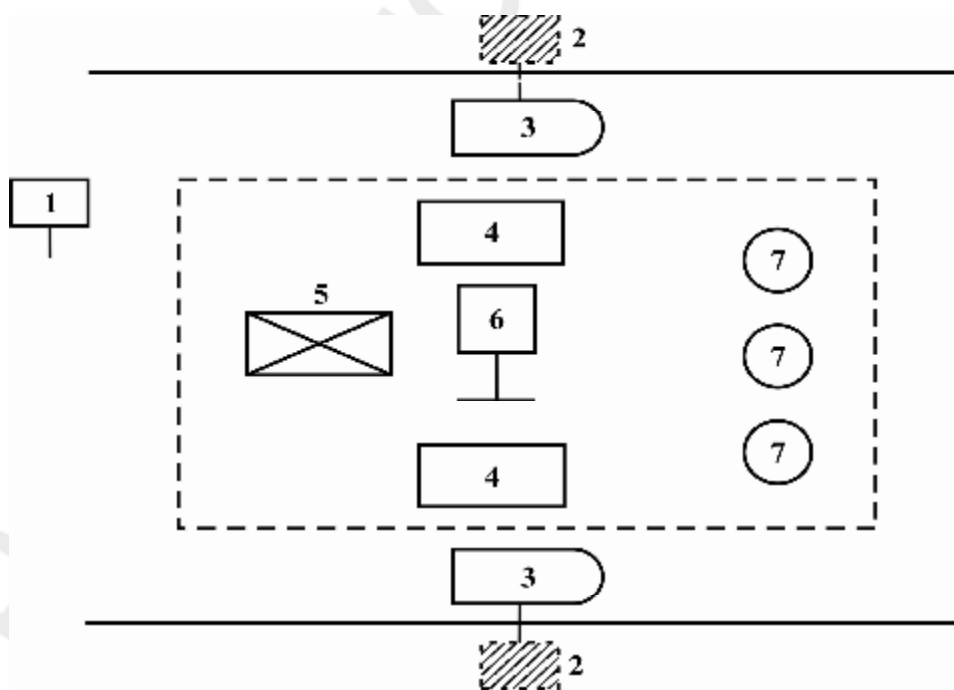


Рис. 31. Площадка специальной обработки транспорта:

Площадка специальной обработки обмундирования, снаряжения, вооружения и имущества

Площадка специальной обработки обмундирования, снаряжения, вооружения и имущества разворачивается для проведения специальной обработки обмундирования, снаряжения, вооружения и имущества раненых и больных, а также носилок и оборудуется на удалении 50–80 м от площадки санитарной обработки с подветренной стороны (рис. 30). Ее размеры, как правило, не превышают 100 м².

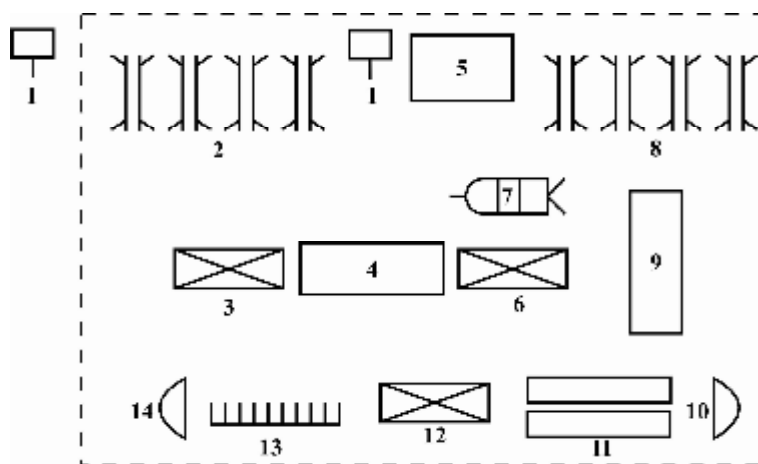


Рис. 30. Площадка специальной обработки обмундирования, снаряжения, вооружения, средств индивидуальной защиты и имущества:

1 — знак «ЗАРАЖЕНО»; 2 — загрязненные носилки; 3 — ящик с ветошью; 4 — стол для дегазирующих средств; 5 — место для обработки респираторов и противогазов; 6 — ящик для грязных тампонов; 7 — умывальник; 8 — обработанные носилки; 9 — стол для обработанного имущества; 10 — мешок для обработанного обмундирования; 11 — подставки под обувь; 12 — ящик для веников, щеток, выколоток; 13 — стойка с вешалками для дезактивации обмундирования и средств защиты кожи; 14 — прорезиненный мешок с зараженным обмундированием

Площадка специальной обработки обмундирования, снаряжения, вооружения и имущества делится на «грязную» и «чистую» половины. На «грязной» половине места для дезинфекции, дезактивации и дегазации обмундирования, снаряжения и имущества оборудуются специальными приспособлениями для их развешивания и размещения. Для 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.

Из оснащения на площадке имеются дегазационные приборы автомакс, гидропульт, радиометрическая аппаратура, дегазирующие, дезактивирующие растворы и табельные рецептуры, дезинфицирующие средства, а также ведра, крюки и др.

На площадке специальной обработки обмундирования, снаряжения, вооружения и имущества работают санитарный инструктор-дозиметрист, один-два санитары и несколько солдат из команды выздоравливающих.

Одевальня 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 одевальню выделяется врачебно-сестринская бригада. С помощью сортировочных марок обозначается, в какое функциональное подразделение медицинской роты должен быть направлен пострадавший и в какую очередь.

Одевальня оснащается средствами оказания неотложной медицинской помощи (антитоды, противосудорожные, противорадиационные и противоболевые средства в ампулах), кислородным ингалятором КИ–4, радиометром-рентгенометром ДП–5 (ИМД–1), сортировочными марками, обменным фондом чистого нательного белья и обмундирования, теплыми одеялами, скамейками, подставками для носилок, предметами ухода за больными.

В одевальне работают санитарный инструктор-дозиметрист и санитары. При необходимости выделяются одна-две врачебно-сестринские бригады.

Мероприятия специальной обработки проводятся по решению командира соединения (воинской части) и начальника омеда, как правило, после выполнения боевых задач и выхода сил и средств воинских частей (подразделений) из зон заражения с целью полного удаления ОВ, РВ и БС и ликвидации опасности повторного поражения личного состава. Специальная обработка включает в себя полную дегазацию, дезактивацию и дезинфекцию наружных и внутренних поверхностей объектов ВВТ, обмундирования, снаряжения, обуви, СИЗ, стрелкового оружия, запасов продовольствия и материальных средств, а также полную санитарную обработку личного состава, подвергшегося заражению БС и загрязнению РВ.

Полная специальная обработка проводится на войсковых пунктах специальной обработки силами и средствами самих подразделений с использованием табельных бортовых комплектов и подручных средств или в специально оборудованных районах специальной обработки, развертываемых силами воинских частей (подразделений) войск РХБЗ, с использованием табельных специальных машин. Объем работ и порядок проведения полной специальной обработки зависят от вида заражения, степени защищенности личного состава и объектов ВВТ.

В ОСО омеда проводится частичная дегазация и дезактивация, а также полная дезинфекция обмундирования, снаряжения, вооружения, средств индивидуальной защиты и имущества, санитарного транспорта и транспорта подвоза.

ботки тяжелораненых и больных перекладывают на чистые носилки и переносят в одевальню, а зараженные носилки доставляют на площадку специальной обработки имущества.

Пораженным крайне тяжелой степени полная санитарная обработка противопоказана, поэтому ограничиваются частичной, которая в данном случае, помимо использования ИПП, заключается в простом протирании влажным полотенцем (марлевыми тампонами) с последующим переодеванием в чистое белье и обмундирование.

Противогазы с пораженных снимаются только перед входом в мочную.

Моечная предназначена для мытья всех поступивших теплой водой с мылом, в необходимых случаях могут быть применены дегазирующие средства. Легкораненые и легкопораженные моются самостоятельно, а тяжелораненых (тяжелопораженных) моют санитары на специально приспособленных перфорированных (дырчатых или сетчатых) 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 тяжелораненых и больных, а с другой — для помывки легкопораженных под душевым прибором установки ДДА. Моечная оснащается емкостями с дегазирующими, дезактивирующими растворами, тазами, а также мочалками и запасом мыла (из комплекта СО). Пол в моечной покрывают деревянными решетками, под которыми устраивают приспособления для стока и сбора смывных вод.

В моечной работают 2 санитары 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 пораженных ОВ сидячих. Пропускная способность моечной, в среднем, 20–25 человек в час. Из нее пораженные направляются в одевальню. Раздельность потоков носилочных и ходячих сохраняется.

В зависимости от тяжести состояния пострадавших пропускная способность ОСО может достигать 15–25 человек в час.

Одевальня разворачивается с целью определения полноты санитарной обработки путем проведения дозиметрического контроля и предназначена для установления необходимости повторной санитарной обработки, а также для одевания раненых и больных в чистое белье, обмундирования и направления их в соответствующие функциональные подразделения омеда.

рожными, противорадиационными и противоболевыми средствами в ампулах.

При приеме пораженных химическим оружием личный состав в раздевальне работает в противогазах, импрегнированном обмундировании, защитных перчатках и чулках, фартуках и нарукавниках.

Перед раздевальной отводятся места для разгрузки транспорта, доставившего пораженных, сбора снимаемого с них обмундирования и снаряжения. Здесь находятся столы для регистрации, необходимое имущество для оказания неотложной медицинской помощи, мешки для зараженной одежды.

В раздевальне оборудуются места для носилочных и для сидячих пораженных. В ней производят: дозиметрический контроль, осмотр пораженных для решения вопроса об очередности и способе их санитарной обработки (мытье под душем, использование средств специальной обработки или комбинированный способ), снятие верхних слоев повязок, исправление плохо наложенных повязок и шин, промывание глаз и полости рта; оказывают неотложную медицинскую помощь; вводят по показаниям антидоты (будаксим, афин, атропин), противосудорожные препараты (феназепам), симптоматические и обезболивающие средства; осуществляют подготовку к направлению в моечную (обмундирование, белье и повязки защищают водонепроницаемыми чехлами).

В раздевальне организуется место для принятия от пораженных документов, ценностей и оружия. Личные документы и ценности раненых и больных складывают в специальные полиэтиленовые мешки (из комплекта СО). Оружие укладывается в специальный ящик для сбора оружия, а снятые с пораженных зараженное обмундирование и средства защиты помещают в ящик или прорезиненные мешки. Противогазы и респираторы снимают и укладывают при входе в моечную (в тамбуре палатки), маркируют их, после чего также помещают в ящик или прорезиненный мешок.

Легкораненые, легкопораженные и больные, пораженные ОВ, раздеваются самостоятельно или с помощью товарищей, носилочных раздевают санитары. При этом под тяжелораненых, тяжелопораженных и больных подкладывается (развертывается из рулона) чистая клеенка. После переукладывания пораженного на специальные (перфорированные) носилки санитары-носильщики доставляют его в моечную, снимают верхние слои повязки, исправляют плохо наложенные повязки и шины, обрабатывают жидкостью ИПП или ДПС шины и верхние слои повязки, защищают повязки полиэтиленовыми чехлами от намочения при проведении санитарной обработки. Зараженное белье и обмундирование собирают в специальные прорезиненные мешки, маркируют и направляют на площадку специальной обработки. Дубликат маркировочного номера вручают (закрепляют) пораженному. После проведения полной санитарной обра-

При неблагоприятных погодных условиях (низкая температура воздуха, сильный ветер и т. д.) на сортировочной площадке ОСО разворачивается сортировочная палатка, в которой сосредоточиваются пострадавшие, нуждающиеся в санитарной обработке.

На сортировочной площадке ОСО легкокораненые (пораженные и больные), способные самостоятельно осуществлять частичную дезактивацию (дегазацию) обмундирования, выполняют ее сами. Остальных пораженных обрабатывают санитары.

Легкораненые (пораженные и больные), которые самостоятельно выполнили частичную дезактивацию (дегазацию) с использованием ИПП–11 (ИПП–8), направляются в раздевальню, где самостоятельно раздеваются, проходят в моечную и проводят полную санитарную обработку.

В отношении остальных раненых и больных после частичной дезактивации (дегазации) фельдшер осуществляет сортировку, определяя очередность и необходимый объем санитарной обработки. Результаты этой сортировки закрепляются соответствующими сортировочными марками:

- ПСО–1 — нуждается в полной санитарной обработке в первую очередь (зараженные ФОВ и бактериальными средствами);
- ПСО–2 — нуждается в полной санитарной обработке во вторую очередь (зараженные ОВ кожно-нарывного действия);
- ЧСО — нуждается в частичной санитарной обработке (зараженные РВ).

В зимнее время на площадке санитарной обработки *раздевальня, моечная и одевальня* разворачиваются в палатках или в других помещениях. В летнее время раздевальня и одевальня могут быть размещены на открытом воздухе или под навесом. Раздевальня, моечная и одевальня могут разворачиваться в помещениях или палатках типа УСТ–56 и УСБ–56. Для раздевальни устанавливается палатка УСТ–56. Моечная и одевальня могут быть развернуты в одной палатке УСБ–56 или каждая в отдельной УСТ–56. Между тамбурами раздевальни и моечной делается разрыв («воздушный коридор», который получается при закреплении плащ-накидок на стойках) в 2–3 м, чтобы пары ОВ не проникали в моечную.

Раздевальня предназначена для подготовки раненых и больных к санитарной обработке. В случае резкого изменения погодных условий и отсутствия сортировочной палатки поступающие раненые и больные с сортировочной площадки ОСО перемещаются в раздевальню, где проводится прием, регистрация, определение объема и очередности санитарной обработки и оказание им неотложной медицинской помощи по жизненным показаниям.

Раздевальня ОСО оснащается комплектами СО и В–5, а также ИПП, ШР, ВПХР, ДП–5, ПК–56, ДПС–1, антидотами в ампулах, противосудо-

Рис. 28. Вешалка

В составе ОСО разворачиваются три площадки: санитарной обработки пораженных; специальной обработки обмундирования, снаряжения, вооружения и имущества; специальной обработки транспорта.

Площадка санитарной обработки пораженных

Площадка санитарной обработки создается по типу санитарного пропускника и включает: сортировочную площадку, раздевальню, моечную и одевальню (рис. 29).

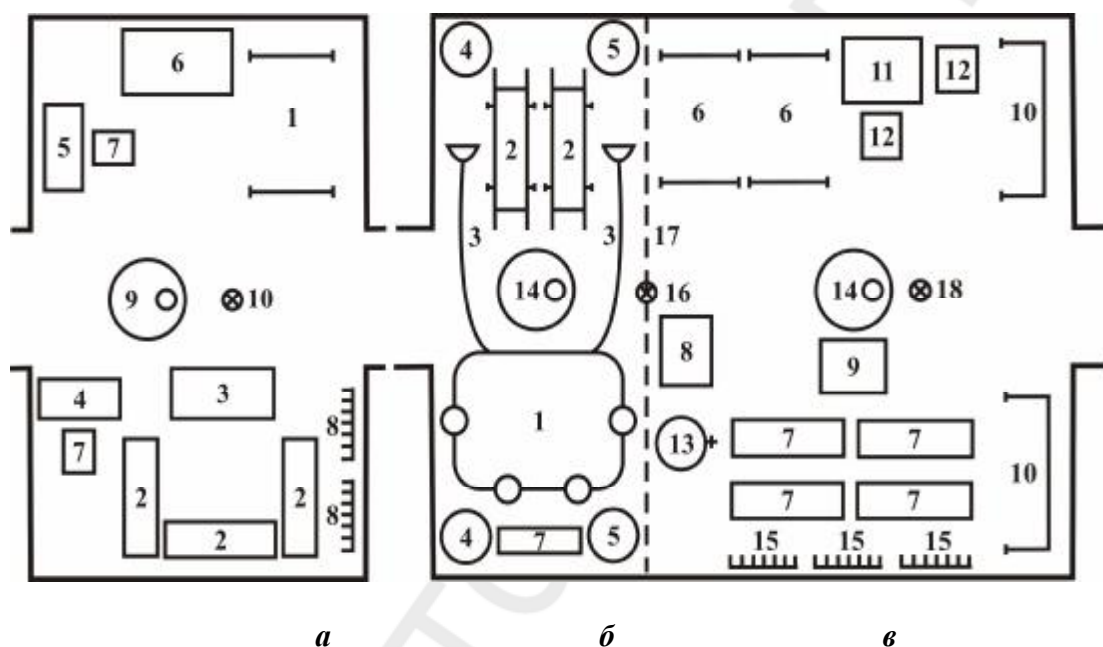


Рис. 29. Схема оборудования площадки санитарной обработки:

а — раздевальня: 1 — подставки под носилки низкие; 2 — скамья; 3 — ящик для грязного белья; 4 — стол регистратора; 5 — стол для лекарственных средств; *б* — ящик для оружия; 7 — табурет; 8 — вешалка; 9 — печь; 10 — стойка средняя; *б* — моечная, *в* — одевальня: 1 — прибор душевой; 2 — носилки с перфорированным полотнищем на подставках для мытья тяжелораненых; 3 — сетка душевая; 4 — емкость с чистыми мочалками; 5 — емкость с использованными мочалками; 6 — подставки под носилки низкие; 7 — скамья; 8 — стол для чистых полотенец; 9 — ящик для использованных полотенец; 10 — стеллаж для белья и обмундирования; 11 — стол для лекарственных средств; 12 — табурет; 13 — бачок с питьевой водой; 14 — печь; 15 — вешалка; 16 — кронштейн на стойке средний; 17 — штора разгораживающая; 18 — стойка средняя

Сортировочная площадка ОСО предназначена для приема, регистрации пораженных, определения объема и очередности их санитарной обработки в соответствии с характером ранения, степени заражения ОВ, РВ, БС, оказания им неотложной медицинской помощи по жизненным показаниям и подготовки к санитарной обработке.

целью снижения их зараженности ОВ, БС и загрязнения РВ до допустимых норм.

ОСО развертывается силами личного состава приемно-сортировочного отделения с привлечением сил и средства санитарно-эпидемиологической лаборатории, в связи с чем является функциональным подразделением омеда. Развертывается ОСО на удалении 50–60 м от других функциональных подразделений этапа медицинской эвакуации с подветренной стороны, по возможности вблизи источника воды, которую можно использовать для проведения полной санитарной обработки.

Руководит работой ОСО фельдшер из штата приемно-сортировочного отделения, в помощь которому выделяется санитарный инструктор-дозиметрист, санитарный инструктор-дезинфектор, необходимое количество личного состава из подразделений омеда, а также из числа легкораненых или выздоравливающих.

Для развертывания ОСО необходимы: палатки (одна УСБ–56 и одна УСТ–56, возможен вариант три палатки УСТ–56), комплект «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 этапов медицинской эвакуации (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, антидоты, жгуты и др.), занавес разгораживающий (для ограничения пространства моечной), решетка под ноги (рис. 26) (можно заменить резиновыми ковриками), пирамида (рис. 27) или ящик для сбора оружия, вешалки (рис. 28), носилки сетчатые.

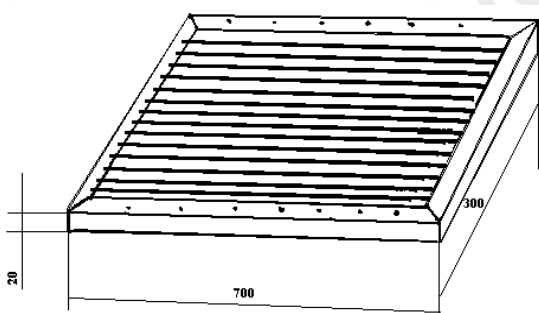


Рис. 26. Решетка под ноги

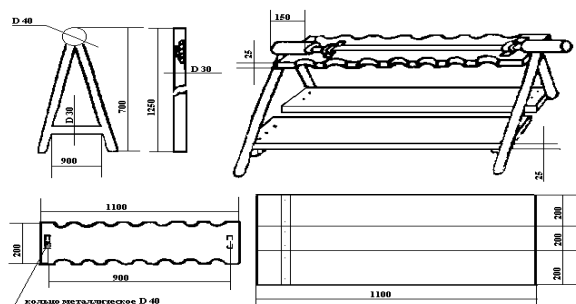
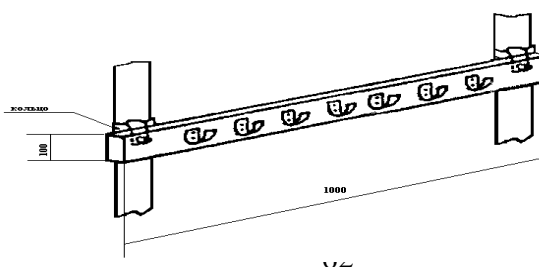


Рис. 27. Пирамида для оружия



1 — станок трехъярусный шестиместный для размещения раненых на носилках; 2 — стол регистратора; 3 — стол для лекарственных средств; 4 — стол хозяйственный; 5 — навес для носилок; 6 — бачок с питьевой водой; 7 — умывальник; 8 — ящик укладочный; 9 — табурет; 10 — вешалка; 11 — печь; 12 — скамья; 13 — стойка

Из эвакуационной раненые и больные направляются в соответствующие полевые госпитали или лечебные организации по назначению.

Отделение специальной обработки

Отделение специальной обработки (ОСО) развертывается для полной санитарной обработки поступающих в омеда 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, снаряжения, вооружения, индивидуальных средств защиты и другого имущества раненых и больных, а также доставившего их транспорта и санитарных носилок.

Кроме указанных мероприятий, в ОСО пострадавшим оказывается медицинская помощь по неотложным показаниям (вводятся антитоды, противосудорожные, сердечно-сосудистые, обезболивающие, противорвотные и другие симптоматические средства, производится очистка дыхательных путей от слизи, рвотных масс, ИВЛ, оксигенотерапия).

Санитарная обработка личного состава заключается в дегазации, дезактивации или дезинфекции кожных покровов личного состава с последующим удалением продуктов дегазации, дезактивации (дезинфекции) с тела человека путем его помывки теплой водой с мылом, а также санитарная обработка включает замену белья. В зависимости от обстановки, наличия времени и имеющихся в подразделении средств, санитарная обработка может быть *частичной* или *полной*.

Частичная санитарная обработка личного состава заключается в дегазации, дезактивации или дезинфекции открытых участков тела человека с использованием пакетов ИПП, водных растворов мыла (порошка СФ-2У) и монохлорамина Б или дезинфицирующих рецептур согласно прил. 5.

Полная санитарная обработка личного состава заключается в обмывании всего тела человека теплой водой с мылом с обязательной сменой белья, обмундирования и предметов экипировки, если они одновременно не подвергаются специальной обработке. В случае заражения БС перед помывкой проводится обеззараживание тела дезинфицирующим 0,5%-ным водным раствором монохлорамина Б или 0,5%-ным водным раствором ДТС-ГК, а шеи и кистей рук — 2%-ным данным раствором.

Специальная обработка — комплекс организационно-технических мероприятий, включающий в себя строго регламентированное по месту и времени проведение дегазации, дезактивации и дезинфекции объектов с

Рис. 24. Схема оборудования эвакуационной для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести в палатке УСТ-56:

1 — кровать полевая; 2 — станок трехъярусный шестиместный для размещения раненых на носилках; 3 — стол регистратора; 4 — стол для лекарственных средств; 5 — аппарат ИВЛ; 6 — стол хозяйственный; 7 — навес для носилок; 8 — бачок с питьевой водой; 9 — умывальник; 10 — ящик укладочный; 11 — табурет; 12 — вешалка; 13 — печь; 14 — стойка

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 в омето предназначена для их временного размещения и подготовки 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. Для погрузки раненых и больных на транспортные средства привлекаются одно-два звена санитаров.

Эвакуационная оборудуется станками для многоярусного размещения раненых и больных, скамейками, столами для медикаментов, регистрации, хозяйственных принадлежностей (рис. 25).

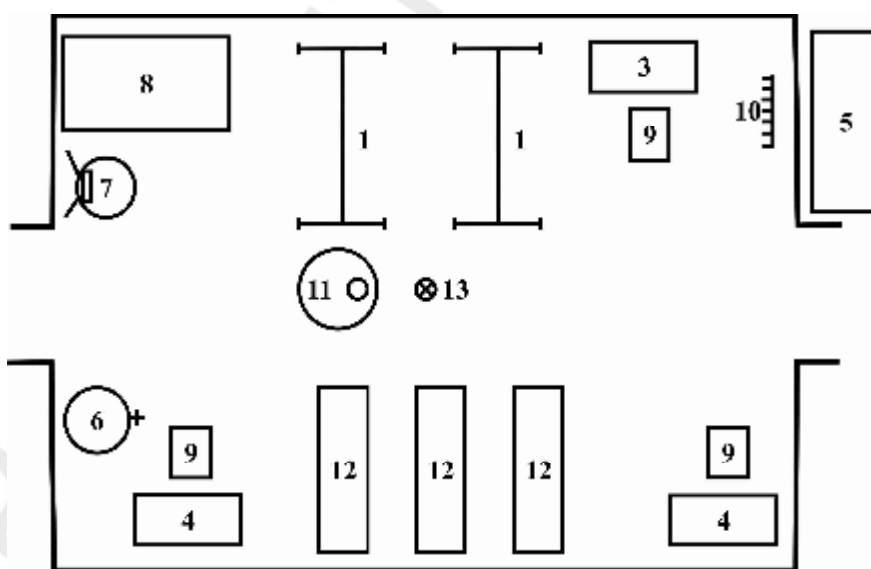


Рис. 25. Схема оборудования эвакуационной для легкораненых и больных в палатке УСТ-56:

Безопасная эвакуация возможна при следующих показателях общего состояния:

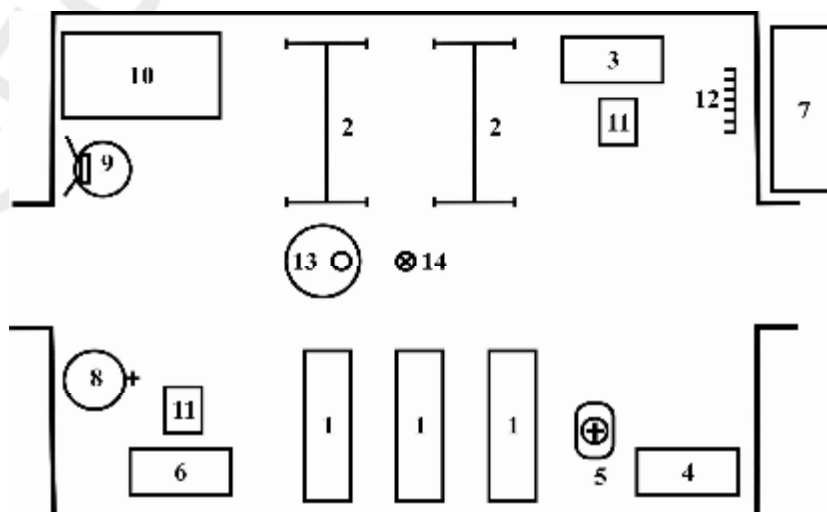
- состояние сознания: ясное либо оглушение (сохранен речевой контакт);
- внешнее дыхание: самостоятельное, ритмичное, частота менее 20 экскурсий в минуту;
- гемодинамика: систолическое АД стабильное, на уровне, превышающем 100 мм рт. ст.; частота пульса стабильная, менее 100 ударов в минуту, отсутствие нарушений ритма;
- температура тела: менее 39 °С.

Нарушение сознания у раненых в голову с повреждением головного мозга и очаговая неврологическая симптоматика не являются противопоказанием к эвакуации. Такие пострадавшие для проведения диагностических мероприятий и дегидратационной терапии в омеде не задерживаются, и им при подготовке к эвакуации выполняются следующие мероприятия:

- восстановление самостоятельного внешнего дыхания вплоть до интубации трахеи либо трахеостомии;
- остановка наружного кровотечения из покровных тканей головы и лица;
- возмещение ОЦК до стабилизации систолического АД выше 100 мм рт. ст.

Эвакуационная для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести в омеде предназначена для их временного размещения и проведения им предэвакуационной подготовки. В ней работают фельдшер, медицинская сестра, санитар. Для погрузки на транспортные средства выделяется звено санитаров.

Эвакуационная для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести оснащается необходимым имуществом для оказания медицинской помощи, аппаратом ИВЛ ДАР–05, оборудуется станками для размещения носилок, столами для медикаментов, перевязочного материала, регистрации, хозяйственных принадлежностей, позволяющих обеспечить тяжелораненым уход и согревание (рис. 24).



ступивших в эвакуационную и выполняет назначения врача. Непосредственно перед эвакуацией фельдшер проверяет общее состояние эвакуируемых. Он организует доставку и погрузку раненых и больных на транспортные средства. На каждого эвакуируемого раненого, пострадавшего и больного оформляется эвакуационный конверт, в который вкладывается первичная медицинская карточка и история болезни. На эвакуационном конверте записывают фамилию раненого, откуда и куда его эвакуируют, диагноз ранения (заболевания), указания сопровождающему медицинскому персоналу о режиме эвакуации, уходе и лечебных мероприятиях, необходимых эвакуированному в пути следования. Эвакуационные конверты раскладываются на регистрационном столе группами в соответствии с эвакуационным предназначением. Все убывающие из омеда раненые регистрируются в ведомости учета эвакуируемых, которые составляются в трех экземплярах отдельно на каждую единицу санитарного транспорта (автомобиль, вертолет и т. д.).

Истории болезни и другие медицинские документы на выписанных из омеда или на умерших раненых и больных хранятся в медицинской части омеда до передачи их в архив в установленном порядке.

В каждом санитарном автомобиле (автобусе) размещают 1–3 легкораненых или больных для обслуживания тяжелораненых и охраны.

Подготовка раненых и больных к дальнейшей эвакуации включает: проведение лечебно-профилактических мероприятий в соответствии с характером ранения (поражения, заболевания), состоянием раненого (пораженно-го, больного), временем, прошедшим после оказания медицинской помощи, и прогнозом возможных изменений в состоянии здоровья при эвакуации (контроль показателей гемодинамики и адекватности самостоятельного дыхания, контроль и исправление наложенных повязок и проведенной транспортной иммобилизации для исключения осложнений, а также установленных дренажей и др.); утоление жажды, кормление (при отсутствии противопоказаний); комплекс мероприятий, направленных на восстановление и стабилизацию жизненно важных функций (по показаниям повторное введение анальгетиков, дыхательных и сердечных аналептиков, ингаляция кислорода, продолжение инфузионной терапии); повторное применение средств профилактики раневой инфекции; опорожнение мочевого пузыря; контроль за наличием и состоянием медицинской документации, при необходимости ее оформление (первичная медицинская карточка, история болезни, эвакуационный конверт, ведомость на эвакуируемых раненых и больных); создание поврежденным органам и тканям условий, исключающих возможность развития осложнений в процессе эвакуации, и оптимального температурного режима для эвакуируемых (экипировка в соответствии с временем года и погодными условиями).

этой целью в омето проводится эвакуационно-транспортная сортировка³, при которой всех раненых и больных подразделяют на группы:

- по эвакуационному назначению (указываются специализированные лечебные учреждения для различных групп раненых: в голову, шею, позвоночник; в грудь; в живот, таз; в конечности; легкораненых; больных);
- очередности эвакуации (в первую или во вторую очередь);
- виду транспортных средств, используемых для эвакуации (авиация, санитарные автомобили, приспособленный автомобильный транспорт и др.);
- способу перевозки (лежа, сидя).

При эвакуации железнодорожным транспортом или речными судами указываются места в транспортном средстве (верхний, средний, нижний ярусы) и нуждаемость в медицинском наблюдении и оказании помощи в пути следования (отмечаются на эвакуационном конверте).

Эвакуационные могут размещаться и оборудоваться в палатках УСБ–56 (УЗ–68) или приспособленных помещениях (укрытиях). В случае размещения эвакуационной в палатке в оснащение входят: подставки под носилки, скамьи складные, стол и стул хозяйственные, умывальник, стол для медикаментов и другого медицинского имущества, предметы ухода за ранеными, одеяла, спальные мешки, ящик для хранения предметов ухода и запасов медицинского имущества. 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 необходимо постоянно вести осмотр и опрос раненых и больных с целью выявления жалоб на усиление, изменение характера болей; оценивать общее состояние (степень нарушения сознания, признаки неадекватности); контролировать пульс, АД, ЧДД, температуру тела, состояние повязок и иммобилизации, характер и количество отделяемого из ран в динамике.

Раненые и больные могут поступать в эвакуационную из различных отделений омето. Перед эвакуацией их всех осматривает врач и дает указания фельдшеру по выполнению мероприятий предэвакуационной подготовки. При этом могут выявляться пострадавшие, требующие отмены решения по их эвакуации в связи с развитием осложнений (вторичное кровотечение, шок). Они переводятся в соответствующие подразделения омето.

Фельдшер знакомится с медицинскими документами (первичной медицинской карточкой, историей болезни), эвакуационным назначением по-

³ Эвакуационно-транспортная сортировка — распределение раненых и больных на группы в соответствии с направлением, очередностью, способами и средствами их эвакуации.

В случае приема пораженных ядерным, химическим и биологическим оружием к их сортировке обязательно привлекаются терапевты, а также токсикологи, радиологи и эпидемиологи из состава санитарно-эпидемиологической лаборатории соединения. Перемещение носилочных раненых между функциональными подразделениями омеда осуществляется звеньями санитаров-носильщиков, формируемых из числа штатных санитаров приемно-сортировочного отделения и из числа команды выздоравливающих.

Эвакуационные

Эвакуационные омеда предназначены для приема и временного пребывания раненых и больных, подлежащих дальнейшей эвакуации, 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 размещения на нем. В эвакуационной работает фельдшер или медицинская сестра, а также санитары приемно-сортировочного отделения. Работу эвакуационной контролирует начальник приемно-сортировочного отделения.

Эвакуация раненых и больных является важнейшей составляющей системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск. В омеда имеется штатное эвакуационно-транспортное подразделение (автомобильный санитарный взвод). Следует отметить, что санитарные транспортные средства омеда могут использоваться для эвакуации раненых и больных из медицинских подразделений как воинских частей соединения, так и других воинских частей, действующих в районе территориальной зоны ответственности соединения (эвакуация «на себя»)¹. В то же время с учетом складывающейся обстановки санитарные транспортные средства омеда могут использоваться для доставки раненых и больных на этапы медицинской эвакуации вышестоящего звена (эвакуация «от себя»)².

Омеда является первым этапом медицинской эвакуации в системе этапного лечения раненых и больных, с которого дальнейшая их эвакуация должна проводиться в ВПГ или ЛПО МЗ (эвакуация по назначению). С

¹ Эвакуация «на себя» — способ организации медицинской эвакуации, при котором вышестоящее звено медицинской службы высылает санитарный транспорт к этапам эвакуации нижестоящего звена.

² Эвакуация «от себя» — способ организации медицинской эвакуации, при котором нижестоящее звено медицинской службы направляет раненых и больных своим санитарным транспортом на этапы медицинской эвакуации вышестоящего звена.

ние сроки после выполнения сложных оперативных вмешательств; шок 2–3-й степеней; коматозное состояние; судорожный синдром; синдром сдавления спинного и головного мозга; острую дыхательную недостаточность (выраженный бронхоспазм, токсический отек легких, недренированный закрытый или неустраненный напряженный пневмоторакс) или сердечно-сосудистую недостаточность, требующие интенсивной терапии; неукротимую рвоту; некупированный болевой синдром (стенокардия, инфаркт миокарда и т. д.); выраженный парез кишечника после лапоротомии.

Чрезвычайно сложной и ответственной задачей медицинской сортировки является выделение пострадавших, получивших поражения, несовместимые с жизнью, и нуждающихся только в симптоматической терапии. Сюда включаются раненые, имеющие: высокое повреждение спинного мозга; коматозное состояние при проникающих ранениях головы без синдрома сдавления головного мозга; глубокий шок без стабилизации гемодинамики при интенсивной инфузионной терапии в течение 1 часа при установленном отсутствии источника продолжающегося кровотечения; агональное дыхание; термические ожоги 2–3-й степеней более 60 % поверхности тела; судороги и рвоту в первые 24 часа при комбинированном радиационном поражении.

В основу принятия сортировочного решения должен быть положен прогноз срока наступления летального исхода. Если он прогнозируется в течение 1–3 суток после ранения, то симптоматическое лечение должно проводиться в госпитальном отделении омедо (в случае затруднения эвакуации), если в более поздние сроки — пострадавшие эвакуируются в соответствующие лечебные организации при наступлении периода относительной стабилизации после соответствующей предэвакуационной подготовки.

Для оказания установленного объема медицинской помощи и ухода за ранеными и больными в приемно-эвакуационном отделении используются перевязочные и лекарственные средства, шины, инструменты из соответствующих комплектов, ингалятор кислорода, аппарат ИВЛ, инъектор безыгольный. Кроме того, приемно-эвакуационное отделение оснащают предметами ухода за ранеными и больными, умывальником, ведрами, тазами, фонарем и другим имуществом. Для уточнения диагноза и сортировочного заключения при необходимости может быть назначено рентгеновское и лабораторное исследование, которое проводится в развертываемых в непосредственной близости к приемно-эвакуационному отделению лаборатории и рентгеновском кабинете.

На сортировочной площадке и в сортировочных палатках работает весь личный состав приемно-сортировочного отделения. В условиях массового поступления раненых и больных для их медицинской сортировки временно привлекается личный состав других подразделений омедо.

тов, проведении инфузионной терапии и ИВЛ, купировании психомоторного возбуждения, судорожного синдрома и рвоты.

После регистрации поступивших в сортировочную раненых и больных в журнале учета раненых и больных на них заводятся истории болезни и заполняются соответствующие разделы первичных медицинских карточек, которые подшиваются в историю болезни.

Каждое сортировочное заключение, которое не может быть выполнено сразу в присутствии лица, принявшего его, должно обозначаться сортировочной маркой. После выполнения или изменения ранее принятого назначения сортировочная марка заменяется или изымается окончательно при погрузке раненого в транспорт для эвакуации.

Сортировка тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, оказание им медицинской помощи. В процессе медицинской сортировки тяжелораненых и раненых средней степени тяжести устанавливается функциональное подразделение омеда, где им будет оказана необходимая медицинская помощь, определяется очередность направления и необходимые мероприятия медицинской помощи, которые должны быть выполнены непосредственно в сортировочной.

При медицинской сортировке в сортировочной для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести выделяют следующие группы:

- нуждающиеся в хирургической помощи в операционно-перевязочном отделении (направляются в операционную, перевязочную или противошоковую);
- нуждающиеся в интенсивной терапии, терапевтической помощи, мероприятиях симптоматической терапии (направляются в госпитальное отделение);
- нетранспортабельные раненые и больные, нуждающиеся в эвакуации (направляются в госпитальное отделение, где находятся до решения вопроса о возможности их эвакуации);
- подлежащие дальнейшей эвакуации после необходимой медицинской помощи непосредственно в приемно-эвакуационном отделении;
- агонирующие (требующие симптоматического лечения) раненые и больные.

При эвакуации автомобильным транспортом необходимо соблюдать установленные оптимальные сроки ее проведения после оказания квалифицированной хирургической помощи: раненые с огнестрельными переломами конечностей могут быть эвакуированы на 2–3 сутки после операции, после торакотомии — на 2–4 сутки.

К группе нетранспортабельных (имеющих противопоказания к медицинской эвакуации) из числа поступивших в омедо относятся раненые, имеющие: подозрение на продолжающееся внутреннее или неостановленное наружное кровотечение; невосполненную тяжелую кровопотерю; ран-

- раненые и больные, хирургическая и терапевтическая помощь которым вынужденно может быть отложена на короткое время;
- раненые и больные, хирургическая и терапевтическая помощь которым может быть отсрочена;
- раненые и больные, которые, минуя операционно-перевязочное отделение, должны быть эвакуированы на последующий этап медицинской эвакуации, т. е. нуждающиеся в оказании специализированной медицинской помощи;
- раненые и больные, которые после оказания медицинской помощи на сортировочной площадке или в сортировочной приемно-эвакуационного отделения направляются в эвакуационную для принятия решения об их дальнейшей эвакуации, направлении в команду выздоравливающих или возвращении в строй;
- агонирующие (требующие симптоматического лечения) раненые и больные.

Сортировка легкораненых и больных, оказание им медицинской помощи. Врач при проведении медицинской сортировки в сортировочной для легкораненых и больных проводит диагностические мероприятия (опрос раненых и больных; изучение данных первичной медицинской карточки; осмотр раненого без снятия повязок (оценка внешнего вида, цвета кожных покровов); определение ЧСС, АД, частоты и характера внешнего дыхания; уточнение локализации и характера ранения) и разделяет раненых и больных на следующие группы:

- легкораненые и больные, нуждающиеся в оказании первой врачебной помощи в перевязочной в первую или вторую очередь (раненые с кровотечением, без повязок или с плохо наложенной повязкой, нуждающиеся в иммобилизации, с загрязнением РВ ран, ожогов и повязок и т. д.), которые направляются в перевязочную для легкораненых, развертываемую в непосредственной близости к сортировочной для легкораненых;
- легкораненые и больные, нуждающиеся в дальнейшей эвакуации в первую или вторую очередь (раненые со сроками лечения свыше 7 суток, не нуждающиеся в помощи в омето), которые направляются в эвакуационную с указанием определенной очередности эвакуации, а также необходимого типа транспорта (автомобильный, авиационный) и его вида (санитарный транспорт или транспорт общего назначения);
- раненые и больные со сроками лечения до 7 суток, которые оставляются в команде выздоравливающих омето;
- подлежащие возвращению в строй.

Лечебно-профилактические мероприятия в сортировочной для легкораненых заключаются в исправлении наложенных повязок и шин для транспортной иммобилизации, введении столбнячного анатоксина, антибиотиков, анальгетиков, седативных и симптоматических средств, антидо-

вязки, шины (без их снятия) врач принимает сортировочное решение, делает назначения и диктует регистратору данные для записи в первичную медицинскую карточку, дает указания по обозначению сортировочного заключения сортировочной маркой. Пока регистратор заносит данные в первичную медицинскую карточку, регистрирует поступившего в книге учета раненых и больных и заводит историю болезни, а фельдшер выполняет назначения, врач с другим средним медицинским работником и регистратором переходит к следующему раненому или больному (рис. 23).

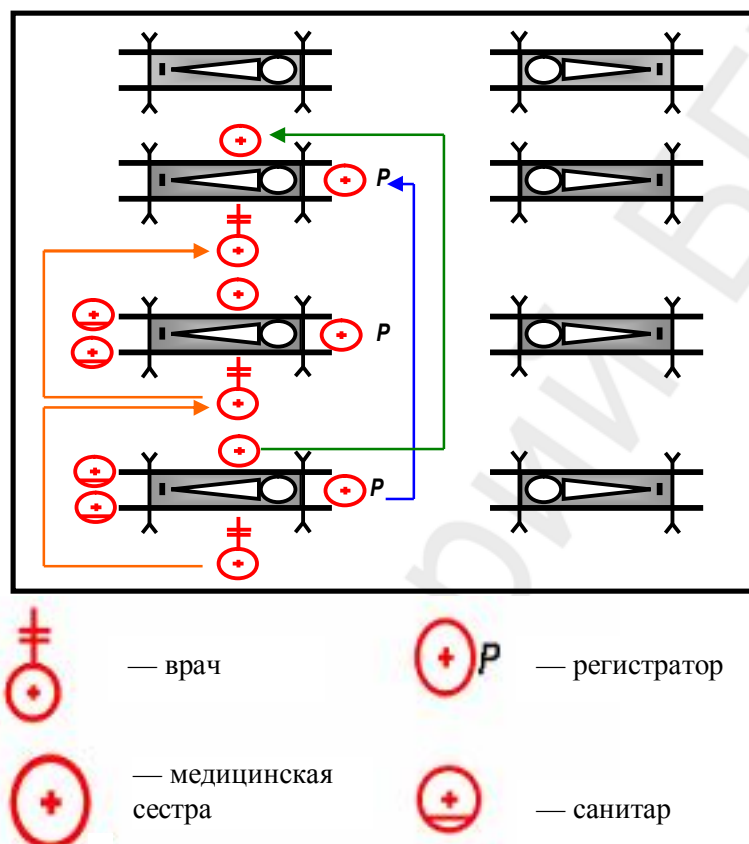


Рис. 23. Схема действий сортировочной бригады на сортировочной площадке омеда

Важно подчеркнуть, что в процессе медицинской сортировки устанавливается очередность направления в то или иное функциональное подразделение омеда, и в случае образования большой очереди в операционно-перевязочное отделение, противошоковую (реанимационную) соответствующих раненых и больных следует немедленно направлять в палаты интенсивной терапии госпитального отделения для проведения там необходимых лечебно-профилактических мероприятий.

Таким образом, в ходе проведения медицинской сортировки раненых и больных разделяют на следующие группы:

– раненые и больные, нуждающиеся в оказании хирургической и терапевтической помощи в омеда по неотложным показаниям;

ные с обширными разрушениями и отрывами конечностей и наложенным жгутом; раненые с признаками анаэробной инфекции.

Эти раненые и больные после их регистрации и оказания им экстренной медицинской помощи (наложение жгута или повязки, дача кислорода, введение антидотов, проведение ИВЛ и др.) на сортировочной площадке (в сортировочной) сразу направляются в соответствующие функциональные подразделения омедо.

После выявления и направления в порядке установленной очередности раненых, нуждающихся в неотложных мероприятиях первой врачебной и квалифицированной хирургической помощи, сортировочные бригады, пользуясь данными эвакуационного конверта и первичной медицинской карточки, результатами опроса самих раненых и больных и сопровождавшего их медицинского персонала, продолжают медицинскую сортировку и оказание медицинской помощи. При проведении указанных мероприятий сортировочные бригады оценивают общее состояние раненых и больных (общий вид, цвет кожных покровов и слизистых, поза, поведение, речь, сознание, частота и ритм дыхания); измеряют пульс и артериальное давление; проводят перкуссию, пальпацию и аускультацию груди и живота; осматривают повязки, определяют характер и локализацию ранения (поражения или заболевания). При наличии у раненых, пораженных или больных индивидуальных дозиметров определяется доза облучения, ставится предварительный диагноз и принимается решение, в какое функциональное подразделение, в какую очередь и как (на носилках или пешком) их направить. Медицинская сестра по указанию врача выполняет назначения, а регистратор производит все необходимые записи в книге приемно-сортировочного отделения, в истории болезни и фиксирует на раненом, пораженном и больном соответствующую сортировочную марку.

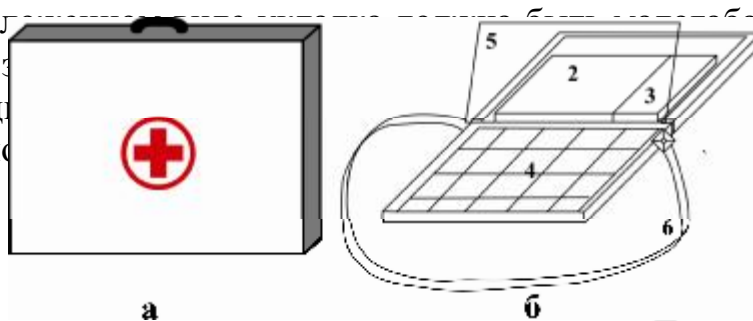
Комплекс лечебно-профилактических мероприятий на сортировочной площадке (в сортировочной) включает введение столбнячного анатоксина, антибиотиков, обезболивающих средств. По показаниям вводятся сердечно-сосудистые и дыхательные аналептики, проводятся ингаляции кислорода, ИВЛ, исправляются ранее наложенные шины и повязки.

При поступлении в омедо 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.

В случае поражения ионизирующим излучением производится купирование первичной реакции.

На основе оценки общего состояния раненого (пораженного) или больного, его жалоб, данных дозиметрии, осмотра места повреждения, по-

освещения. Конструкция укладки позволяет заполнять медицинскую документацию и извлекать сортировочные марки без изменения конфигурации раскладки сортировочного планшета, что значительно экономит время сортировки. В сложенном виде планшет имеет вид чемодана с жесткой корпусной крышкой и поражающей опасностью. Наличие жесткой корпусной крышки и поражающей опасности облегчает перенос.



а *б*
Рис. 22. Сортировочный планшет:

а — в сложенном виде; *б* — в раскрытом виде:

1 — корпус планшета; *2* — футляр для первичных медицинских карточек; *3* — футляр для письменных принадлежностей и средств освещения; *4* — ячейки для сортировочных марок; *5* — крышка отделения для хранения сортировочных марок (прозрачный пластик), которая используется как место оформления медицинской документации; *6* — ремень

На сортировочной площадке раненые и больные снимаются с транспортных средств и располагаются на носилках рядами на подставках или подручных средствах (например, двух параллельно положенных бревнах). Надо помнить, что вновь поступающих раненых нельзя размещать на освободившихся местах в середине ряда, а располагать там, где находятся еще не отсортированные пострадавшие. Ходячие легко раненые и больные размещаются на скамейках, установленных отдельно на сортировочной площадке или в сортировочной для легко раненых.

Медицинская сортировка на сортировочной площадке (при плохой погоде в сортировочной) проводится сортировочными бригадами и начинается с быстрого обхода и осмотра всех раненых и больных для выявления тех, кто нуждается в немедленном оказании неотложной медицинской помощи в соответствующих функциональных подразделениях омега. При этом выявляются лица: находящиеся в состоянии шока и нуждающиеся в связи с этим в немедленных оперативных вмешательствах и противошоковых мероприятиях; имеющие острые расстройства дыхания (с открытым и напряженным пневмотораксом, с явлениями асфиксии), продолжающееся кровотечение, симптомы сдавления головного мозга; раненые в живот, особенно с эвентрацией внутренних органов; раненые в область таза, раненые

Марка прикрепляется на видном месте к одежде (повязке) и остается до выполнения обозначаемого ею мероприятия. Вместе с первичной медицинской карточкой сортировочная марка служит основанием для направления в соответствующее функциональное подразделение без дополнительных указаний. Снятая сортировочная марка заменяется другой с новым сортировочным заключением. Марка окончательно забирается у раненого лишь после погрузки на транспорт для эвакуации на последующий этап или при госпитализации. Рекомендуются следующее количество сортировочных марок:

- операционная 1 очередь — 10;
- операционная 2 очередь — 15;
- протившоковая — 75;
- перевязочная 1 очередь — 30;
- перевязочная 2 очередь 30;
- госпитальное отделение (раненые и больные) — 60;
- эвакуация 1 очередь — 50;
- эвакуация 2 очередь — 100;
- изоляция (инфекционные больные) — 10;
- изоляция (реактивные психозы) — 10;
- специальная обработка — 100;
- команда выздоравливающих — 30.

Сортировочные марки изготавливаются из легкого прочного пластика, не поддерживающего горения, с двусторонним обозначением толщиной 2,5–3,0 мм. Различная геометрическая форма сортировочных марок позволяет проводить обозначение контингентов раненых в условиях плохой освещенности. К каждому знаку для прикрепления его к одежде раненого крепится шнурок длиной 25 см. Вместо него могут быть использованы металлические прищепки или безопасные булавки. Допускается изготовление знаков из алюминиевых сплавов толщиной 1,5–2,0 мм. Знаки не должны терять своих первоначальных свойств (цвета и формы) после влажной обработки, а также при температуре воздуха ± 50 °С.

Сортировочный планшет — укладка для проведения медицинской сортировки раненых и больных в чрезвычайных ситуациях военного и мирного времени, используемая для ускорения медицинской сортировки и сокращения сроков оказания медицинской помощи при массовом поступлении пострадавших (рис. 22).

Сортировочный планшет должен содержать все необходимое для проведения медицинской сортировки. Футляр укладки в раскрытом состоянии представляет собой рабочее место регистратора, он оборудован всем нужным оснащением (переносной столик для заполнения медицинской документации, набор сортировочных марок) и имеет отдел для хранения медицинской документации и письменных принадлежностей, средств

На сортировочной площадке и в сортировочных омедах из числа штатного медицинского персонала создаются сортировочные бригады в составе врача, двух медицинских сестер, двух регистраторов. Для переноски раненых и больных создается одно или несколько звеньев санитаров-носильщиков. В качестве санитаров и санитаров-носильщиков в приемно-сортировочном отделении выступают как штатные санитары, так и военнослужащие из числа выздоравливающих.

При необходимости для работы на сортировочной площадке привлекается терапевт, а в период одномоментного поступления большого количества раненых создаются дополнительные сортировочные бригады за счет временного привлечения личного состава из других подразделений.

Ответственным за организацию и проведение правильной и четкой медицинской сортировки является заместитель начальника омеда по медицинской части — начальник медицинской части, а непосредственно организует эту работу начальник приемно-сортировочного отделения.

Сортировочная марка — марка (бирка), применяемая для оформления результатов медицинской сортировки. Обычно используются стандартные цветные сортировочные марки, на которых обозначены функциональные подразделения этапа медицинской эвакуации и очередность направления (рис. 21).

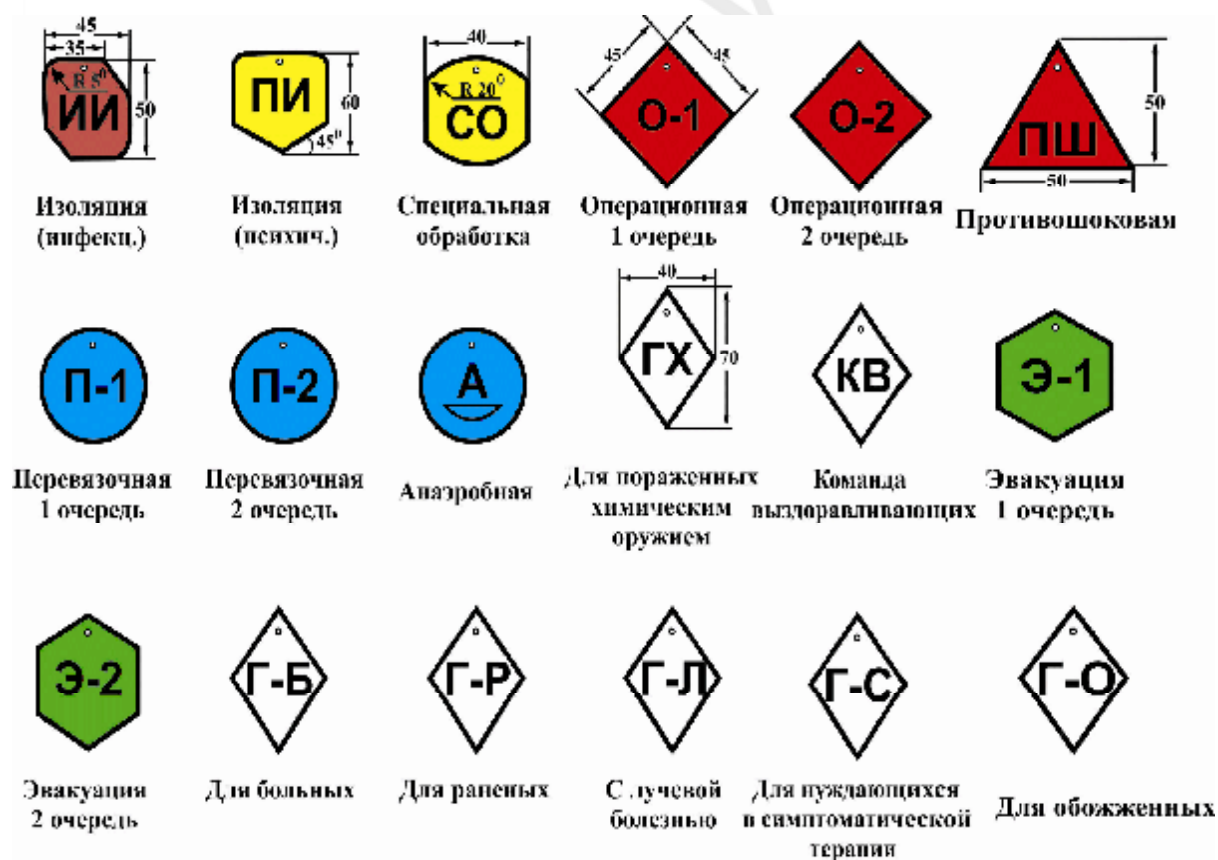
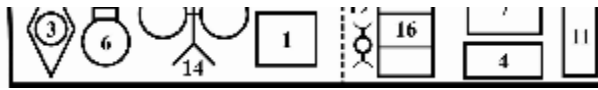


Рис. 21. Сортировочные марки



При возможности развернуть подразделения приемно-эвакуационного отделения в укрытии, их развертывают по схеме, представленной на рис. 20.

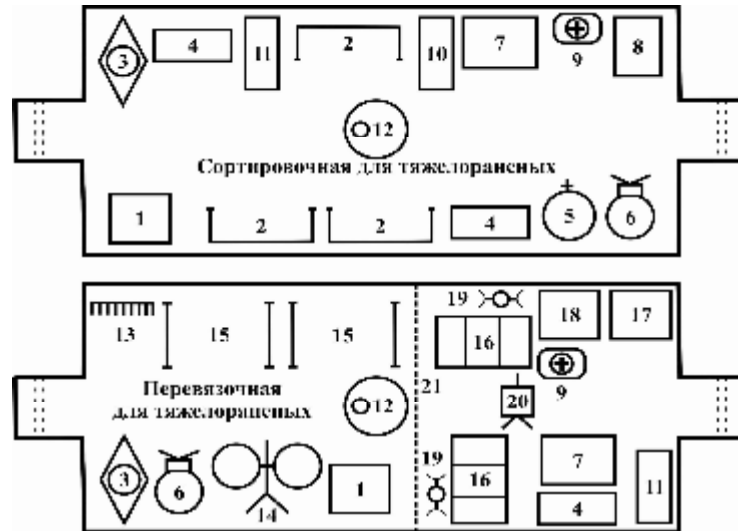


Рис. 20. Схема оборудования приемно-эвакуационной в укрытии:

1 — стол регистратора; 2 — станок трехместный для размещения раненых на носилках; 3 — фильтровентиляционная установка; 4 — скамья складная; 5 — бачок с питьевой водой; 6 — умывальник; 7 — стол для лекарственных средств; 8 — стол хозяйственный; 9 — кислородный ингалятор; 10 — ящик укладочный с предметами ухода; 11 — ящик укладочный для перевязочных материалов; 12 — печь; 13 — вешалка; 14 — тазы для мытья рук врача; 15 — подставки низкие под носилки; 16 — стол перевязочный; 17 — стол для стерильных инструментов; 18 — стол для стерильных материалов; 19 — флаконодержатель; 20 — столик инструментальный; 21 — занавес разгораживающий

Организация и проведение сортировки и оказания медицинской помощи раненым и больным в приемно-эвакуационном отделении. Для проведения медицинской сортировки большого количества раненых и больных за минимальный промежуток времени необходимо:

- развернуть и оснастить сортировочный пост, сортировочную площадку и сортировочные;
- сформировать (определить состав) и оснастить сортировочные бригады;
- провести занятия с личным составом сортировочных бригад и санитарными инструкторами-дозиметристами сортировочного поста по порядку проведения сортировки и оказанию неотложной медицинской помощи;
- подготовить сортировочные марки;
- подготовить сортировочный планшет и установленные формы документов для ведения военно-медицинского учета и отчетности.

1 — станок шестиместный; 2 — стол регистратора; 3 — умывальник; 4 — бачок с питьевой водой; 5 — скамья полевая складная; 6 — вешалка для одежды; 7 — кислородный ингалятор; 8 — ящик для шин и перевязочных материалов; 9 — стол для лекарственных средств; 10 — стол хозяйственный; 11 — ящик хозяйственный; 12 — печь; 13 — мачта палатки

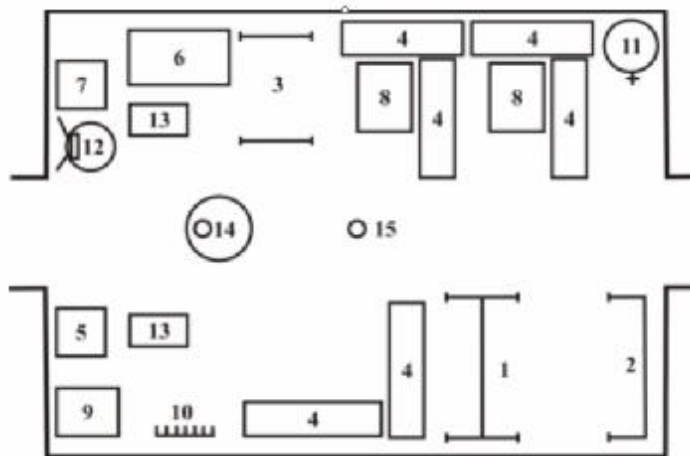


Рис. 18. Схема оборудования сортировочной для легкораненых и больных в палатке УСТ-56:

1 — станок трехъярусный шестиместный для размещения на носилках; 2 — станок трехъярусный трехместный для размещения на носилках; 3 — подставки под носилки низкие; 4 — скамья; 5 — стол регистратора; 6 — стол медицинской сестры; 7 — стол для лекарственных средств; 8 — стол хозяйственный; 9 — комплект Б-1; 10 — вешалка; 11 — бачок с питьевой водой; 12 — умывальник; 13 — табурет складной; 14 — печь; 15 — стойка

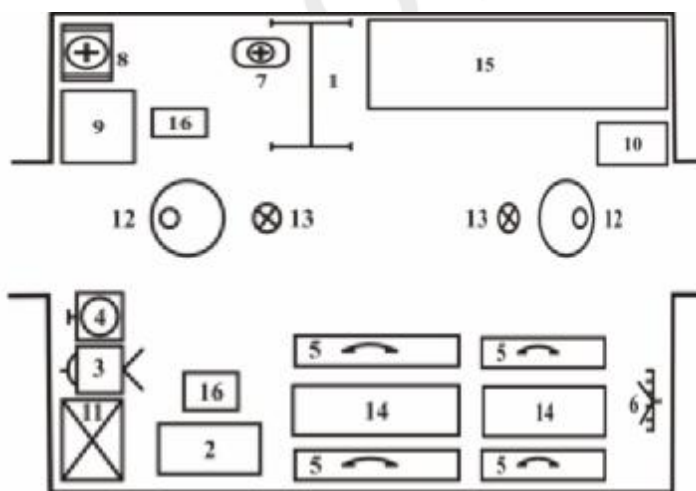


Рис. 19. Схема оборудования сортировочной для легкораненых и больных в палатке USB-68:

1 — станок шестиместный; 2 — стол регистратора; 3 — умывальник; 4 — бачок с питьевой водой; 5 — скамья полевая складная; 6 — вешалка для одежды; 7 — кислородный ингалятор; 8 — ящик для шин и перевязочных материалов; 9 — стол для лекарственных средств; 10 — стол хозяйственный; 11 — ящик хозяйственный; 12 — печь; 13 — мачта палатки; 14 — стол для приема пищи; 15 — нары; 16 — табурет складной

Схемы оборудования сортировочных для легкораненых и больных в палатках УСТ–56 и УСБ–68 представлены на рис. 18, 19.

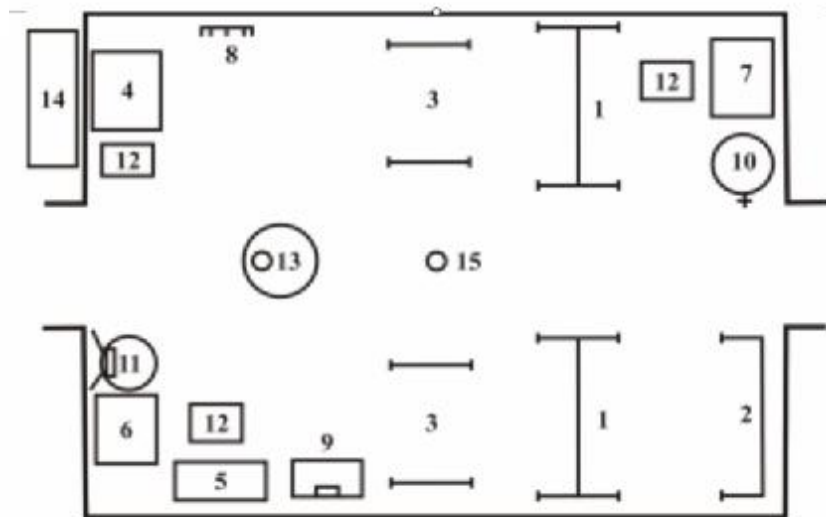


Рис. 16. Схема оборудования сортировочной для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести в палатке УСТ–56:

1 — станок трехъярусный шестиместный для размещения раненых на носилках; 2 — станок трехъярусный трехместный для размещения раненых на носилках; 3 — подставки под носилки низкие; 4 — стол регистратора; 5 — стол медицинской сестры; 6 — стол для лекарственных средств; 7 — стол хозяйственный; 8 — вешалка; 9 — кислородный ингалятор; 10 — бакоч с питьевой водой; 11 — умывальник; 12 — табурет складной; 13 — печь; 14 — навес для носилок; 15 — стойка

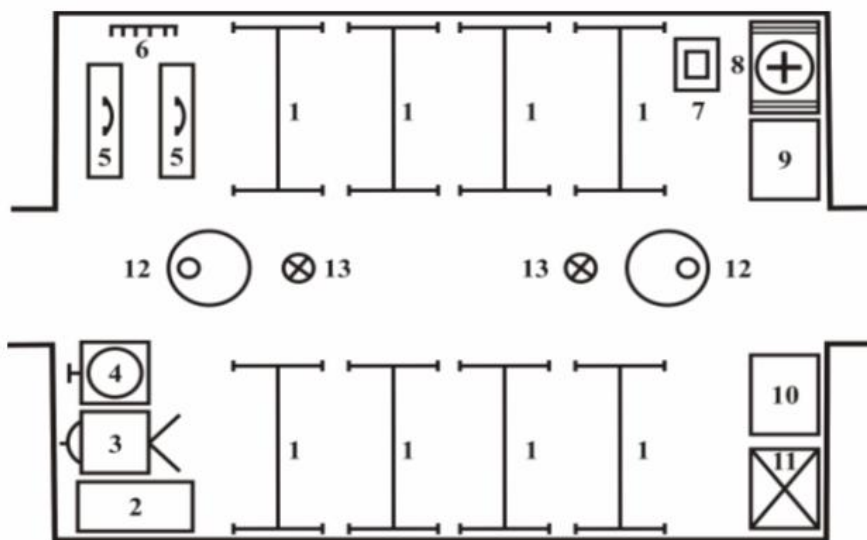


Рис. 17. Схема оборудования сортировочной для тяжелораненых и раненых средней тяжести в палатке УСБ–68:

заявленный стол для предметов питания и ящик для хранения предметов ухода располагают в другом конце палатки.

Размещение на двухъярусных нарах раненых и больных позволяет увеличить их количество в одной сортировочной палатке (рис. 14). Освещаются палатки лампами накаливания, работающими от передвижной электростанции.

Аварийное освещение осуществляется с помощью фонаря типа «Летучая мышь». Фонари лучше всего крепить на мачтах палатки с использованием специальных кронштейнов (рис. 15).

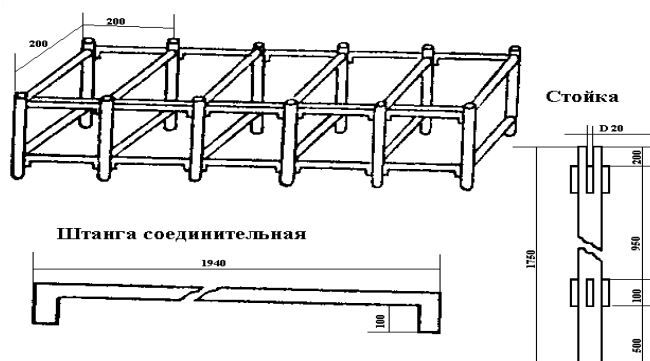


Рис. 14. Нары двухъярусные для размещения легкораненых

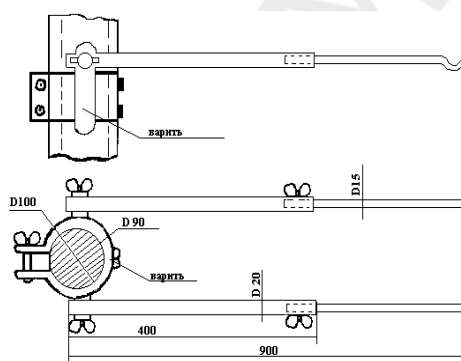


Рис. 15. Кронштейн к осветительной лампе

Сортировочная для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести предназначена для приема, регистрации, временного размещения тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, проведения их медицинской сортировки, оказания первой врачебной помощи раненым, ожидающим направления в соответствующие функциональные подразделения омеда, а также обеспечения им соответствующего ухода.

Схемы оборудования сортировочных для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести в палатках УСТ-56 и УСБ-68 представлены на рис. 16, 17.

Сортировочная для легкораненых и больных предназначена для приема, регистрации, временного размещения поступивших в омеда легкораненых и больных; оказания всем нуждающимся неотложной медицинской помощи; проведения внутрипунктовой и эвакуационно-транспортной медицинской сортировки; подготовки нуждающихся к эвакуации в ВПГ, ГВКМЦ и ЛПО МЗ. Сортировочную для легкораненых следует развертывать на некотором удалении от других подразделений омеда, но в непосредственной близости к перевязочной для легкораненых. Это дает возможность выделить легкораненых в отдельный поток. В теплое летнее время сортировочная для легкораненых может располагаться вне помещений, под открытым небом.

Организация работы на сортировочной площадке заключается в оказании раненым и больным неотложных мероприятий медицинской помощи и проведении их медицинской сортировки с целью направления в соответствующие подразделения омедо.

Сортировочные

Сортировочные омедо предназначены для приема, регистрации и размещения лежа на носилках, нарах или сидя не менее 60 раненых и больных, проведения их медицинской сортировки, оказания первой врачебной помощи раненым до их отправки в соответствующие функциональные подразделения омедо, временного размещения раненых и больных, не нуждающихся в оказании медицинской помощи на данном этапе до их дальнейшей эвакуации по назначению, а также обеспечения раненым и больным соответствующего ухода (согревание, питание и т. д.).

Сортировочная для легкораненых, как и сортировочная для раненых средней тяжести и тяжелораненых, оборудуется в палатках УСБ–56 (УЗ–68) или в приспособленных помещениях.

Сортировочные палатки оборудуются: столами для регистратора; столами для медикаментов, на которых укладываются необходимые медикаментозные средства (противостолбнячная сыворотка, антибиотики, обезболивающие и противогистаминные средства, сердечные и дыхательные analeптики, атропин, antidоты), стерильные перевязочные материалы, простейшие инструменты (корнцанг, пинцет, ножницы в стеклянной банке с дезинфицирующим раствором), стерильные шприцы с иглами; станками для размещения раненых и больных на носилках, подставками под носилки, столами для медицинской сестры; столами для лекарственных средств, столами хозяйственными, вешалками, аппаратурой для проведения ИВЛ, емкостями с питьевой водой, умывальниками, табуретами, приборами для обогрева, стойками, комплектами первичного медицинского учета (первичные медицинские карточки, истории болезни, книги учета раненых и больных, эвакуационные ведомости и конверты и т. д.), комплектами сортировочных марок, навесом для носилок.

На видном месте для оказания неотложной медицинской помощи в сортировочных палатках должны быть жгуты, желудочные зонды, набор перевязочный малый, сердечные средства, antidоты и другое медицинское имущество, содержащееся в комплектах В–2, Б–1, Б–2, Б–3, а также ингаляторы кислорода и аппараты ИВЛ. Регистрационный и медицинский столы располагают вблизи от входа. Недалеко от столов размещается кислородный ингалятор, шины для транспортной иммобилизации. В каждой сортировочной палатке необходимо иметь полевой колориметр типа ДП–70. Умывальник следует ставить недалеко от медицинского стола. Хо-

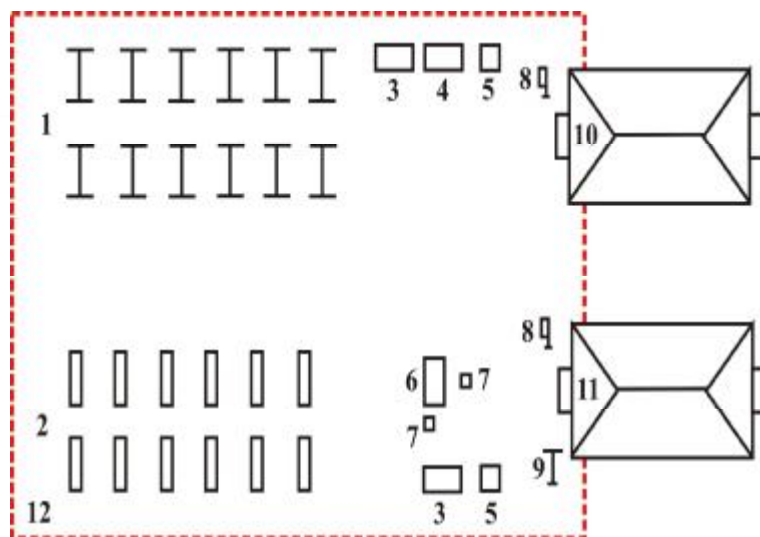


Рис. 11. Схема разворачивания сортировочной площадки:

1 — подставки под носилки; 2 — скамейки складные; 3 — стол для медикаментов; 4 — стол для санитарно-хозяйственного имущества; 5 — ящики для медикаментов; 6 — стол регистратора; 7 — табурет складной; 8 — умывальники; 9 — вешалка; 10 — сортировочная для тяжелораненых; 11 — сортировочная для легкораненых; 12 — границы сортировочной площадки

Помимо этого, на сортировочной площадке размещаются: переносной столик с необходимыми лекарственными средствами, перевязочным материалом и инструментарием, а также шины, кислородная и дыхательная аппаратура, комплекты медицинского имущества, ящики для сбора оружия, обменный фонд носилок и другие необходимые принадлежности.

Обменный фонд носилок лучше всего организовать в виде пирамиды (рис. 12). При поступлении большого потока раненых возможно применение специальных станков, на которых можно размещать носилки в три яруса (рис. 13).

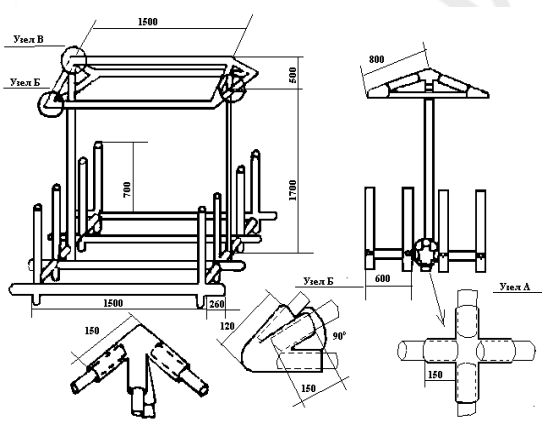


Рис. 12. Пирамида для носилок

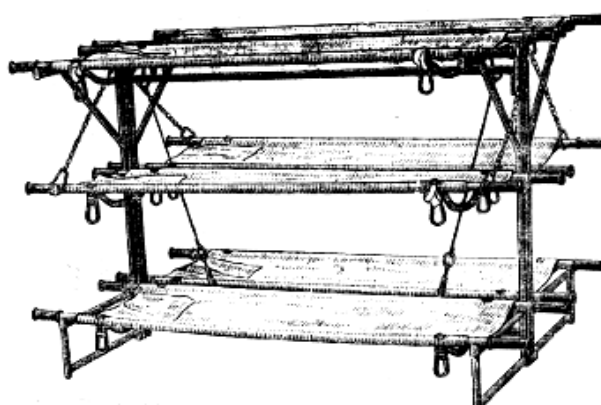


Рис. 13. Станок шестиместный для размещения раненых СП-6 (станок Павловского)

нившие способность к самостоятельному передвижению, следуют в указанное подразделение омедо.

Тяжелораненые и раненые средней степени тяжести, а также раненые, сохранившие способность к самостоятельному передвижению, но имеющие повреждения внутренних органов, проникающие ранения полостей, крупных суставов, нервных и сосудистых стволов, органа зрения, переломы длинных трубчатых костей, выраженную первичную реакцию при острой лучевой болезни, бронхоспазм или судороги, сильный болевой синдром, должны быть оставлены в автомобиле и направлены на сортировочную площадку или сортировочную для раненых средней степени тяжести и тяжелораненых.

Кроме этого, санитарный инструктор-дозиметрист проводит дозиметрический контроль радиоактивного заражения транспорта, наблюдает за воздушной, радиационной, химической обстановкой и в случае опасности оповещает о ней личный состав омедо. При угрозе поступления раненых и больных, зараженных РВ, санитарный инструктор-дозиметрист надевает защитный костюм и респиратор, а при поступлении пораженных ОВ или БС — защитный костюм и противогаз, контролирует соблюдение мер маскировки личным составом и водителями автомобилей.

При одновременном прибытии на санитарный пост более двух единиц санитарного транспорта и поступлении в течение короткого промежутка времени (10–15 мин) более 20–25 раненых и больных для работы на сортировочный пост немедленно направляются фельдшер и второй санитарный инструктор приемно-сортировочного отделения для того, чтобы они смогли в максимально короткие сроки выполнить мероприятия медицинской сортировки.

Сортировочная площадка

Сортировочная площадка представляет собой участок местности перед сортировочными палатками омедо, предназначенный для размещения и проведения медицинской сортировки раненых и больных сортировочными бригадами вне помещений.

Н. И. Пирогов в своем классическом труде «Военно-врачебное дело» писал: «Опытный администратор на главном перевязочном пункте всегда обратит первое внимание на правильную раскладку раненых рядами в линии у главного перевязочного пункта так, чтобы ряды образовывали широкие проходы-улицы, открывающие доступ к каждому из раненых».

В соответствии с этим принципом и в настоящее время на сортировочной площадке, развернутой непосредственно перед сортировочными палатками, устанавливаются подставки под носилки таким образом, чтобы носилки располагались рядами и имелся свободный подступ к каждой из них (рис. 11).

Для подачи звуковых сигналов на сортировочном посту устанавливается соответствующее приспособление, которое может включать в себя артиллерийскую гильзу, подвешенную на шнуре к стойке (дереву, кусту и т. д.) (рис. 10), металлический стержень длиной 50–60 см либо иное сигнальное устройство. Помимо этого, санитарному инструктору-дозиметристу сортировочного поста выдается таблица с указанием сигналов, подаваемых при поступлении раненых и больных в омеда, возникновении радиационной или химической опасности, появлении опасности нападения противника.

Для проведения первичной медицинской сортировки у санитарного инструктора-дозиметриста имеется комплект сортировочных марок («Санитарная обработка», «Изоляция»). В целях личной защиты санитарный инструктор-дозиметрист оснащается средствами индивидуальной защиты: общеевойсковым защитным комплектом (ОЗК), противогазом, респиратором.

Для подъема (спуска) в кузов (с кузова) грузового автомобиля легко раненых и больных на сортировочном посту должна быть соответствующая лестница (подставка).

На сортировочном посту раненые и больные распределяются на следующие группы:

1) *опасные для окружающих:*

- инфекционные больные и лица с заболеваниями, подозрительными на заразные (направляются в изолятор для инфекционных больных);
- лица с психическими расстройствами, находящиеся в состоянии психомоторного возбуждения (направляются в изолятор для больных с психическими расстройствами);
- нуждающиеся в санитарной обработке раненые, больные и пораженные стойкими ОВ, имеющие загрязнение открытых частей тела и обмундирования РВ с мощностью дозы излучения, превышающей безопасные, или находившиеся в зоне применения БС (направляются в ОСО);

2) *не представляющие опасности для окружающих:*

- легко раненые и легкобольные (ходячие);
- раненые и больные средней тяжести и тяжелые (носилочные).

Если в результате опроса и осмотра раненых и больных, опроса сопровождающего медицинского персонала и водителя, а также на основании данных первичных медицинских карточек и результатов дозиметрического контроля санитарный инструктор-дозиметрист сортировочного поста не выявил среди поступивших раненых и больных признаков заражения РВ и ОВ, требующих направления в ОСО, а также признаков инфекционных заболеваний или психических расстройств, требующих направления в изолятор, то он подает команду «Ходячие выходи» и направляет легко раненых и легкобольных в сортировочную для легко раненых или на сортировочную площадку. По команде санитарного инструктора раненые и больные, сохра-

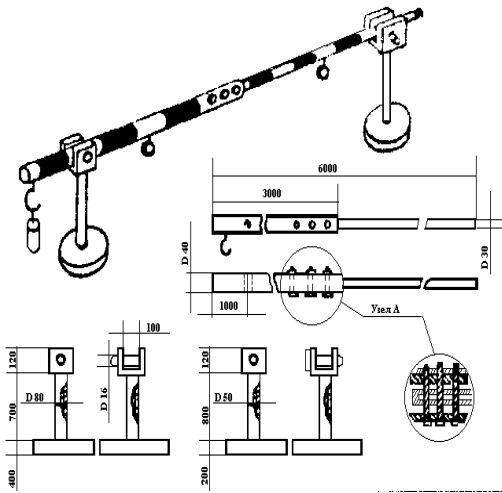


Рис. 6. Шлагбаум

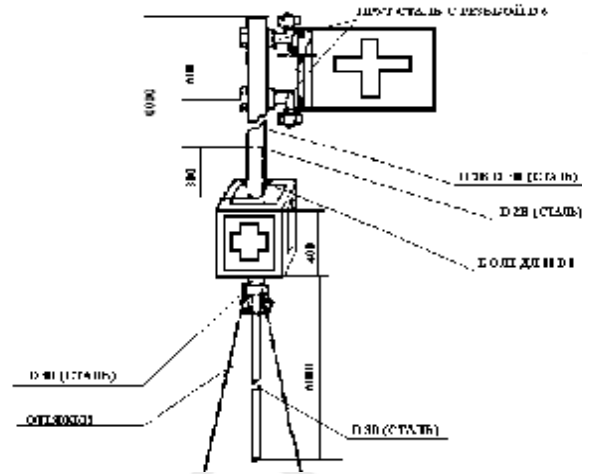


Рис. 7. Мачта с фонарем и флагом

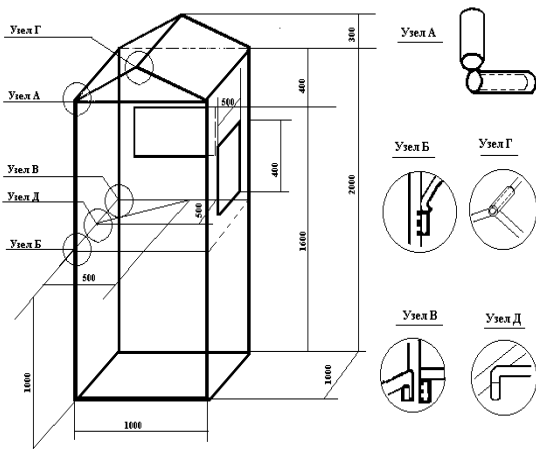


Рис. 8. Устройство для защиты от ветра, дождя и снега

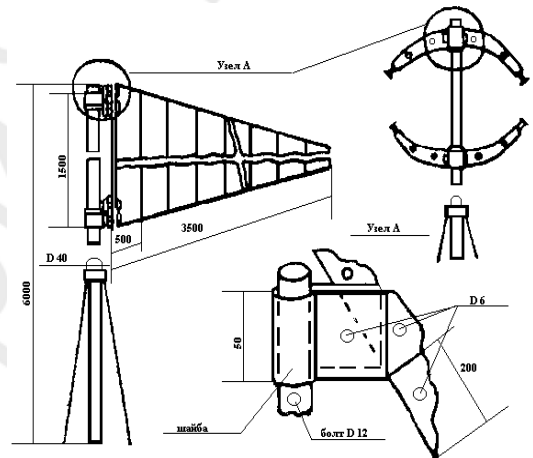


Рис. 9. Указатель направления ветра

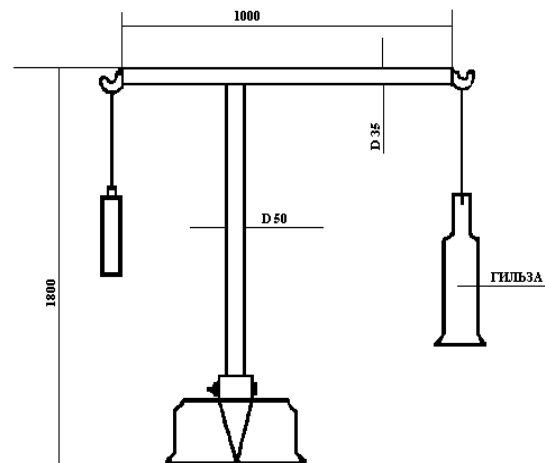


Рис. 10. Приспособление для подачи звуковых сигналов

– оповещении личного состава омеда о прибытии раненых путем подачи установленного звукового сигнала, а при необходимости вызова помощи на сортировочный пост;

– сборе информации о характере поражения (получении сведений у водителя транспортного средства или сопровождающего транспортное средство медицинского работника), о воздействии противника оружием массового поражения на подразделение, из которого поступают раненые и больные, или об эвакуации их через районы радиационного, химического или биологического заражения;

– проверке имеющейся медицинской документации (первичной медицинской карточки, истории болезни и др.) на предмет указаний о необходимости изоляции или специальной обработки (сигнальные полосы первичной медицинской карточки).

Выбирать место для размещения сортировочного поста необходимо так, чтобы обеспечивалось беспрепятственное поступление раненых на сортировочную площадку, в изоляторы, ОСО, минуя другие отделения омеда.

Флаг с красным крестом, установленный на сортировочном посту, должен быть хорошо заметен с дороги, по которой эвакуируют раненых. В случае невозможности размещения сортировочного поста в зоне видимости на дороге устанавливаются пикетажные знаки, указывающие направление движения транспорта, доставляющего раненых и больных в омеда к сортировочному посту. Пикетажные знаки должны указывать путь и в ночное время (фонарь, флюоресцирующая краска и т. д.).

На дороге, ведущей к площадке развертывания омеда, в месте размещения сортировочного поста устанавливается шлагбаум (рис. 6), дорожный знак «Стоп» и знак с надписью «Сортировочный пост».

Одним из вариантов обозначения сортировочного поста является мачта с флагом и фонарем (рис. 7).

Для защиты санитарного инструктора-дозиметриста, работающего на сортировочном посту, от неблагоприятных климатических факторов (дождя, снега, ветра, прямых солнечных лучей) пост оборудуется защитным устройством (рис. 8).

В случае применения противником оружия массового поражения или заражения территории в результате техногенной аварии сортировочный пост оснащается указателем направления ветра (рис. 9).

Санитарный инструктор-дозиметрист сортировочного поста 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.

нитарной обработки, а также специальной обработки их обмундирования, оружия, личных вещей и доставившего их транспорта;

- оказание неотложной медицинской помощи нуждающимся раненым и больным и направление их в основные функциональные подразделения омедо;

- подготовка раненых и больных к дальнейшей эвакуации в лечебные организации по назначению.

Общая емкость приемно-сортировочных и эвакуационных помещений (палаток) должна обеспечивать одновременный прием и нахождение в них не менее 100 раненых и больных.

Сортировочный пост

Сортировочный пост выставляется при въезде на площадку омедо и оборудуется флагом с изображением красного креста, указателями с надписью «Отдельный медицинский отряд», «Сортировочный пост», «Стоп», средствами для подачи звуковых сигналов, таблицей с сигналами оповещения, оснащается приборами радиационной и химической разведки. В темное время суток вывешивается фонарь с изображением красного креста. На сортировочном посту работает санитарный инструктор-дозиметрист.

Задачи сортировочного поста следующие:

- встреча санитарного транспорта и проведение медицинской сортировки 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, 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 сортировочного поста заключается в следующем:

- подготовке к работе на сортировочном посту санитарного инструктора-дозиметриста, оснащении его необходимым имуществом для наблюдения за воздушной обстановкой и обстановкой на окружающей территории;

- остановке транспорта, доставившего раненых, перед сортировочным постом и недопущении попадания на сортировочную площадку омедо поступающих раненых и больных, нуждающихся в изоляции и санитарной обработке;

Отчетные медицинские документы составляются и представляются должностными лицами управления омедо в соответствии с порядком и сроками, установленными табелем срочных донесений по видам обеспечения на военное время.

Административно-организационные (служебные) документы, разрабатываемые в омедо, включают: приказы (по строевой части, по боевой подготовке и другим вопросам, право регламентировать которые представлено начальнику омедо), приказание, рапорты, доклады, донесения, расписания занятий, отчеты, протоколы, акты, справки, служебные письма, заявки, командировочные удостоверения и другие, разработанные в установленном порядке документы (текстовые и графические), написанные или нарисованные от руки в рабочих тетрадях или на отдельных листах, напечатанные на пишущей машинке, изготовленные на персональных электронно-вычислительных машинах.

Кроме этих документов, в омедо ведут книгу приказаний по омедо, книгу (журнал) поступивших радио- и телефонограмм, книгу (журнал) отправленных радио- и телефонограмм, журнал учета доз облучения личного состава, журнал учета уровней радиации на местности, книгу приема и сдачи дежурств по омедо, кодовые таблицы, справочные материалы.

При выходе из строя органа управления медицинской службы бригады (начальника медицинской службы) ПУ омедо должен быть готов временно принять на себя управление медицинской службой соединения.

Приемно-эвакуационное отделение

Приемно-эвакуационное отделение омедо является функциональным подразделением и развертывается силами и средствами приемно-сортировочного отделения с привлечением личного состава хирургического отделения и отделения госпитализации, а также взвода обеспечения.

В составе приемно-эвакуационного отделения развертываются следующие функциональные элементы: сортировочный пост, сортировочная площадка, сортировочная для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, сортировочная для легкораненых, эвакуационная для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, эвакуационная для легкораненых, перевязочная для легкораненых, а также отделение специальной обработки и вертолетная площадка.

В приемно-эвакуационном отделении омедо осуществляется:

- прием, временное размещение, регистрация и медицинская сортировка поступивших раненых и больных;
- выявление и направление в изолятор инфекционных больных;
- выявление раненых и больных, имеющих заражение открытых участков тела и обмундирования РВ, ОВ и БС, проведение им полной са-

На входе в ПУ устанавливается табличка с надписью «Пункт управления», а также устройство для подачи звуковых сигналов предупреждения и оповещения.

Большое значение в деятельности должностных лиц ПУ имеет разработка, передача, хранение и использование служебных документов, которые можно объединить в две группы: боевые и административно-организационные.

Боевые документы разрабатываются в соответствии со сборниками форм документов и правилами разработки и оформления боевых документов.

Административно-организационными (служебными) документами являются все документы, касающиеся повседневной организаторской, административной и хозяйственной деятельности омедо.

Боевые документы, разрабатываемые в омедо, по своему назначению и содержанию подразделяются на три вида:

- документы по управлению отрядом;
- отчетно-информационные документы;
- справочные документы.

Документы по управлению омедо могут быть планирующими и исполнительными.

К планирующим документам относятся: оформленное в виде плана решение начальника омедо на марш, перевозку железнодорожным, речным, авиационным транспортом; план защиты, охраны и обороны омедо; план перевода омедо на строгий противоэпидемический режим работы.

Исполнительными документами являются: боевой приказ на развертывание и организацию действий омедо (прил. 3); боевой приказ на марш (прил. 4); приказ на расположение на месте и др.

Среди *отчетно-информационных документов* выделяют:

- учетные медицинские документы;
- отчетные медицинские документы.

Учетные медицинские документы обеспечивают единообразную систематическую регистрацию по строго установленной форме данных, характеризующих работу подразделений омедо. Документы, подлежащие постоянному хранению, пересылаются в военный медицинский архив Министерства обороны Республики Беларусь. Документы, которые хранить не требуется, уничтожаются в установленном порядке.

Должностные лица управления омедо разрабатывают, систематизируют, хранят, анализируют документы военного медицинского учета и контролируют правильность их ведения, а также документов учета по службам тыла.

Перечень документов военного медицинского учета омедо и их значение представлены в прил. 5.

ненных и больных с поля боя, районов массовых санитарных потерь и из МП воинских частей;

- ведение оперативного учета наличия и движения раненых и больных в омето, а также учет личного состава, техники, вооружения и другого имущества омето;

- ведение учета доз облучения личного состава омето;

- комплектование подразделений омето личным составом, вооружением, техникой, пополнение запасов материальных средств, а также снабжение медицинских подразделений воинских частей соединения медицинским имуществом и техникой;

- организация мероприятий по материально-техническому обеспечению личного состава омето, а также поступивших раненых и больных;

- организация мероприятий по подготовке и отправке тел умерших в омето раненых и больных в центр (пункт) сбора, приема, обработки и отправки тел погибших военнослужащих;

- организация мероприятий по защите, охране и обороне омето в районах его развертывания, размещения и при передвижении;

- ведение учета и отчетности по всем службам, обеспечение своевременного представления установленных донесений командиру и начальнику медицинской службы бригады;

- организация мероприятий по сохранению живучести и своевременному восстановлению вышедших из строя подразделений омето.

При возможности наиболее целесообразно развертывать ПУ и размещать в нем подразделения управления в имеющихся защитных стационарных помещениях (убежищах, укрытиях). При их отсутствии или недостатке ПУ омето может быть размещен в палатках УСТ–56, УЗ–68, УЛ–68, ПМК и др. При размещении ПУ в двух палатках в одной располагается командование и медицинская часть омето, во второй — отделение материально-технического обеспечения и финансовая служба. Оборудуются рабочие места для начальника омето и его заместителей, дежурного по омето, личного состава медицинской части, отделения материально-технического обеспечения и финансовой службы, помещение для секретного делопроизводства. Рядом с ПУ в укрытии силами отделения связи развертывается узел связи.

На ПУ омето устанавливается: аппаратура связи (радиостанция и телефонные аппараты); металлические ящики (сейфы) для документов; умывальник, вешалка, необходимое количество столов, табуретов; доска документации дежурного по омето и доска объявлений.

На доске документации вывешиваются административно-организационные документы: инструкция дежурному по омето; схема развертывания, инженерного оборудования, защиты, охраны и обороны омето с расчетом сил и средств; сигналы оповещения, табель постам, график дежурств по омето и другие необходимые документы.

Пункт управления

Силами и средствами структурных подразделений управления, а также взвода обеспечения и отделения связи омето разворачиваются *пункт управления (ПУ)* и *узел связи омето* (рис. 5).

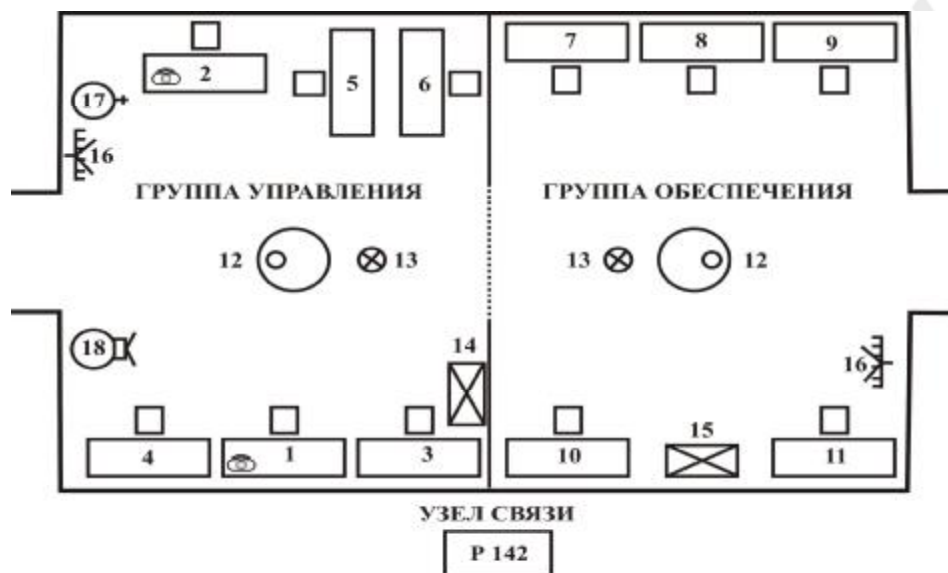


Рис. 5. Схема оборудования ПУ:

1 — начальник омето; 2 — дежурный по омето; 3 — заместитель начальника омето — начальник медицинской части; 4 — заместитель начальника омето по идеологической работе; 5 — делопроизводитель медицинской части; 6 — статистик; 7 — помощник начальника омето по материально-техническому обеспечению; 8 — начальник продовольственной и вещевого служб; 9 — делопроизводитель; 10 — начальник финансовой службы; 11 — бухгалтер; 12 — печь; 13 — стойка средняя; 14 — металлическая шкапулка для секретных документов; 15 — металлическая шкапулка для денежных средств и финансовых документов; 16 — вешалка; 17 — бачок с питьевой водой; 18 — умывальник

На ПУ, как на орган управления омето, возлагаются следующие задачи:

- отмотобилизование и приведение омето в боевую готовность;
- организация управления подразделениями омето, обеспечение и поддержание надежной связи с командными пунктами бригады, воинских частей, а также подразделениями омето, санитарно-эпидемиологической лабораторией, отдельными медицинскими отрядами и военными полевыми госпиталями, ЛПО МЗ, действующими в интересах соединения;
- систематический сбор информации о местоположении, состоянии МП воинских частей бригады и воинских частей, действующих в районе территориальной ответственности омето, наличии в них раненых и больных;
- выделение сил и средств для усиления медицинской службы воинских частей соединения средствами розыска, сбора и вывоза (выноса) ра-

– свернуть имущество омедо и погрузить его на транспортные средства (большое значение для быстрого развертывания омедо имеет правильная загрузка автомобильного транспорта, в связи с чем при погрузке имущества особое внимание обращают на последовательность заполнения им автомобилей);

– определить маршрут и график движения колонны омедо (перемещение омедо осуществляется по заранее разработанному графику со строгим соблюдением мер маскировки, установленной скорости движения и дистанции между автомобилями);

– выделить силы и средства для медицинского обеспечения марша воинских частей и подразделений бригады, для развертывания или усиления временных медицинских пунктов на маршрутах движения;

– определить порядок построения колонны омедо, его место в походном порядке бригады, время движения, порядок связи, условные сигналы (омедо перемещается в новый район в полном составе или поэшелонно, чаще всего в составе колонны тыла бригады);

– организовать и обеспечить проведение мероприятий медицинского обеспечения бригады в период марша;

– прибыв в указанный район, приступить к развертыванию подразделений омедо на выбранной площадке (омедо должен быть готов к приему раненых сразу же по прибытию к месту развертывания, в связи с чем в первую очередь развертываются и оборудуются функциональные подразделения, предназначенные для приема и сортировки раненых и больных и проведения неотложных мероприятий первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи).

При совершении марша в составе тыла бригады омедо следует в голове колонны тыла одной колонной. При совершении марша самостоятельно колонна омедо формируется по его подразделениям с выделением части сил и средств в группу обеспечения движения и замыкания. Марш омедо организуется в соответствии с решением начальника омедо. В решении на марш и пояснительной записке к нему указываются: маршрут передвижения; исходный рубеж и рубежи регулирования, время их прохождения; скорость движения колонны, дистанция между машинами и подразделениями; районы привалов, дневного (ночного) отдыха; задачи и состав рекогносцировочной группы; построение колонны омедо на марше; задачи группе обеспечения движения, группе технического замыкания и охране; организация защиты, охраны и обороны на марше, обеспечения техники безопасности и организация управления (прил. 4).

Организация работы функциональных подразделений отдельного медицинского отряда

ния и другие укрытия, ранее занимаемые подразделениями и воинскими частями тыла сменяемого соединения.

В ходе наступления омедо выполняет свои задачи, сочетая действия на месте с перемещением за обеспечиваемыми воинскими частями бригады. Периодичность перемещения омедо зависит от темпов наступления войск, поставленных омедо задач, величины санитарных потерь в соединении и других условий (обычно перемещение происходит с выполнением бригадой дальнейшей задачи или задачи дня).

При ведении наступления на обороняющегося противника с выдвиганием из глубины, при выдвигании соединения из исходного района к рубежу перехода в атаку омедо следует за первым эшелоном соединения в готовности к размещению (развертыванию) в назначенном районе. В дальнейшем омедо перемещается так же, как и при наступлении на обороняющегося противника из положения непосредственного соприкосновения с ним.

В случае преследования противника омедо развертывается, как правило, с вступлением в бой главных сил бригады.

При овладении городом (населенным пунктом) омедо развертывается вне города или на его окраине, как правило, на меньшем удалении от линии фронта, чем при наступлении в обычных условиях.

При форсировании водных преград, по мере выхода бригады непосредственно к участкам форсирования, омедо размещается за воинскими частями первого эшелона; на противоположный берег переправляется по мостам или на паромах в соответствии с графиком переправы соединения.

После переправы на противоположный берег омедо развертывается за воинскими частями, ведущими бой, сообразуясь с обстановкой и глубиной (удалением) плацдарма (рубежа). В дальнейшем действия (перемещение) омедо осуществляются аналогично условиям наступления на обороняющегося противника.

Организация перемещения отдельного медицинского отряда

Перемещение омедо организуется в соответствии с планом медицинского обеспечения бригады и складывающейся обстановкой. Омедо свертывается и перемещается в указанный район согласно приказу командира бригады или распоряжению начальника медицинской службы.

При получении приказа (распоряжения) на перемещение омедо необходимо:

- обеспечить прекращение поступления раненых и больных в омедо;
- определить порядок освобождения омедо от всех транспортабельных и нетранспортабельных раненых и больных и обеспечить их эвакуацию на последующие этапы медицинской эвакуации;

Пропускная способность омедо при оказании квалифицированной медицинской помощи в полном объеме составляет 200 раненых и больных в сутки, при сокращенном объеме помощи (неотложные мероприятия квалифицированной медицинской помощи по жизненным показаниям) — до 300 раненых и больных в сутки.

Для госпитализации раненых и больных со сроками лечения до 7 суток и нетранспортабельных раненых и больных в омедо развертывается госпитальное отделение на 50 коек. При омедо может содержаться команда выздоравливающих численностью до 30 человек, которые до отправки в воинские части могут привлекаться для обслуживания тяжелораненых.

Эвакуация раненых и больных в омедо из МП воинских частей бригады, а также очагов массовых санитарных потерь осуществляется санитарным транспортом автосанитарного взвода омедо и приданным санитарным транспортом. В случае необходимости эвакуация в омедо может проводиться санитарным транспортом медицинских подразделений воинских частей и транспортом общего назначения. Эвакуация раненых и больных из омедо в ВПП и другие лечебные организации осуществляется автосанитарными подразделениями старшего начальника медицинской службы, а в случае необходимости транспортом автосанитарного взвода омедо.

При ведении воинскими частями бригады обороны основные усилия личного состава омедо направляются на своевременное оказание раненым и больным медицинской помощи в установленном объеме и подготовку их к дальнейшей эвакуации по назначению. В ходе операции для обеспечения непрерывности в оказании квалифицированной медицинской помощи в полосе действия войск особое внимание уделяется взаимодействию омедо с другими лечебными учреждениями.

При угрозе выхода противника к району развертывания омедо объем медицинской помощи, оказываемой раненым и больным, сокращается до мероприятий, обеспечивающих устранение последствий ранения (поражения) или заболевания, которые непосредственно угрожают жизни. Омедо высвобождается от раненых и больных и подготавливается к перемещению в запасный (новый) район.

При смене обороняющейся бригады другой бригадой омедо принимает раненых и больных из воинских частей как своей бригады, так и сменяющей до завершения смены.

При ведении наступления на обороняющегося противника из положения непосредственного соприкосновения с ним омедо в исходном положении размещается за первым эшелоном бригады.

При занятии бригадой исходного положения для наступления с одновременной сменой войск, обороняющихся в непосредственном соприкосновении с противником, омедо выдвигается за частями первого эшелона. Для его размещения максимально используются инженерные сооруже-

не). Для лучшей защиты от осколков снарядов и бомб палатки рекомендуются устанавливать в капониры глубиной не менее 1,5–2,5 м.

Особое внимание при подготовке к обороне должно уделяться оборудованию занимаемого района в инженерном отношении. Очередность, объем, сроки выполнения инженерных работ устанавливаются в зависимости от времени ожидаемого перехода противника в наступление. Однако, независимо от условий перехода бригады к обороне, по указанию командира соединения оборудование сооружений для подразделений омедо включается в перечень инженерных работ первой очереди.

На площадке должны быть открыты щели для укрытия раненых и больных, а также личного состава омедо, оборудованы щиты с противопожарным инвентарем, подготовлены окопы и позиции огневых точек для круговой обороны, вырыты полевые ровики и ямы для отходов, обозначены соответствующими указателями (установлен пикетаж) пути движения раненых и больных по функциональным подразделениям и сами функциональные подразделения.

Вариант развертывания омедо представлен на рис. 4.

С момента прибытия в район *время развертывания* подразделений омедо первой очереди (пункт управления, приемно-эвакуационное отделение, операционно-перевязочное отделение, палата интенсивной терапии госпитального отделения, 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 развертываются за боевыми порядками бригады, обеспечивая совместно с МП непрерывность в оказании первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи раненым и больным.

Объем медицинской помощи в омедо зависит от обстановки. Как правило, раненым и больным должна быть оказана квалифицированная медицинская помощь в полном объеме. При массовых санитарных потерях, если число поступающих раненых и больных значительно превышает возможности омедо, объем помощи чаще всего будет ограничиваться неотложными мероприятиями первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи. При задержке эвакуации раненых и больных в тыл (например, при установлении обсервации или карантина) объем помощи при усилении отряда специализированными медицинскими группами усиления может расширяться вплоть до оказания некоторых видов специализированной медицинской помощи. Также в зависимости от обстановки омедо может усиливаться медицинским персоналом, противоэпидемическими, транспортными средствами и необходимым медицинским имуществом.

Для развертывания омедо в палатках необходима площадка размером 300 × 400 метров.

При определении схемы развертывания функциональных подразделений омедо необходимо руководствоваться тем, чтобы при поступлении различных категорий раненых и больных не требовалась перестановка палаток и их существенное переоборудование. При поступлении больных с признаками поражения БС может возникнуть необходимость перевода омедо на строгий противоэпидемический режим работы, что потребует более существенной перестройки схемы развертывания омедо и организации работы.

При **подготовке площадки** для развертывания омедо заранее заготовленными указателями с названиями палаток обозначают места их развертывания. При этом расстояние между палатками не должно быть менее 25 метров, а между отделениями — 50 метров. Не следует размещать палатки на больших расстояниях, т. к. это усложнит работу. Палатки должны устанавливаться таким образом, чтобы к каждой был свободный подъезд транспорта (сокращается время при выгрузке и погрузке имущества, раненых). Измерения и разбивку площадки для установки палаток следует производить аккуратно. Необходимо вначале начертить схему разбивки площадки на бумаге, определив все требуемые размеры. При помощи трассировочных шнуров размечают места для палаток и других сооружений. Указателями обозначают пути движения транспорта, места его стоянки, расположения склада, кухни, электростанции и т. д.

В процессе трассировки площадки следует предусмотреть создание условий, обеспечивающих беспрепятственное движение потоков раненых и больных между подразделениями, их наименьшую уязвимость и поражаемость при артиллерийском или авиационном нападении противника. Кроме этого, необходимо выполнить требования, позволяющие осуществлять функциональную взаимосвязь между отдельными подразделениями. Развертывание приемно-эвакуационного отделения и эвакуационной необходимо предусмотреть в непосредственной близости к путям медицинской эвакуации, а отделения специальной обработки (ОСО) — к источникам воды. В зависимости от условий боевой обстановки и характера местности, для развертывания омедо, помимо табельных палаток, могут быть дополнительно использованы убежища, блиндажи, строения населенных пунктов и т. д. Однако принципиальная схема развертывания омедо при этом не должна существенно изменяться.

При размещении площадки развертывания омедо в лесу можно выбирать место установки палатки с учетом возможности увеличения полезной площади палаток (при их развертывании целесообразно убирать центральные мачты и подвешивать палатки на блоке к дереву или переклади-

диационного, химического поражения; наличие в полосе действия бригады радиационно и химически опасных объектов.

3. *Выбрать на карте ориентировочно район и место развертывания омеда.* Для этого начальник медицинской службы соединения и начальник омеда должны использовать информацию топографических карт и медико-географических справочников.

При выборе на карте района развертывания омеда (место может быть выбрано только на местности рекогносцировочной группой) необходимо учитывать следующие факторы: решение командира на организацию и ведение боя; характер боевых действий войск и условия сложившейся боевой и медицинской обстановки; радиационную, химическую и бактериологическую обстановку (омедо необходимо развертывать на территории, не зараженной РВ, ОВ, БС); удаление от воинских частей и подразделений соединения (*время, необходимое на доставку раненых и больных в омеда, не должно превышать 2 часов*); наличие путей эвакуации и размещение других этапов медицинской эвакуации и лечебно-профилактических организаций, действующих в интересах соединения (*время до оказания медицинской помощи в омеда в установленном объеме не должно превышать 6 часов с момента ранения*); размещение других частей и подразделений тыла; отсутствие вблизи места развертывания объектов, которые могут привлечь внимание противника в целях огневого поражения; наличие источников воды.

4. *Назначить рекогносцировочную группу и направить ее в указанный район.* Рекогносцировочную группу, как правило, возглавляет начальник омеда или один из его заместителей. В зависимости от обстановки, она выдвигается заблаговременно или совместно с омеда, находясь в голове колонны.

При выборе места развертывания омеда необходимо учитывать наличие и состояние местного жилого фонда, искусственных и естественных укрытий, которые могут быть использованы при развертывании отряда; использовать свойства местности (при наводнении, оползнях и т. д.).

В процессе рекогносцировки определяется санитарно-эпидемическое состояние маршрута выдвижения и района развертывания отряда; намечаются места (площадки) развертывания функциональных подразделений отряда (проводится трассировка площадки); оценивается состояние дорог, ведущих в отряд и из отряда в лечебные учреждения; выбираются места для оборудования посадочной площадки для вертолетов и стоянки автомобильного транспорта; проводится разведка источников водоснабжения; оценивается состояние проводной связи и возможность ее использования.

5. *На основе проведенной рекогносцировки уточнить место и принципиальную схему развертывания функциональных подразделений омеда на выбранной площадке.*

фанеры, жести, пластмассы и др. Если стойка сделана из дерева, то ее нижняя (заостренная) и верхняя части окантовываются железом (рис. 3).

2. Собрать информацию, необходимую для выбора места развертывания и обеспечения работы омедо:

– у командира бригады — цель предстоящего боя и боевые задачи бригады, место бригады в боевом порядке оперативного командования; ширину и глубину полосы обороны, боевой порядок бригады; рубежи перехода в атаку, задачи, исходные рубежи и рубежи развертывания; данные о соседях;

– у заместителя командира бригады по тылу — размещение тыловых подразделений и предполагаемый маневр ими в ходе боя; порядок организации управления тылом, порядок охраны и обороны тыловых подразделений; пути подвоза и эвакуации, предполагаемое их наращивание в ходе боя; порядок подвоза материальных средств в период подготовки к бою и его ведения;

– у начальника медицинской службы оперативного командования — места и сроки развертывания этапов медицинской эвакуации оперативного командования, воинских частей центрального подчинения, а также ЛПО МЗ, действующих в интересах бригады; средства усиления, выделяемые медицинской службе бригады (медицинские подразделения, группы медицинского усиления, подвижные медицинские установки, санитарные автомобили и т. д.);

– у начальников медицинских подразделений воинских частей бригады — количество раненых и больных в подразделениях бригады; потери в личном составе медицинской службы; потери (повреждения, неисправности) в медицинском оснащении и технике; санитарно-эпидемическое состояние в подразделениях и в занимаемых ими районах;

– у начальника разведки — состав группировки, обученность и техническую оснащенность войск противника, возможный характер действий; возможности по применению им различных средств поражения, в т. ч. оружия массового поражения, высокоточного оружия, боеприпасов объемного взрыва, минно-взрывного оружия;

– у начальника инженерной службы — степень инженерного оборудования района обороны бригады, возможности по инженерному оборудованию площадки развертывания омедо, проходимость местности, ее защитные и маскирующие свойства, наличие заграждений и разрушений, основных водных преград и возможных участков их преодоления, порядок и сроки оборудования и использования переправ; сроки подготовки путей подвоза и эвакуации, возможные районы и способы добычи воды для хозяйственно-питьевых нужд;

– у начальника службы радиационной, химической, биологической защиты и экологии — возможность применения противником средств ра-

вертыванию основных функциональных подразделений омедо в укрытиях, на первых этажах и в подвальных помещениях зданий.

Опыт ведения боевых действий в современных вооруженных конфликтах показал, что омедо развертываются комбинированным способом, т. е. в палатках, но с максимальным использованием сохранившихся жилых и нежилых помещений.

Определение места развертывания омедо осуществляется по общим критериям для всех этапов медицинской эвакуации.

При **выборе места** для развертывания омедо требуется:

1. *Подготовить оснащение, необходимое для обозначения и трассировки площадки развертывания омедо.* Эти мероприятия проводятся заранее, в пункте постоянной дислокации, до развертывания в полевых условиях. Готовятся указатели (пикетажные знаки) с названиями палаток, трассировочные шнуры для разметки места для палаток и других сооружений, указатели путей движения транспорта и места его стоянки, указатели места расположения склада, кухни, электростанции и т. д. (рис. 2).

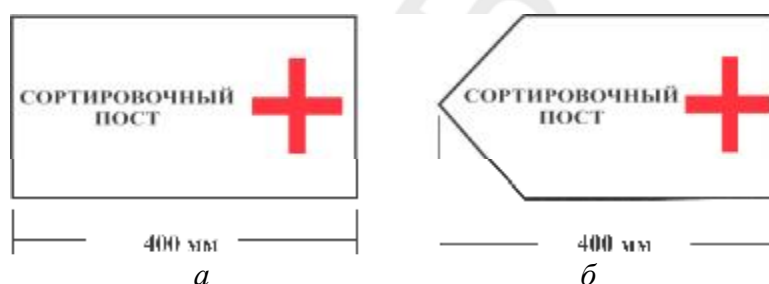


Рис. 2. Пикетажные знаки:
а — указательные; б — обозначающие

Надписи на знаках, установленных на местности, должны быть хорошо видны в светлое время суток на расстоянии не менее 50 метров. Цвет пластины желтый или белый; на ней размещается знак красного креста, условный знак этапа медицинской эвакуации (красным); буквы (черные); подставка защитного цвета. На пластины указательных знаков надписи наносят с обеих сторон. Пластины знаков изготавливаются из

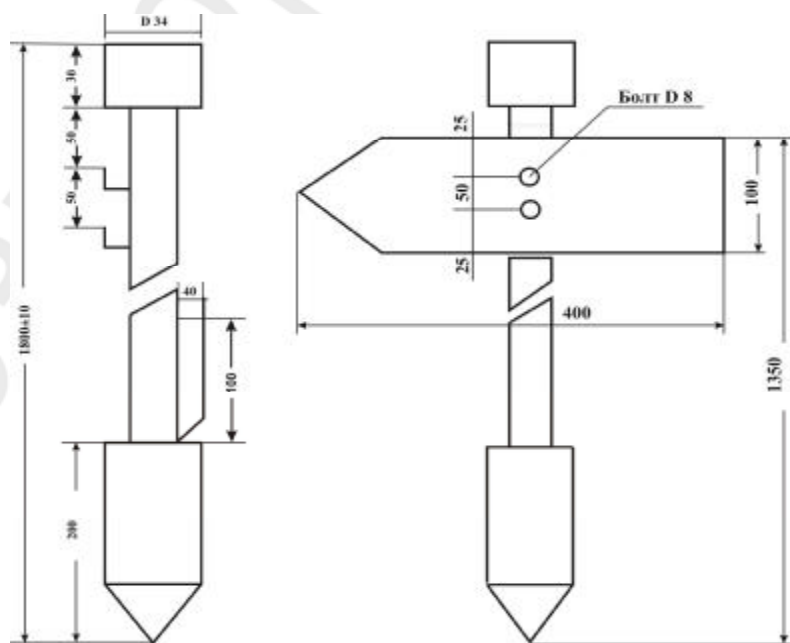


Рис. 3. Вариант крепления пикетажного знака

бильной техники, электростанции, плиты и кухни на прицепах), необходимые для выполнения задач по предназначению.

Организация развертывания отдельного медицинского отряда

Омедо перемещается и развертывается в соответствии с приказом командира бригады, распоряжениями начальника медицинской службы бригады и планом медицинского обеспечения соединения.

Порядок применения омедо и организация его работы определяется начальником омедо в соответствии с распоряжениями начальника медицинской службы бригады и зависит от вида и структуры санитарных потерь, возможностей медицинских подразделений воинских частей и лечебных организаций, развернутых и действующих в интересах бригады (прил. 3).

После рекогносцировки в назначенном районе развертывания начальник омедо определяет: схему развертывания и места для размещения функциональных подразделений; порядок обеспечения защиты, охраны и обороны омедо в ходе передвижения и в районе развертывания; запасной район для развертывания; пути подвоза и эвакуации, а также место посадочной площадки для санитарных вертолетов; организует взаимодействие с местными органами здравоохранения и другими ведомствами, оказывающими медицинскую помощь раненым и больным. Совместно с начальниками отделений начальник отряда организует прием, медицинскую сортировку пострадавших, оказание им медицинской помощи в установленном объеме и подготовку их к дальнейшей эвакуации.

В обороне омедо развертывают в стороне от возможного направления удара противника, на безопасном удалении от радиационно, химически и биологически опасных объектов, а также объектов наиболее вероятного воздействия противника и на таком расстоянии от войск, чтобы время на доставку раненых и больных в омедо не превышало 2 часов с момента ранения (поражения или заболевания).

В связи с этим омедо, как правило, развертывается на пути эвакуации основного потока раненых (эвакуационном направлении) в тыловой полосе соединения за ее вторым эшелоном (резервом). Омедо может усиливаться медицинским персоналом и санитарно-транспортными средствами медицинской службы вышестоящего начальника.

Омедо бригады второго эшелона, как правило, не развертывается, а размещается в районе сосредоточения в готовности к выдвигению для медицинского обеспечения при проведении контрудара (решении внезапно возникающих задач).

Омедо может развертываться в палатках, различного рода укрытиях, приспособленных помещениях. При возможности нужно стремиться к раз-

- обеспечить готовность сил и средств автомобильного санитарного взвода для эвакуации раненых и больных из медицинских пунктов (МП) воинских частей и очагов санитарных потерь в омедо, а при необходимости из подразделений омедо в ВПП, другие ЛПО МЗ;
- организовывать своевременный ремонт, техническое обслуживание и заправку санитарного транспорта, а также своевременную замену вышедшей из строя автомобильной техники.

Взвод обеспечения

Взвод обеспечения включает: отделение охраны, 2 автомобильных отделения, отделение технического обслуживания, столовую и склады.

Командир взвода обеспечения подчиняется начальнику омедо, его заместителям и помощнику начальника омедо по материально-техническому обеспечению, является прямым начальником личного состава своего взвода и отвечает за организацию работы личного состава взвода и его постоянную готовность к выполнению задач по предназначению.

Командир взвода обеспечения обязан организовать материальное, техническое и инженерное обеспечение омедо, своевременную погрузку личного состава и имущества омедо на транспорт и доставку его в район развертывания, выполнение мероприятий по защите, охране и обороне омедо.

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.

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 автомобили, автоперевозочные, радиостанции, мастерские технического обслуживания автомо-

- организовывать своевременное истребование, получение, учет, хранение и выдачу медицинского имущества и медицинской техники, а также осуществлять контроль за экономным, эффективным и рациональным его использованием по назначению, правильным хранением, ведением его учета, списания и отчетности в медицинских подразделениях воинских частей и подразделениях омедо;
- осуществлять контроль за правильностью учета, 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 начальнику медицинской службы бригады предложения по их использованию;
- организовывать защиту медицинского имущества и направление проб зараженного расходного имущества на экспертизу.

Отделение связи

Отделение связи имеет в штате: начальника отделения связи, старшего телефониста, радиотелефониста, 2 телефониста.

Командир отделения связи подчиняется начальнику омедо и его заместителям, является прямым начальником личного состава своего отделения и отвечает за организацию работы личного состава отделения связи и его постоянную готовность к выполнению задач по предназначению.

Командир отделения связи обязан организовать развертывание узла связи при управлении омедо и обеспечить начальнику омедо радио- и телефонную связь с командиром бригады, его заместителем по тылу, вышестоящим начальником медицинской службы, командиром ВПП, а также начальниками медицинских служб воинских частей, входящих в состав бригады.

Автомобильный санитарный взвод

Автомобильный санитарный взвод имеет в штате: командира и заместителя командира взвода, 2 командира отделений, 2 старших водителя-радиотелефониста, 14 водителей-санитаров, 18 санитаров.

Командир автомобильного санитарного взвода подчиняется начальнику омедо и его заместителям, является прямым начальником личного состава своего взвода и отвечает за организацию работы личного состава взвода и его постоянную готовность к выполнению задач по предназначению.

Командир автомобильного санитарного взвода обязан:

рентгеновского кабинета и его постоянную готовность к выполнению задач по предназначению.

Начальник рентгеновского кабинета обязан:

- организовать развертывание и функционирование рентгеновского кабинета;
- участвовать в проведении сортировки раненых и больных и определять последовательность направления их на рентгеновское исследование, определять методику исследования, контролировать работу рентгенлаборанта;
- осуществлять контроль за эффективностью лечебных мероприятий и течением патологического процесса, определять потребность рентгеновского кабинета в медицинском имуществе и технике, своевременно представлять заявку на их получение в аптеку омедо.

Подразделения обеспечения

Подразделения обеспечения омедо предназначены для тылового и технического обеспечения, а также обеспечения радио- и телефонной связью основных подразделений омедо.

Аптека

Аптека омедо имеет в штате: начальника аптеки, фармацевта, санитарного инструктора и кочегара-паропроводчика.

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 медицинского имущества и техники.

Начальник аптеки подчиняется начальнику омедо и его заместителям, является прямым начальником личного состава аптеки и отвечает за организацию работы личного состава аптеки и его постоянную готовность к выполнению задач по предназначению.

Начальник аптеки обязан:

- организовывать проведение комплекса мероприятий по снабжению подразделений омедо, а также медицинских подразделений воинских частей, входящих в состав бригады, и воинских частей, действующих в территориальной зоне ответственности омедо, медицинским имуществом и медицинской техникой;
- обеспечить развертывание и функционирование аптеки;
- обеспечивать снабжение личного состава бригады и приданных воинских частей индивидуальными средствами медицинской защиты и оказания первой медицинской помощи;

– организовывать ведение установленных документов медицинского учета и отчетности, обеспечить своевременность и полноту их заполнения.

Лаборатория

Лаборатория омедо имеет в штате начальника лаборатории и 2 лаборанта.

Начальник лаборатории подчиняется начальнику омедо и его заместителям, является прямым начальником личного состава лаборатории и отвечает за организацию работы личного состава лаборатории и его постоянную готовность к выполнению задач по предназначению.

Начальник лаборатории обязан:

- организовать и обеспечить развертывание и функционирование лаборатории;
- организовывать и обеспечивать выполнение общеклинических лабораторных исследований в установленном для омедо объеме;
- определять потребность лаборатории в медицинском имуществе и технике, своевременно представлять заявку на их получение в аптеку омедо.

Стоматологический кабинет

Стоматологический кабинет имеет в штате начальника стоматологического кабинета и медицинскую сестру.

Начальник стоматологического кабинета подчиняется начальнику омедо и его заместителям, является прямым начальником личного состава стоматологического кабинета и отвечает за организацию работы личного состава стоматологического кабинета и его постоянную готовность к выполнению задач по предназначению.

Начальник стоматологического кабинета обязан:

- организовать развертывание и функционирование стоматологического кабинета;
- определять потребность стоматологического кабинета в медицинском имуществе и технике, своевременно представлять заявку на их получение в аптеку омедо;
- оказывать терапевтическую и хирургическую стоматологическую помощь;
- участвовать в проведении медицинской сортировки и оказании медицинской помощи поступившим в омедо раненым и больным.

Рентгеновский кабинет

Рентгеновский кабинет имеет в штате начальника рентгеновского кабинета, рентгенлаборанта и водителя.

Начальник рентгеновского кабинета подчиняется начальнику омедо и его заместителям, является прямым начальником личного состава рентгеновского кабинета и отвечает за организацию работы личного состава

- организовать развертывание и функционирование противошоковой в составе операционно-перевязочного отделения и палаты интенсивной терапии в составе госпитального отделения;
- лично проводить реанимационные мероприятия, а также мероприятия анестезиологической помощи и интенсивной терапии раненым и больным в противошоковой, операционной и палате интенсивной терапии;
- участвовать в подготовке раненых и больных к эвакуации по назначению;
- определять потребность отделения в медицинском имуществе и технике, кислороде, крови и кровезаменителях, своевременно представлять заявку на их получение в аптеку омедо.

Отделение госпитализации

Отделение госпитализации имеет в штате: начальника отделения, старшего ординатора, фельдшера, старшую медицинскую сестру, 4 медицинские сестры, 2 санитаря.

Начальник отделения госпитализации подчиняется начальнику омедо и его заместителям, является прямым начальником личного состава своего отделения, а также находящихся в госпитальном отделении раненых и больных и отвечает за выполнение задач личным составом в функциональных элементах госпитального отделения омедо (палата для выздоравливающих, палата для хирургических больных, палата интенсивной терапии, палата для нуждающихся в квалифицированной терапевтической помощи и симптоматической терапии, изолятор для инфекционных больных и изолятор для больных с нервно-психическими и психоэмоциональными расстройствами).

Начальник отделения госпитализации обязан:

- организовать развертывание и функционирование *госпитального отделения омедо* на 50 коек для лечения раненых и больных, нуждающихся в оказании квалифицированной терапевтической медицинской помощи, временной госпитализации после оказания квалифицированной хирургической помощи до их выздоровления или эвакуации по назначению; нуждающихся во временной госпитализации ввиду их нетранспортабельности; нуждающихся во временной госпитализации инфекционных больных и больных с психическими расстройствами до их эвакуации в лечебные организации по назначению;
- лично проводить раненым и больным мероприятия первой врачебной и квалифицированной терапевтической медицинской помощи;
- определять потребность своего отделения в медицинском имуществе и технике, своевременно представлять заявку на их получение в аптеку омедо;

специальной обработки их обмундирования, имущества, вооружения и доставившей их техники;

- определять потребность отделения в медицинском имуществе и технике, своевременно представлять заявку на их получение в аптеку омедо;
- организовывать и обеспечивать ведение установленных документов медицинского учета и отчетности.

Хирургическое отделение

Хирургическое отделение омедо имеет в штате: начальника отделения и 3 старших ординатора, 4 ординатора, старшую операционную сестру, 6 операционных сестер, 3 медицинские сестры и 4 медицинские сестры-анестезистки, 4 санитаря.

Начальник хирургического отделения подчиняется начальнику омедо и его заместителям, является прямым начальником личного состава своего отделения, отвечает за его постоянную готовность к работе в функциональных подразделениях омедо (приемно-эвакуационном, операционно-перевязочном и госпитальном отделениях).

Начальник хирургического отделения обязан:

- организовать развертывание и функционирование операционно-перевязочного отделения;
- лично оказывать раненым и больным хирургическую медицинскую помощь в установленном объеме;
- выяснить целесообразность направления раненых и больных в ВПГ, ГВКМЦ, ЛПО МЗ;
- определять потребность отделения в медицинском имуществе и технике, своевременно представлять заявку на их получение в аптеку омедо;
- являясь членом нештатной военно-врачебной комиссии, принимать экспертные решения, касающиеся раненых и больных, поступивших в омедо с хирургической патологией.

Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии

Отделение анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии имеет в штате: начальника отделения, ординатора, фельдшера, старшую медицинскую сестру-анестезистку, 4 медицинские сестры-анестезистки, 2 санитаря.

Начальник отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии подчиняется начальнику омедо и его заместителям, является прямым начальником личного состава своего отделения, отвечает за постоянную готовность личного состава своего отделения к работе в функциональных отделениях омедо (операционно-перевязочном и госпитальном).

Начальник отделения анестезиологии и интенсивной терапии обязан:

- организовывать тыловую разведку, размещение и перемещение подразделений омедо, их защиту, охрану и оборону;
- обеспечивать заправку техники омедо горючим и смазочными материалами;
- поддерживать постоянную связь с заместителем командира бригады по тылу, с начальниками служб тыла и технического обеспечения, своевременно докладывать им об обеспеченности и потребностях омедо, размещении и состоянии его тыла.

Основные подразделения

Основные подразделения омедо предназначены для приема, временного размещения, регистрации, медицинской сортировки поступивших раненых и больных; оказания им медицинской помощи и подготовки нуждающихся к дальнейшей эвакуации; выявления и изоляции инфекционных больных; выявления среди поступающих в омедо раненых и больных лиц, имеющих заражение открытых участков тела и обмундирования РВ, ОВ и БС, и проведения их санитарной обработки, а также специальной обработки их обмундирования, оружия и личных вещей, дезактивации, дегазации и дезинфекции доставившего их транспорта; обеспечения питанием и осуществления ухода за госпитализированными ранеными и больными, а также подлежащими и ожидающими эвакуации за пределы омедо.

Приемно-сортировочное отделение

Приемно-сортировочное отделение омедо имеет в штате: начальника отделения (хирург), старшего ординатора отделения (терапевт), фельдшера, старшую медицинскую сестру, 3 медицинские сестры, санитарного инструктора-дозиметриста, санитарного инструктора-дезинфектора, старшего санитаря и 3 санитаря, водителя-электрика, кочегара-паропроводчика.

Начальник приемно-сортировочного отделения подчиняется начальнику омедо и его заместителям, является прямым начальником личного состава своего отделения и отвечает за постоянную готовность личного состава своего отделения к выполнению задач по предназначению.

Начальник приемно-сортировочного отделения обязан:

- организовать развертывание и работу всех функциональных элементов приемно-эвакуационного отделения;
- лично руководить приемом, медицинской сортировкой раненых и больных и оказанием им медицинской помощи до поступления их в лечебные отделения омедо;
- принимать решение об оказании поступившим раненым и больным медицинской помощи в омедо или их эвакуации в ВПГ, ГВКМЦ, ЛПО МЗ;
- осуществлять контроль за подготовкой раненых и больных к эвакуации, выполнением санитарной обработки раненых и больных, а также

- производить выплату денежного довольствия личному составу омедо;
- обеспечивать сохранность ценностей раненых и больных;
- своевременно представлять отчетные документы по финансовой службе;
- обеспечивать экономное расходование денежных средств.

Отделение материально-технического обеспечения

Отделение материально-технического обеспечения омедо составляют: помощник начальника отряда по материально-техническому обеспечению — начальник отделения, начальник продовольственной и вещевой службы, делопроизводитель.

Отделение материально-технического обеспечения осуществляет бесперебойное обеспечение подразделений омедо материально-техническими 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 личного состава 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.

Помощник начальника отряда по материально-техническому обеспечению — начальник отделения подчиняется начальнику омедо и отвечает за организацию тылового и технического обеспечения, своевременное материальное обеспечение подразделений по подчиненным службам, защиту, охрану и оборону подразделений обеспечения и управление ими.

Помощник начальника отряда по материально-техническому обеспечению обязан:

- знать задачу омедо, разработать план материально-технического обеспечения омедо в различных видах боя и организовать его выполнение;
- организовывать истребование, получение, подвоз и хранение различных видов имущества и техники в омедо;
- обеспечивать приготовление, доставку и выдачу горячей пищи личному составу омедо, а также находящимся в омедо раненым и больным;
- организовывать банно-прачечное обслуживание личного состава омедо, а также находящихся в омедо раненых и больных;
- организовывать захоронение павших в бою (умерших) военнослужащих;

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.

Заместитель начальника омедо по идеологической работе обязан:

- разработать план идеологической работы и обеспечить его выполнение;
- осуществлять непрерывный анализ информационной, социально- и военно-политической обстановки в Республике Беларусь (районе действий омедо), взаимодействовать с государственными и местными исполнительными и распорядительными органами, а также органами самоуправления;
- проводить мероприятия по укреплению и поддержанию воинской дисциплины и сплочению личного состава омедо;
- знать деловые, морально-психологические качества личного состава омедо;
- составлять общую морально-психологическую характеристику личного состава омедо, поддерживать в коллективе здоровую морально-психологическую обстановку;
- информировать личный состав омедо, а также находящихся в нем раненых и больных о складывающейся боевой обстановке;
- вести учет преступлений, происшествий и дисциплинарных проступков в омедо;
- своевременно докладывать командиру соединения о проведенной работе и морально-психологическом состоянии личного состава омедо.

Финансовая служба

Финансовая служба омедо представлена начальником финансовой службы и бухгалтером.

Финансовая служба организует и ведет финансовую деятельность омедо; обеспечивает полное и своевременное удовлетворение личного состава, 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.

Начальник финансовой службы подчиняется начальнику омедо и отвечает за своевременное и полное обеспечение омедо и находящихся в нем на лечении раненых и больных денежными средствами.

Начальник финансовой службы обязан:

- истребовать и получать из довольствующего органа денежные средства и обеспечивать правильное их хранение и расходование;

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.

Заместитель начальника омедо по медицинской части — *начальник медицинской части* подчиняется начальнику омедо и отвечает за следующее:

- организацию работы лечебно-диагностических отделений 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 медицинской части обязан:

- распределить персонал структурных подразделений омедо по функциональным подразделениям;
- организовывать своевременный прием, медицинскую сортировку, санитарную обработку, обследование раненых и больных и оказание им медицинской помощи в установленном объеме, а также обеспечивать качество ухода и наблюдения за ними;
- знать о характере заболеваний, состоянии раненых и больных, поступивших и находящихся на лечении в омедо;
- контролировать выполнение врачебных назначений и установленного распорядка дня в омедо;
- обеспечивать перевод омедо на работу в условиях строгого противозидемического режима;
- следить за своевременностью истребования, получения и использования медикаментов, аппаратуры, инструментария и прочего медицинского имущества;
- организовывать ведение медицинского учета и отчетности по установленным формам и представлять отчеты в определенные сроки;
- организовывать проведение занятий с медицинским персоналом омедо;
- анализировать медицинские ошибки в обследовании и лечении раненых и больных как в омедо, так на предыдущих этапах медицинской эвакуации;
- вести систематическое наблюдение за санитарно-гигиеническим состоянием подразделений омедо и занимаемой территории.

– обеспечивать выполнение в районе развертывания омеда санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий, проведение мероприятий по защите личного состава, а также раненых и больных, находящихся в омеде на лечении, от воздействия поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы и неблагоприятных факторов боевой обстановки и окружающей среды, а в случае необходимости обеспечивать перевод омеда на работу в условиях строгого противоэпидемического режима;

– организовывать проведение мероприятий защиты, охраны и обороны омеда, принимать меры для повышения живучести и восстановления работоспособности омеда;

– поддерживать постоянную связь с начальниками медицинской службы бригады, а также воинских частей и подразделений, действующих в полосе ведения боевых действий;

– выделять по указанию начальника медицинской службы соединения силы и средства для усиления медицинских подразделений, а также для участия в ликвидации последствий, возникших после применения противником поражающих средств радиационной, химической и биологической природы;

– организовывать материально-техническое и финансовое обеспечение личного состава омеда и находящихся в нем раненых и больных;

– обеспечивать поддержание в установленных размерах запасов материальных и других средств, принимать меры по их рациональному расходованию и эксплуатации;

– организовывать ведение учетно-отчетной документации в подразделениях омеда и своевременное представление установленных форм донесений, постоянно анализировать работу подразделений и принимать меры по ее совершенствованию;

– анализировать дефекты в проведении лечебно-эвакуационных мероприятий, разрабатывать и вносить предложения по улучшению качества оказания медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации;

– обеспечивать поддержание высокой воинской дисциплины и внутреннего порядка, а также устойчивого морально-психологического состояния подчиненных.

Начальник омеда в своей работе руководствуется приказами и распоряжениями командира бригады и его заместителя по тылу, распоряжениями старшего начальника медицинской службы.

Медицинская часть

Медицинская часть омеда представлена: заместителем начальника отряда по медицинской части — начальником медицинской части, главной медицинской сестрой, делопроизводителем — медицинским статистиком (секретарем военно-врачебной комиссии).

- 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 начальником медицинской службы бригады для обеспечения непрерывного управления подчиненными силами и средствами;

- представление командиру, заместителю командира бригады по тылу и начальнику медицинской службы соединения донесений согласно табелю срочных донесений, других отчетных документов;

- состояние и сохранность вооружения, техники, других материальных средств омедо.

Начальник омедо обязан:

- знать боевую, тыловую и медицинскую обстановку в объеме, необходимом для выполнения задач по медицинскому обеспечению;

- организовывать в установленные сроки от мобилизацию сил и средств омедо, проведение мероприятий боевого слаживания подразделений;

- организовывать медицинскую разведку и рекогносцировку на маршрутах выдвижения и в районе, назначенном омедо для развертывания, обеспечивать подготовку района и мест для развертывания подразделений омедо, а также путей подвоза и эвакуации раненых и больных;

- обеспечивать своевременное выдвижение и развертывание омедо в указанном районе для выполнения возложенных на него задач в установленные сроки;

- согласовывать с начальником медицинской службы бригады объем медицинской помощи, оказываемой в омедо, и сроки лечения раненых и больных;

- руководить эвакуацией раненых и больных из медицинских подразделений и районов санитарных потерь штатными и приданными транспортными средствами;

- организовывать прием, медицинскую сортировку раненых и больных и оказание им медицинской помощи в установленном объеме;

- знать количество раненых и больных, находящихся в омедо на лечении, их лечебно-эвакуационную характеристику, своевременно вносить предложения по изменению установленного объема медицинской помощи и сроков лечения в омедо, а также проведению эвакуации;

- организовывать лечение нетранспортабельных раненых и больных, а также легкораненых и легкобольных со сроками восстановления боеспособности до 7 суток;

- организовывать и контролировать подготовку раненых и больных к эвакуации по назначению;

Подразделения обеспечения омедо включают: аптеку, отделение связи, автомобильный санитарный взвод, взвод обеспечения.

Силами и средствами **основных структурных подразделений** развертываются **функциональные подразделения омедо**: приемно-эвакуационное, операционно-перевязочное и госпитальное отделения, а также отделение специальной обработки, лаборатория, рентгеновский и стоматологический кабинеты.

За счет сил и средств **управления** развертывается **пункт управления**, на базе которого организуется работа командования, медицинской части; финансовой службы и отделения материально-технического обеспечения омедо.

Силами и средствами **подразделений обеспечения омедо** развертываются 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.

Управление

Управление омедо предназначено для организации мероприятий, направленных на выполнение омедо задач по предназначению.

Командование

В состав командования омедо входят: начальник омедо, заместитель начальника омедо по медицинской части — начальник медицинской части, заместитель начальника омедо по идеологической работе, помощник начальника отряда по материально-техническому обеспечению — начальник отделения материально-технического обеспечения.

Начальник омедо подчиняется командиру и заместителю командира бригады по тылу, а по специальным вопросам — начальнику медицинской службы бригады.

Начальник омедо является прямым начальником личного состава омедо, а также раненых и больных, находящихся на лечении в омедо, и отвечает за следующее:

- 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 медицинскому обеспечению бригады при подготовке к бою и в ходе его;
- организацию защиты, охраны и обороны омедо;

– выделение сил и средств в отряд ликвидации последствий, возникших после применения противником различных видов оружия.

Организационная структура отдельного медицинского отряда

Организационно-штатная структура, нормы снабжения и организация работы омедо определяются соответствующими нормативными правовыми актами Министерства обороны Республики Беларусь.

Необходимо отметить, что с учетом постоянного поиска и внедрения современных научных разработок, направленных на совершенствование медицинской помощи раненым и больным в районах боевых действий, постоянно совершенствуется и организационно-штатная структура омедо. В настоящем учебно-методическом пособии организационно-штатная структура омедо представлена на примере учебного штата омедо (прил. 1, 2).

Объем и вид медицинской помощи, сроки лечения раненых и больных в омедо зависят от оперативной, тыловой и медицинской обстановки и определяются старшим медицинским начальником.

Организационную структуру омедо составляют: управление, основные подразделения и подразделения обеспечения (рис. 1).



Рис. 1. Организационная структура омедо

Управление омедо включает: командование, медицинскую часть, финансовую службу, отделение материально-технического обеспечения.

К **основным подразделениям омедо** относятся: приемно-сортировочное отделение, хирургическое отделение, отделение анестезиологии и интенсивной терапии, отделение госпитализации (на 50 коек), лаборатория, стоматологический кабинет, рентгеновский кабинет.

- организация и проведение полной санитарной обработки раненых и больных, поступающих в омедо из очагов, зараженных радиоактивными веществами (РВ), отравляющими веществами (ОВ), биологическими средствами (БС) и высокотоксичными веществами, а также специальная обработка (деактивация, дегазация и дезинфекция) обмундирования, имущества, оружия и доставивших их транспортных средств;
- усиление медицинских подразделений воинских частей и подразделений соединения силами и средствами омедо в соответствии с решением начальника медицинской службы соединения;
- подготовка раненых и больных к эвакуации из омедо в ВПП, ГВКМЦ, ЛПО МЗ и при необходимости участие в ее проведении;
- осуществление контроля за своевременностью, полнотой и качеством оказания медицинской помощи раненым и больным на предыдущих этапах медицинской эвакуации, оказание консультативной и практической помощи медицинской службе воинских частей соединения, разработка предложений по недопущению выявленных дефектов в оказании медицинской помощи;
- 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 радиационной, химической и биологической природы, неблагоприятных факторов боевой обстановки и окружающей среды;
- организация и проведение мероприятий по защите, охране и обороне омедо в ходе передвижения и в районе развертывания;
- ведение установленных для омедо 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;

тий медицинского обеспечения при подготовке и в ходе ведения боевых действий соединения.

21. Содержание и структура замысла и решения начальника омедо на выполнение мероприятий по предназначению.

Задачи отдельного медицинского отряда

Отдельный медицинский отряд (омедо) — военно-медицинская часть, формируемая в военное время и предназначенная для медицинского обеспечения отдельных механизированных бригад.

Задачи омедо следующие:

- отмотобилизование в установленные сроки сил и средств омедо, организация и проведение мероприятий боевого слаживания управления и 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) санитарных потерь в омедо (на себя), а при возможности, необходимости и целесообразности — на дальнейшие этапы медицинской эвакуации по назначению (от себя);
- прием, регистрация, медицинская сортировка, оказание раненым и больным первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи в установленном объеме;
- госпитализация и лечение легкораненых и больных с прогнозируемыми сроками лечения до полного выздоровления и восстановления боеспособности не более 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, и проведение им симптоматической терапии;
- временная изоляция инфекционных больных и военнослужащих, подвергшихся воздействию поражающих факторов биологической природы, до эвакуации их в инфекционные отделения военно-полевого госпиталя (ВПГ), Главного клинического военного медицинского центра (ГВКМЦ) или лечебно-профилактические организации Министерства здравоохранения (ЛПО МЗ), действующие в интересах войск;

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Определение понятия «отдельный медицинский отряд», задачи и организационная структура омедо.
2. Порядок проведения мероприятий подготовки и перемещения омедо в район предназначения.
3. Мероприятия по рекогносцировке местности для развертывания функциональных подразделений омедо.
4. Принципиальная схема развертывания омедо.
5. Организационная структура, назначение и организация работы пункта управления омедо.
6. Организационная структура, назначение и организация работы приемно-эвакуационного отделения омедо.
7. Организационная структура, назначение и организация работы отделения специальной обработки омедо.
8. Организационная структура, назначение и организация работы оперативно-перевязочного отделения омедо.
9. Организационная структура, назначение и организация работы госпитального отделения омедо.
10. Организационная структура, назначение и организация работы лаборатории омедо.
11. Организационная структура, назначение и организация работы рентгеновского кабинета омедо.
12. Организационная структура, назначение и организация работы стоматологического кабинета омедо.
13. Организационная структура, назначение и организация работы аптеки омедо.
14. Санитарно-гигиенические и противозидемические мероприятия в омедо.
15. Мероприятия военного медицинского учета и отчетности в функциональных подразделениях омедо.
16. Мероприятия материально-технического обеспечения функциональных подразделений омедо.
17. Мероприятия морально-психологического обеспечения и идеологической работы в омедо.
18. Мероприятия по защите, охране и обороне омедо.
19. Мероприятия медицинской защиты раненых, пораженных и больных, а также личного состава и подразделений омедо от воздействия поражающих факторов радиационной, химической, биологической природы и неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды.
20. Содержание и последовательность выполнения начальником омедо, его заместителями и начальниками подразделений омедо мероприя-

- методику проведения медицинской сортировки раненых и больных на этапах медицинской эвакуации;
- содержание и организацию санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в соединении (воинской части);
- основы организации обеспечения соединений (воинских частей) медицинскими техникой и имуществом;
- классификацию, предназначение, краткую тактико-техническую характеристику и возможности комплектно-табельного медицинского имущества и медицинской техники;
- основы военно-медицинского учета и отчетности медицинской службы соединения (воинской части) в военное время;
- организацию медицинского обеспечения соединения (воинской части) в обороне;
- организацию медицинского обеспечения соединения (воинской части) в наступлении;
- организацию медицинского обеспечения соединения (воинской части) при передвижении.

Обучающиеся должны уметь:

- извлекать раненых из труднодоступных мест и боевой техники, выносить их с поля боя, а также осуществлять погрузку и выгрузку их на различные транспортные средства, используемые для медицинской эвакуации;
- применять индивидуальное медицинское оснащение военнослужащего и табельное медицинское оснащение санитарного инструктора;
- заполнять документы военно-медицинского учета и отчетности.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Виды и содержание общевойскового боя.
2. Определение понятия «санитарные потери», классификация санитарных потерь и методы их прогнозирования.
3. Сущность и принципы лечебно-эвакуационного обеспечения войск.
4. Вид и объем медицинской помощи.
5. Мероприятия первой, доврачебной, первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи.
6. Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
7. Мероприятия медицинского снабжения на этапах медицинской эвакуации.
8. Управление военными медицинскими частями и подразделениями.

- по организации и проведению мероприятий оказания медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации;
- организации и проведению мероприятий всестороннего обеспечения этапа медицинской эвакуации при подготовке его к развертыванию и в ходе выполнения задач по предназначению.

Научиться рассчитывать:

- возможности омедо по оказанию медицинской помощи в соответствии с прогнозируемыми величиной и структурой санитарных потерь и установленным объемом медицинской помощи;
- возможности омедо по эвакуации раненых, пораженных и больных из медицинских подразделений воинских частей в омедо, а также из омедо на дальнейшие этапы медицинской эвакуации;
- потребности омедо в медицинском имуществе и технике, а также в вооружении и других материальных средствах, необходимых для выполнения задач по предназначению.

Отработать практические навыки:

- подготовки имущества и техники для выдвижения и развертывания омедо;
- проведения рекогносцировки, выбора места и подготовки площадки для развертывания омедо;
- развертывания подразделений омедо и их подготовки к выполнению мероприятий по предназначению;
- организации работы функциональных подразделений омедо по приему, медицинской сортировке и оказанию медицинской помощи раненым и больным, подготовке их к эвакуации в лечебные организации;
- свертывания подразделений омедо, погрузки имущества на транспорт.

Требования к исходному уровню знаний. Обучающиеся должны знать:

- задачи и организационную структуру медицинской службы Вооруженных Сил Республики Беларусь в военное время;
- задачи и организационную структуру медицинской службы соединения (воинской части) в военное время;
- определение, классификацию, характеристику и методику расчета предполагаемых санитарных потерь;
- сущность и основные принципы современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск;
- содержание и организацию лечебно-эвакуационных мероприятий в соединении (воинской части);
- методику выбора мест для развертывания этапа медицинской эвакуации;

Список сокращений

БС — биологические средства
ВПГ — военно-полевой госпиталь
ГКВМЦ — Главный клинический военный медицинский центр
ЛПО МЗ — лечебно-профилактические организации Министерства здравоохранения
МП (б, п, бр) — медицинский пункт (батальона, полка, бригады)
ОВ — отравляющие вещества
Омедо — отдельный медицинский отряд
РВ — радиоактивные вещества
СЭЛ — санитарно-эпидемиологическая лаборатория
ОСО — отделение специальной обработки
ОМП — оружие массового поражения

Мотивационная характеристика темы

Организация оказания различных видов медицинской помощи раненым, пораженным и больным (далее раненым и больным) в максимально короткие сроки после ранения, поражения или заболевания имеет решающее значение для сохранения их жизни и получения наилучших результатов их дальнейшего лечения и реабилитации.

Изучение организации деятельности отдельного медицинского отряда (омедо) является составной частью подготовки врачей по вопросам оказания медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации.

Цель занятий: изучить задачи, организационно-штатную структуру, организацию работы функциональных подразделений омедо и приобрести навыки их развертывания.

Задачи занятий. Изучить:

- задачи, организационно-штатную структуру, организацию перемещения и развертывания омедо;
- задачи, схему развертывания и организацию работы основных подразделений омедо;
- задачи, схему развертывания и организацию работы подразделений обеспечения омедо;
- организацию и порядок проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в омедо;
- организацию медицинского снабжения и материально-технического обеспечения подразделений омедо;
- документы военно-медицинского учета и отчетности омедо;
- организацию и проведение мероприятий защиты, охраны и обороны омедо.

Систематизировать знания:

УДК 616.1/.4-057.3 (075.8)

ББК 53.5 я73

E27

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве учебно-методического пособия 27.04.2011 г., протокол № 8

Рецензенты: нач. каф. военно-полевой хирургии Белорусского государственного медицинского университета канд. мед. наук, полк. мед. службы В. Е. Корик; нач. каф. военно-полевой терапии Белорусского государственного медицинского университета канд. мед. наук, полк. мед. службы С. С. Горохов; зам. нач. каф. военной гигиены и военной эпидемиологии Белорусского государственного медицинского университета полк. мед. службы С. М. Лебедев; нач. военной каф. Витебского государственного медицинского университета полк. мед. службы В. В. Редненко

Евхута, Д. В.

E27 Отдельный медицинский отряд : учеб.-метод. пособие / Д. В. Евхута, А. П. Пантюхов, Ю. А. Соколов. – Минск : БГМУ, 2011. – 172 с.

ISBN 978-985-528-503-9.

Изложены задачи и организационная структура отдельного медицинского отряда, раскрыты вопросы применения, развертывания и организации работы функциональных подразделений отдельного медицинского отряда. Особое внимание уделено организации и проведению лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, мероприятий медицинского снабжения и всестороннего обеспечения, а также защиты, охраны и обороны отдельного медицинского отряда.

Предназначено для курсантов и слушателей 4–5-го курсов военно-медицинского факультета.

УДК 616.1/.4-057.3 (075.8)

ББК 53.5 я73

Учебное издание

Евхута Дмитрий Владимирович
Пантюхов Александр Петрович
Соколов Юрий Анатольевич

ОТДЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОТРЯД

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск И. Р. Боровко

Редактор О. В. Лавникович

Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 28.04.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Кюм Люкс».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 10,0. Уч.-изд. л. 9,84. Тираж 50 экз. Заказ 788.

Издатель и полиграфическое исполнение:

учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-528-503-9

© Оформление. Белорусский государственный медицинский университет, 2011

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

Д. В. ЕВХУТА, А. П. ПАНТЮХОВ, Ю. А. СОКОЛОВ

ОТДЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОТРЯД

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2011