

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Военная кафедра

Г. В. ГОЛУБ, М. Н. КАМБАЛОВ

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК

Курс лекций

В двух частях

Часть 1

**Гомель
ГоГМУ
2009**

УДК 61:355<364>

ББК 58.9

Г 62

Рецензент:

начальник Государственного учреждения
«290 военный медицинский центр Вооруженных сил Республики Беларусь»
подполковник медицинской службы *И. Г. Косинский*

Голуб Г. В.

Г 62 Организация медицинского обеспечения войск: курс лекций: в 2 ч. /
Г. В. Голуб, М. Н. Камбалов. — Гомель: Учреждение образования «Гомель-
ский государственный медицинский университет», 2009. — Ч. 1. — 224 с.

Предназначено для студентов третьих курсов всех факультетов медицинских высших учебных заведений. Изложены материалы тем, предлагаемых студентам по программе подготовки офицеров запаса для лекционного чтения. Пособие актуально также и для офицеров медицинской службы.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «гомельский государственный медицинский университет» 20 ноября 2008, протокол № 11.

УДК 61:355<364>

ББК 58.9

ISBN 979-985-506-222-7 (Ч. 1)

ISBN 978-985-506-221-0

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2009

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
Глава 1. Понятие о военной медицине. Развитие организационных форм медицинского обеспечения войск	5
1.1. Понятие о военной медицине, ее содержание и история развития	5
1.2. Организация медицинского обеспечения войск как научная дисциплина, ее развитие, содержание	15
1.3. Современный этап развития военной медицины	32
1.4. Права и обязанности медицинского персонала в вооруженных конфликтах	36
Глава 2. Задачи и организация медицинской службы Вооруженных сил Республики Беларусь.....	43
2.1. Влияние особенностей современной войны на организацию медицинского обеспечения боевых действий войск	43
2.2. Основные задачи медицинской службы Вооруженных сил Республики Беларусь	46
2.3. Организационная структура медицинской службы Вооруженных сил Республики Беларусь	50
Глава 3. Санитарные потери	53
3.1. Потери войск. Классификация санитарных потерь	54
3.2. Величина и структура санитарных потерь	56
3.3. Современные средства вооруженной борьбы, их влияние на величину и структуру санитарных потерь	58
Глава 4. Организация лечебно-эвакуационных мероприятий	66
4.1. Система лечебно-эвакуационных мероприятий	66
4.2. Принципы организации лечебно-эвакуационного обеспечения в современных условиях	70
4.3. Этап медицинской эвакуации	74
4.4. Вид медицинской помощи	76
4.5. Медицинская сортировка	83
4.6. Медицинская эвакуация	90
4.7. Особенности организации и проведения лечебно-эвакуационных мероприятий при возникновении массовых санитарных потерь	95
Глава 5. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.....	98
5.1. Определение понятия и содержание санитарно-гигиенических мероприятий, проводимых в войсках в боевой обстановке	103
5.2. Определение понятия и содержание противоэпидемических мероприятий, проводимых в войсках в боевой обстановке	120
5.3. Организация обсервации и карантина в войсках	125
Глава 6. Медицинская разведка	127
6.1. Задачи медицинской разведки и ее виды	127
Глава 7. Основы организации обеспечения медицинским имуществом и техникой.....	131
7.1. Задачи и принципы медицинского снабжения в Вооруженных силах Республики Беларусь в военное время	135
7.2. Медицинское имущество и его классификация	137
7.3. Комплект медицинского имущества	140
7.4. Основы организации обеспечения медицинским имуществом и техникой частей и соединений	143
7.5. Довольствующие органы, организации и подразделения медицинского снабжения	147

Глава 8. Основы управления медицинской службой.....	148
8.1. Определение понятия и принципы управления медицинской службой.....	148
8.2. Методы и последовательность работы начальника медицинской службы части при выработке решения и оформлении плана медицинского обеспечения	150
8.3. Управление медицинской службой в ходе боевых действий, порядок поддержания связи	160
Глава 9. Задачи и организация медицинской службы частей и соединений	165
9.1. Задачи, возлагаемые на медицинскую службу отдельной механизированной бригады.....	173
9.2. Задачи и организация медицинских пунктов батальонов и войсковых частей	177
9.3. Задачи и организация медицинской роты отдельной механизированной бригады	178
9.4. Отдельный медицинский отряд	182
9.4.1. Схема развертывания отдельного медицинского отряда и организация его работы	185
Глава 10. Медицинские части и учреждения.....	188
10.1. Задачи медицинской службы оперативного командования.....	188
10.2. Медицинские части и учреждения центрального подчинения.....	189
10.3. Военный полевой госпиталь	189
10.4. Специализированные больничные койки лечебных учреждений Министерства здравоохранения Республики Беларусь.....	191
10.5. Медицинская служба территориального командования	192
Глава 11. Организация медицинского обеспечения батальона и отдельной механизированной бригады в обороне.....	193
11.1. Условия деятельности медицинской службы отдельной механизированной бригады в оборонительном бою	194
11.2. Принципы медицинского обеспечения отдельной механизированной бригады в обороне.....	196
11.3. Мероприятия, проводимые медицинской службой в период организации обороны	197
11.4. Медицинское обеспечение в ходе оборонительного боя	199
Глава 12. Организация медицинского обеспечения батальона и отдельной механизированной бригады при передвижении	202
12.1. Условия деятельности медицинской службы отдельной механизированной бригады при передвижении.....	202
12.2. Медицинская разведка на марше	204
12.3. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий	205
12.4. Организация лечебно-эвакуационных мероприятий на марше.....	206
12.5. Управление медицинской службой на марше.....	208
Глава 13. Организация медицинского обеспечения батальона и отдельной механизированной бригады в наступательном бою	208
13.1. Условия деятельности медицинской службы отдельной механизированной бригады в наступательном бою	209
13.2. Подготовка медицинского обеспечения наступления.....	211
13.3. Медицинское обеспечение наступления бригады на обороняющегося противника из положения непосредственного соприкосновения с ним	214
13.4. Медицинское обеспечение наступления бригады на обороняющегося противника с выдвижением из глубины	215
13.5. Медицинское обеспечение бригады при прорыве обороны и бое в глубине обороны противника	216
Заключение.....	219
Литература	220

ВВЕДЕНИЕ

В документах по истории Российской Императорской медико-хирургической академии военная медицина охарактеризована так:

«...наука сия должна состоять в познании болезней военного состояния, обыкновенных их причин, пищи, одежды, телодвижений, усталостей от переходов; управления и службы, военных госпиталей и обязанностей врачей, при войсках находящихся». (История Императорской медико-хирургической академии за 100 лет).

Известный российский клиницист М. Я. Мудров указывал, что военная медицина учит приложению известных начал медицины к людям «военного сословия» и базируется на «...весьма обыкновенных правилах; но они по их множеству делают такое целое, над которым трудились великие люди и от которого зависит благосостояние армии».

Главный медик русской действующей армии Р. Четыркин в 1834 г. писал: «Медицина военная имеет и должна иметь особенный, ей только свойственный характер, с коим военные врачи обязаны соглашать теоретические и практические свои познания...» Изменение характера ведения боевых действий требовало и соответствующих изменений в организации медицинского обеспечения. Эти изменения обуславливались влиянием таких факторов, как:

- экономическая и политическая структура общества;
- состояние военной науки и техники;
- организационная структура вооруженных сил страны;
- формы ведения боевых действий;
- уровень развития медицинской и военно-медицинской науки.

Если определить место военной медицины в ряду других научных дисциплин, то она находится как бы в центре, с одной стороны которого — военная наука и военное искусство, а с другой стороны — медицинская наука.

ГЛАВА 1

ПОНЯТИЕ О ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЕ. РАЗВИТИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ФОРМ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК

1.1. Понятие о военной медицине, ее содержание и история развития

Корни военной медицины уходят в глубокую древность, так как организация помощи раненым и больным воинам и ее развитие в древних государствах связаны с возникновением поначалу постоянной наемной и затем и регулярной армии.

Привилегированная каста воинов в Древней Индии, представлявших регулярные войска, имела своих лечителей — врачей. В Египте оказывали медицинскую помощь раненым в особых военных лазаретах. Медицинская по-

мощь раненым и больным также была организована в армиях Древнего Китая и Месопотамии. В древнегреческих государствах особенностью было то, что врачи первоначально призывались как воины, но по мере развертывания боевых действий выполняли свои первоначальные обязанности, оказывая медицинскую помощь раненым на поле боя, в укрепленных лагерях и на кораблях.

В македонской армии также была создана военно-медицинская организация, которая, помимо оказания медицинской помощи раненым и больным, осуществляла еще и меры санитарного характера.

Считалось, что высшего развития для того времени военная медицина достигла в Древнем Риме, в регулярной армии и на флоте которого были военные и военно-морские врачи, принадлежавшие к почетному сословию римских всадников. Различали врачей когорт и легионов, гарнизонных и флотских врачей, а также врачей, средний и обслуживающий персонал лечебных учреждений, так называемых «валетудинариев», которые были рассчитаны на 200 мест и являлись неотъемлемой частью постоянных и полевых лагерей войск. Воины римской армии снабжались индивидуальными перевязочными средствами для само- и взаимопомощи.

Тяжелопораженных воинов выносили из боевых порядков в тыл, а затем, после оказания им медицинской помощи врачами когорт, переправляли в валетудинарий укрепленного римского лагеря. Не забывались и профилактические мероприятия, под которыми подразумевалось рациональное устройство лагерей, чистота и удобство одежды, доброкачественное водоснабжение и питание.

Принципы организации медицинской помощи в Древнем Риме были унаследованы византийцами и просуществовали у них вплоть до VIII–IX вв. н. э.

Помощь раненым и проведение санитарно-гигиенических мероприятий осуществлялось и у арабов, но в пределах, предписанных Кораном.

В средневековой Западной Европе упорядоченная система организации помощи раненым и больным воинам появилась в эпоху позднего Возрождения (XVI в.), но владетельные особы (короли, крупные феодалы) уже с VII в. н. э. стали содержать придворных врачей. А с IX в. н. э. они стали нанимать для своих дружин лекарей, которые помимо оказания медицинской помощи раненым, осуществляли надзор за питанием дружинников и соблюдением ими некоторых элементарных санитарных норм и правил. Во время походов короля или феодала обслуживал его придворный врач, а дружинников — наемный лекарь-хирург, причем врач обладал определенными административными полномочиями. Кроме того, во время походов армию обычно сопровождали вольнопрактикующие лекари-ремесленники, оказывающие помощь раненым и больным за плату. Начиная с 4-го крестового похода, часть лекарей в армию нанималась за счет средств церкви, а со второй половины XII в., когда в войска начали включать ополчение, обязательным было наличие в нем хирурга.

Зарождавшиеся и развивавшиеся в дальнейшем буржуазные отношения привели к централизации политической власти и образованию основных государств Европы, и они же способствовали появлению профессиональной армии. Появившееся огнестрельное оружие произвело переворот в развитии военного дела, резко изменило характер боевых повреждений, методы их лечения и привело к большим потерям войск, увеличило стоимость наемной армии и усложнило ее комплектование. Этим объясняется определенная заинтересованность государства в восстановлении живой силы армии путем возвращения в строй солдат, выздоровевших после ранений и заболеваний, да и наемники требовали от нанимателей обеспечения их медицинской помощью.

Развитие военной медицины на Руси протекало своим самобытным путем и существенно отличалось от развития таковой в других европейских странах.

В Древнерусском государстве, в свите князей во времена походов находились светские врачи-иноземцы, оказывавшие медицинскую помощь князьям и их дружинам, а раненых воинов помещали в монастыри, где им были обеспечены кров, питание, уход и элементарное лечение. Некоторые монахи были людьми довольно образованными и славились искусством врачевания, а раненые и больные, кроме того, пользовались услугами знахарей, колдунов, а также ремесленников — лечителей, таких как раневые лекари, костоправы, рудометы, очные и кильные мастера и другие. Основным транспортным средством в то время служили пароконные носилки, сооружавшиеся из двух длинных жердей с натянутым между полотнищем или переплетенных ветвями.

Таким образом, уже в древности были заложены основы военной медицины, которые стали активно развиваться в последующие столетия.

Развитие государственной организации медицинской помощи раненым и больным в XIV–XVIII вв. в разных странах носило различные формы.

В полках испанской и французской армий, уже в XV–XVI вв., были штатные военные медики и военные хирурги, появились первые подвижные и стационарные госпитали, создавались официальные законодательные акты («французский регламент об оказании помощи раненым»), регламентирующие деятельность медицинской службы.

В конце XVI века в Западной Европе организуется школа по подготовке хирургов для армии.

Господствовавший в то время в армиях основных государств Европы боевой порядок фактически исключал возможность оказания медицинской помощи раненым в ходе боя и их вынос с поля боя был фактически невозможен. Помощь раненым оказывалась по окончании сражения победителями и, естественно, в первую очередь своим воинам, а затем противника, что усугубляло состояние здоровья последних. Характерным для того времени было то, что эпидемии «косили» ряды армий значительно сильнее, чем оружие противника, но со временем научились бороться и с этим.

На Руси ко второй половине XV века и в XVI веке начало формироваться централизованное государство со своими вооруженными силами, основой которых служила поместная дворянская конница, однако дворяне о своем лечении, в случае ранения или заболевания, должны были заботиться сами.

Первым постоянным войском было появившееся в XVI веке стрелецкое, делившееся на стрелецкие полки (приказы). Стрельцы для своего лечения получали из царской казны деньги «на лечбу ран», причем сумма выплат колебалась в зависимости от степени тяжести ранения от 1 до 5 рублей, а помощь и лечение находили у вольнопрактикующих ремесленников — лечителей, сопровождавших в походах московскую рать. Легкораненые, как правило, оставались и лечились при войске, а тяжелораненые находили приют и лечение в монастырях. Такая больница, к примеру, существовала в Троице-Сергиевской лавре с 1608 по 1612 гг.

В начале XVII в. в Российском государстве, сложилось так, что «московское войско» стало не соответствовать новым внешнеполитическим задачам и поэтому, начиная с 30-х годов XVII в., начали формироваться полки, так называемого, нового строя, ставшие основой сильной постоянной армии, но в медицинском обеспечении эти полки также находились на иждивении государства и практика выдачи денежного пособия «на лечбу ран» в несколько трансформированном виде сохранилась.

В полки нового строя назначали ротных лекарей (цирульников) «с лекарей и зельем», полученным из казенной московской аптеки, а в походы стали направлять докторов и лекарей из Аптекарского приказа, которые располагались вблизи «разрядного шатра» (командного пункта), где и оказывали помощь раненым.

В стрелецкие полки обычно направляли лекарей, подготовленных из стрелецких детей, прошедших курс обучения за счет стрелецких приказов при практикующих лекарях и получавших лекарства из казны за плату. Наиболее богатые из дворян нередко имели при себе своих доморожденных лекарей из числа крепостных, а остальные или «лечили себя сами», или обращались за помощью к ремесленникам — лечителям.

Со второй половины XVII в. стало зарождаться, вначале временно и нерегламентированно, военно-госпитальное дело. Первые временные военно-лечебные учреждения (Смоленск (1656 г.)) появились во время войны с Польшей (1654–1667 гг.). В дальнейшем несколько таких госпиталей было учреждено в Москве (1678 г.) во время русско-турецкой войны (1676–1681 гг.).

Развитие и увеличение численности полков нового строя увеличило потребность в медицинском составе, что покрывалось за счет найма медиков-иностранцев, что было невыгодно для государства. Возникла необходимость иметь в войсках своих отечественных лекарей и поэтому при Аптекарском приказе за государственный счет была учреждена первая в России медицинская школа (1654 г.), которая дала стране первый отряд отечественных лекарей и положила начало медицинскому образованию в России.

К концу XVII в. сложилась следующая схема медицинского обеспечения войск. В ходе сражения раненых выносили с поля боя и сосредотачивали вблизи «разрядного шатра», где им оказывали помощь ротные (в полках нового строя) или полковые (стрелецких полках) лекари и другие медицинские чины. По окончании сражения раненых собирали с поля боя и доставляли в лагерь к обозам, с которыми они следовали к местам постоянной дислокации полков, где лечились за казенный счет во временных военных госпиталях. Увечные и немощные воины по-прежнему находили приют в монастырях. В XVII в. получили дальнейшее развитие и мероприятия по борьбе с эпидемиями.

С приходом к власти Петра Великого (конец XVII в.) начинает создаваться новая регулярная армия, комплектовавшаяся на основе рекрутских наборов. Изменения в системе строительства вооруженных сил (ВС) государства коснулись и организации медицинского обеспечения войск.

На основе Воинского устава 1716 г. была законодательно оформлена штатная медицинская служба войск, определена ее структура и создана сеть полковых и гарнизонных лазаретов, издано первое наставление для военных врачей «Практический трактат» и первый госпитальный устав «Адмиралтейский регламент» (1722 г.), были учреждены первые постоянные военные госпитали в Москве (1706 г.), в Петербурге и других городах.

Такое расширение медицинской службы потребовало зачисления на военную службу еще большего числа специалистов-медиков, которых приглашали, в основном, из-за границы, что было дорого и препятствовало развитию медицинского образования в России. Поэтому в 1707 г. при Московском генеральном госпитале была открыта первая постоянная медико-хирургическая (госпитальная) школа и в 1713 г. состоялся ее первый выпуск. Уровень подготовки отечественных лекарей был не ниже уровня подготовки лекарей-иностранцев.

К проблеме подготовки отечественных специалистов-медиков в дальнейшем неоднократно обращались. Был учрежден медицинский факультет Московского университета (1764 г.), созданы новые госпитальные школы, а Петербургская и Московская были преобразованы в медико-хирургические училища, в последствии в 1798 г. — в медико-хирургические академии.

Увеличение объема работы медицинской службы существенно расширило функции Аптекарского приказа, впоследствии переименованного в Медицинскую канцелярию, а затем — в Центральное медицинское управление во главе с врачом (архиятром).

Организация медицинской помощи раненым в ходе непрерывных войн первой четверти XVIII в. постепенно совершенствовалась. Вынос раненых с поля боя теперь производился и в ходе сражения и после его окончания. Раненым оказывали медицинскую помощь в тылу своих боевых порядков, отправляли в обозы, располагавшиеся в укрепленном лагере (ва-

генбурге), где были сосредоточены дивизионные доктора, штаб-лекари, аптекари с полевыми аптеками и половина лекарей и цирюльников полков. Из лагеря раненых отправляли во временный полевой госпиталь, организованный в городах, ближайших к театру военных действий (ТВД), транспортом, собранным у гражданского населения.

Так складывалась система лечения, сущность которой сводилась к госпитализации раненых до окончательного исхода в госпиталях, развернутых на ТВД на сравнительно небольшом удалении от поля сражения. Такая система представлялась единственно рациональной, поскольку отправка раненых на дальние расстояния за пределы ТВД в то время была практически невозможна.

В последних кампаниях Петра I — Персидских походах 1722–1723 гг. — полевые госпитали заблаговременно формировались в операционной базе похода. Практиковалась изоляция и госпитализация больных чумой в так называемых «чумных» или «заповетренных» дворах.

Во второй четверти XVIII в. внимание к вопросам здравоохранения армии, по сравнению с петровским временем, несколько ослабло, но все-таки, благодаря усилиям некоторых своих представителей, таких как П. З. Кондоиди (1710–1760 гг.), впервые введены санитарно-транспортные средства — повозки «для больных при полках» (1731 г.), добавлено по одному подлекарю (1735 г.), был издан госпитальный устав «Генеральный о госпиталях регламент» (1735 г.), развивавший и дополнявший положения «Адмиралтейского регламента» 1722 г., издан «Регламент о содержании полевых аптек», который предусматривал содержание главных и полевых аптек, которые располагались в районах, прилегающих к возможным ТВД.

Во время русско-турецкой войны 1735–1739 гг. перед началом кампании практиковалось развертывание в местах сосредоточения армии перед началом кампании, пограничных госпиталей, предназначенных для приема раненых и больных из полков, выступивших в поход, а также из полков, возвращавшихся по окончании кампании на зимние квартиры. Плановая эвакуация раненых и больных в пограничные госпитали из армии, удалявшейся на сотни километров от своих границ, была невозможна. Поэтому с целью облегчения участи раненых и снижения среди них летальности П. З. Кондоиди был разработан проект первого в России полевого подвижного госпиталя. Это был довольно громоздкий госпиталь, рассчитанный на 6 тыс. мест и перевозившийся на 2 тыс. повозках, но, несмотря на его громоздкость и трудность управления, сыграл положительную роль в снижении почти в 15 раз летальности среди раненых и больных. В ходе кампании 1739 г. П. З. Кондоиди впервые был разработан план медицинского обеспечения армии, в котором отражалось количество, емкость и расположение пограничных госпиталей и план проведения противоэпидемических мероприятий.

Дворцовый переворот 1741 г. положил конец иноземному засилью в России и дал толчок развитию военного дела, в том числе отечественной военно-медицинской организации. Это касалось вопросов выноса раненых в ходе боя, оказания им помощи в ближайшем тылу и организации военно-госпитального дела. Так, во время Семилетней войны с Пруссией практиковалось развертывание генеральных и полевых госпиталей в исходном положении, откуда выдвигалась армия, а затем по пути ее движения. Некоторые из них затем превращались в этапные госпитали, цепочкой связывавшие действующую армию с операционной базой похода. Во время Семилетней войны наметилась организация подвоза материальных средств в войска, что явилось важной предпосылкой для развития эвакуационной системы. Тенденция к улучшению и развитию этих важнейших направлений военной медицины, а также совершенствованию системы противоэпидемической защиты войск продолжалась и в XVIII веке.

Во время русско-турецкой войны 1768–1774 гг. для двух русских армий впервые по специальному штату были сформированы полевые госпитали на 1500 мест, которые должны были выполнять функции «пограничных» и впервые был организован госпиталь специально для лечения легкораненых, послуживший прообразом современных госпиталей для легкораненых. Тогда же проявилась некоторая дифференциация функций полевых госпиталей и они начали делиться на «ближние» (дивизионные) и «дальние» — армейские. В ближних госпиталях должны были лечиться раненые и больные, подающие надежду на скорое выздоровление, а остальных полагалось эвакуировать в дальние госпитали.

Существенной особенностью госпитального дела в войнах XVIII в. и даже XIX в. являлся применявшийся в то время расчет на больных (основанный на заболеваемости в армии и составлявший примерно 10 % от численности войск), а не на раненых. Однако этот расчет не всегда соответствовал действительности, т. к. количество раненых после каждого большого сражения резко возрастало.

Что касается противоэпидемической защиты войск, то особый интерес к ней проявился во время русско-турецкой войны 1768–1774 гг., когда русская армия под командованием П. А. Румянцева была вынуждена действовать в условиях грозной эпидемии чумы, распространившейся на театре военных действий. Была проведена санитарно-эпидемиологическая разведка маршрута передвижения армии и по ее результатам он был изменен в обход опасных районов. Армию окружили цепью конных разъездов, и контакт с местным населением был решительно прекращен. В войсках было организовано активное выявление больных с их изоляцией в отдельные больницы — «обсерваторы» и специальные чумные больницы. Благодаря своевременно принятым разумным мерам в русской армии угроза развития эпидемии была ликвидирована.

Таким образом, в XVII–XVIII вв. сложилась определенная система медицинского обеспечения войск, при которой в штат подразделений были введены медицинские чины, организованы первые лечебные учреждения и подготовка медицинских кадров, появились первые элементы эвакуационной системы, а также системы противоэпидемического обеспечения войск.

В войнах XIX ст. совершенствовались формы и методы медицинского обеспечения войск.

В 1812 г. в составе военного министерства учрежден медицинский департамент для управления медицинской службой, однако оставалась раздробленность руководства. Выносом раненых с поля боя ведала военная полиция, транспорт для эвакуации предоставлял начальник обоза, а деятельность штаб-доктора ограничивалась чисто лечебными вопросами. Такая раздробленность руководства сохранялась много лет и лишь в Красной Армии все функции лечения, эвакуации, снабжения и пр. вошли в компетенцию медицинских руководителей. Это важно понять тем военным врачам, на которых в военное время возлагаются ответственные задачи организации медицинского обеспечения войск.

Огромная роль в развитии организационных форм медицинского обеспечения войск принадлежала Н. И. Пирогову. Его предложения и идеи на многие последующие годы служили основой для совершенствования работы медицинской службы в условиях войны.

Во 2-й половине XIX в. резко возросла численность армий, усовершенствовалось их вооружение; для передвижения войск стали применяться железные дороги. В этот период произошли значительные открытия в области медицинской науки, в частности микробиологии, физиологии, хирургии; широко внедрялась асептика и антисептика.

Ученые установили микробный фактор возникновения болезней и многих раневых осложнений. Эти достижения медицины обусловили и необходимость совершенствования медицинского обеспечения войск, усложнив его из-за более сложного технического оснащения. Совершенствовалась также и система противоэпидемических мероприятий. Во время русско-турецкой войны они стали осуществляться на научной основе. Впервые для эвакуации раненых в широких масштабах стала применяться железнодорожная эвакуация.

В целом, более совершенной стала организация военно-медицинской службы. По предложению Н. И. Пирогова создавались полевые подвижные госпитали. Были организованы штатные военно-санитарные конные транспорты, каждый из которых мог перевозить 200 раненых и больных.

Утяжеление боевых поражений обусловило также и повышенное внимание к вопросу оказания первой медицинской помощи. Каждый военнослужащий обеспечивался индивидуальным перевязочным пакетом, а сани-

тары-носильщики — сумками, содержащими резиновые жгуты, перевязочные материалы и некоторые медикаменты.

Усложнялись условия деятельности медицинских пунктов. Вследствие увеличения дальности огня из стрелкового оружия передовые перевязочные пункты необходимо было развертывать на большем удалении от рубежей боевых действий. Хирургическая деятельность в них была недостаточно активной.

Возникла необходимость смешать лечение на передовых медицинских пунктах с эвакуацией раненых в госпитали, расположенные в нескольких десятках километров от переднего края.

В начале XX в. появились элементы специализированной медицинской помощи, оказываемой в хирургических, инфекционных, психиатрических госпиталях. Русско-японская война сопровождалась большими санитарными потерями, как ранеными, так и больными. Война стимулировала разработку организационно-тактических вопросов медицинского обеспечения войск.

К началу Первой мировой войны увеличилось количество перевязочных отрядов в дивизиях; для сбора раненых имелись роты санитаров-носильщиков. Вводились в штат дезинфекционный и санитарно-гигиенический отряды. По инициативе Н. Н. Бурденко расширялся перечень специализированных медицинских учреждений: в 1915 г. были организованы лазареты для раненых в череп и грудь, а также для раненых в живот.

Как существенный недостаток в медицинском обеспечении следует отметить по-прежнему отсутствие единого органа управления медицинской службой.

Многие передовые врачи того времени искали пути совершенствования медицинского обеспечения. В. А. Оппель предлагал создать систему этапного лечения раненых, т. е. на принципиально новых основах построить систему оказания помощи раненым в сочетании с эвакуацией.

Необходимость совершенствования форм медицинского обеспечения и обусловила создание и развитие нового научного направления: организации медицинского обеспечения войск или в то время — санитарной тактики. Руководители медицинской службы пытались обобщить опыт организации медицинского обеспечения войск. Еще в период русско-японской войны были опубликованы работы военных врачей Л. П. Потираловского, В. В. Заглухинского, П. И. Тимофеевского по организационно-тактическим вопросам деятельности медицинской службы.

Великая Отечественная война советского народа против немецко-фашистских захватчиков обусловила ряд сложных задач перед военно-медицинской службой. В условиях значительных санитарных потерь, как в ходе оборонительных сражений, так и при наступательных операциях 2-го и 3-го периодов войны, необходимо было правильно реализовать положения единой военно-полевой медицинской доктрины, творчески развить систему этапного лечения раненых с эвакуацией по назначению.

На протяжении всей войны, на всех уровнях стратегического руководства военно-медицинская служба уделяла первостепенное влияние организационным аспектам руководства. Важнейшее значение в этом деле имела реорганизация подготовки военно-медицинских кадров в военно-медицинской академии. В условиях войны там был создан командно-медицинский факультет, на котором осуществлялась подготовка руководителей медицинской службы войскового и оперативного уровня.

Руководитель медицинской службы Советской армии генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов писал: «На войне всегда и во всем ощущается недостаток. Выходом из этого положения является наиболее целесообразное использование имеющихся сил и средств, обеспечивающее успешное ведение операций и войны в целом. В этом состоит сущность научного подхода к сосредоточению сил и средств там и тогда, где и когда они решают успех дела. Это положение имеет особое отношение к военно-медицинской службе... Судьба раненых, исходы лечения, процент возвращения их обратно в строй решаются организацией медобеспечения действий войск именно в напряженные дни боев» (Фронтовое милосердие, 1991 г, с. 44.).

В истории Второй мировой войны успехи медицинской службы в лечении раненых, в возвращении их в строй и к труду приравнены к выигрышу крупнейших стратегических сражений.

Деятельность многих руководителей медицинской службы армий, фронтов оценена награждениями 13-ти из них полководческими орденами Суворова, Кутузова, Богдана Хмельницкого. Руководитель медицинской службы Советской армии генерал-полковник медицинской службы Е. И. Смирнов был удостоен ордена Кутузова 1-й степени. Ему же было присвоено звание Героя Социалистического труда.

В послевоенный период продолжалось развитие организации и тактики медицинской службы с учетом появления новых средств массового поражения.

Ведущую роль в таком развитии играла кафедра организации и тактики медицинской службы военно-медицинской академии.

Новые формы организации медицинского обеспечения войск появились во время войны в Афганистане и в вооруженных конфликтах России в Чечне.

Научные разработки, в частности, выполненные руководителем медицинской службы ВС Российской Федерации генерал-полковником медицинской службы Чижом, направлены на приближение специализированной медицинской помощи к войскам, что в конечном исходе, обусловило более эффективное оказание помощи, лечение и возвращение раненых в строй.

Таким образом, можно дать следующее определение:

Военная медицина — это наука о здравоохранении войск, об особенностях возникновения и лечения боевых поражений и заболеваний в армии, об организации лечебно-эвакуационного, гигиенического и противоэпидемического обеспечения боевых действий войск

1.2. Организация медицинского обеспечения войск как научная дисциплина, ее развитие, содержание

В настоящее время организация медицинского обеспечения войск (ОМОВ) является одной из отраслей военной медицины. Ее выделение в самостоятельную науку связано с усложнением организационных форм медицинского обеспечения войск в конце XIX – начале XX вв.

Непрерывные войны XIX в. вызвали усиленную потребность в военно-медицинских кадрах и выдвигали важные задачи перед медицинской наукой. Именно в это время начинается оформление военной медицины как науки. Изучаются боевые повреждения и появляются первые попытки создания теоретических основ организации и тактики медицинской службы.

Выдающийся врач М. Я. Мудров в своем труде «Слово о пользе и предметах военной гигиены, или науки сохранения здоровья военнослужащих» определил задачи военной медицины как науки, предмет которой «...заключается в сохранении здоровья солдат, лечении их болезней и ран удобными средствами». При этом он подразделял военную медицину на:

- военную гигиену (включавшую вопросы организации медицинского обеспечения войск);
- военную терапию;
- военно-полевую («полковую») хирургию;
- полевую фармакологию.

В 1813 г. была издана «Карманная книга военной гигиены, или Замечания о сохранении здоровья русских солдат».

События, происшедшие в России в середине XIX века в какой-то мере затормозили развитие военной медицины. Вопросами здравоохранения армии откровенно пренебрегали, и существовал огромный разрыв между идеями передовых русских врачей, даже таких как А. А. Чаруковский и Н. И. Пирогов, и практикой. Законодательные акты, закреплявшие и развивавшие эвакуационные тенденции в системе медицинского обеспечения войск, не претворялись в жизнь. «Устав о неперемных военных госпиталях», вышедший в 1828 г. и заменивший устаревший Адмиралтейский (1722 г.) и Генеральный (1735 г.), законодательно закрепил многоначалие и межведомственную неразбериху в системе управления военными госпиталями. Военные врачи были практически отстранены от управления медицинским обеспечением войск. Их функции ограничивались лечением раненых и больных и борьбой с эпидемиями.

В 1829 г. были изданы новые «Правила об учреждении подвижных и временных военных госпиталей», предусматривающие внедрение новой системы медицинского обеспечения, основанной на дальнейшем развитии эвакуации раненых и больных из войск, однако в целом «Правила...» не были реализованы.

Особенностью русско-турецкой войны 1828–1829 гг. явилась огромная инфекционная заболеваемость в русской армии, особенно на Балканском театре военных действий. Несколько лучшая ситуация наблюдалась

на Кавказском ТВД, где благодаря неуклонному и систематическому проведению рациональных противоэпидемических мероприятий и наличию подвижного (походного) госпиталя с подвижным карантинном, чума в войсках распространения не получила.

В этот период продолжают развиваться научные основы военной медицины. Р. С. Четыркиным в 1834 г. было издано одно из первых руководств по военной гигиене и эпидемиологии «Опыт военно-медицинской полиции, или Правила к сохранению здоровья русских солдат в сухопутной службе». А. А. Чаруковский в 1836 г. издал капитальный труд «Военно-походная медицина», по сути дела — настольное руководство для военных врачей из пяти разделов.

Существенный вклад в организацию оказания хирургической помощи раненым в Крымской войне, в частности в осажденном Севастополе, внес Николай Иванович Пирогов (1810–1881 гг.) — выдающийся представитель русской и мировой медицины, хирург и анатом, педагог и общественный деятель, создатель топографической анатомии и экспериментального направления в хирургии, один из основоположников военно-полевой хирургии и организации медицинского обеспечения войск.

Профессор медико-хирургической академии Н. И. Пирогов (1810–1881), помимо Крымской (1853–1856 гг.), участвовал во франко-прусской (1870–1871 гг.) и русско-турецкой (1877–1878 гг.) войнах и в Кавказской экспедиции. Накопленные Н. И. Пироговым наблюдения, огромный опыт практической работы на театрах военных действий явились основой для разработки выдающихся военно-медицинских трудов, в которых он изложил разработанные взгляды на организацию военно-врачебного дела как систему деятельности медицинской службы в военное время и сформулировал принципы лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск.

В общих чертах они формулировались следующим образом:

- война — это травматическая эпидемия;
- смертность и успех лечения зависят преимущественно от различных свойств оружия;
- не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны;
- не операции, срочно проведенные, а правильно организованный уход за ранеными и сберегательное (консервативное) лечение в самом широком размере должны быть главной целью хирургической и административной деятельности на театре войны;
- лечащие врачи и руководители полевых санитарных учреждений не должны допускать скопления раненых на перевязочных пунктах, а тяжело раненых — вблизи театра войны;
- хорошо организованная сортировка раненых на перевязочных пунктах и военно-временных госпиталях есть главное средство для оказания

правильной помощи и предупреждения беспомощности медицинского персонала и вредных по своим свойствам неурядиц;

- во избежание травматических зараз раненых и больных нужно рассевать по лечебным учреждениям.

Последний принцип лег в основу системы рассеивания (развоза) раненых и больных, которая применялась в период Севастопольской обороны (1853–1856 гг.), русско-турецкой войны (1877–1878 гг.), русско-японской войны (1904–1905 гг.), Первой мировой войны (1914–1918 гг.).

Многие положения, выдвинутые Н. И. Пироговым, не утратили своего значения и в современных условиях. Так, созданное им учение о медицинской сортировке составляет основу современных взглядов на организацию этой важнейшей стороны деятельности медицинской службы.

Помимо разработки теоретических основ военной медицины Н. И. Пирогов внес важный вклад в практику военно-полевой хирургии. Впервые в полевых условиях он применил эфирный наркоз, явился инициатором широкого использования гипсовой повязки при ранениях и переломах конечностей, организовал работу в госпиталях и лазаретах сестер милосердия.

После отмены крепостного права в России (1861 г.) и проведения ряда военных реформ сложились благоприятные условия для совершенствования принципов, форм и способов медицинского обеспечения войск в военное время, а также штатной структуры медицинской службы.

Согласно «Своду военных постановлений» 1869 г., включающему «Положение о врачебных заведениях на военное время», которое подкреплялось «Положением о носильщиках» (1877 г.), войсковая медицинская служба была впервые хорошо обеспечена штатными санитарями-носильщиками для выноса раненых с поля боя на перевязочные пункты. Штатных санитаров-носильщиков полагалось иметь по 6 человек в каждой стрелковой роте и, кроме того, 209 человек — в дивизионной роте носильщиков. Предусматривалось развертывание трех типов перевязочных пунктов (передовые, задние и главные).

Передовые и задние перевязочные пункты развертывались силами и средствами войсковых лазаретов, а главный перевязочный пункт — за счет штатных дивизионных лазаретов. За главными перевязочными пунктами развертывались штатные военно-временные госпитали на 630 мест.

В целом система лечебно-эвакуационного обеспечения войск включала передовые, задние, главные перевязочные пункты и военно-временные госпитали, располагавшиеся на грунтовых дорогах цепочкой от фронта к тылу и образующие группы госпиталей в составе эвакуопунктов на узловых железнодорожных станциях.

Практическую проверку эта система прошла в русско-турецкой войне 1877–1878 гг. В основу медицинского обеспечения боевых действий русской армии был положен принцип массовой эвакуации раненых и больных за пределы ТВД различными видами транспорта. Эвакуацией на ТВД ру-

ководил инспектор госпиталей, не имеющий медицинского образования, а в тылу — впервые созданные эвакуационные комиссии. На территории страны раненые и больные «рассеивались» по лечебным учреждениям военного и гражданского ведомства.

В дальнейшем, с учетом опыта франко-прусской войны 1870–1871 гг. и развернувшегося на территории России активного строительства железных дорог, было принято решение об использовании железнодорожного транспорта для массовой медицинской эвакуации раненых и больных. Впервые вводится «Положение о военно-санитарных поездах и их типовой штат» (1876 г.). К этому же периоду относится принятие большинством крупнейших государств Европы Женевских конвенций (1864 г.), определивших, что война должна вестись только против армий противника, а не против мирного населения, раненых, больных и военнопленных, а также медицинского персонала. В 1874 г. по инициативе России в Брюсселе принимается проект декларации «О законах и обычаях войны», и с этого момента начинается тесное взаимодействие военного и гражданского здравоохранения в военное время.

В начале XX века было принято новое «Положение о военно-врачебных заведениях на военное время», в котором все они подразделялись на войсковые (полковые, дивизионные лазареты и полевые госпитали, приданные дивизиям) и заведения, подчиненные органам полевого управления. К последним относились полевые подвижные госпитали, не приданные дивизиям, а также полевые запасные, крепостные временные госпитали, военно-санитарные транспорты и полутранспорты, эвакуационные комиссии, полевые аптеки, временные аптечные магазины и др. Каждое из вышеперечисленных военно-врачебных заведений выполняло свои, только ему свойственные задачи.

Подвижные госпитали должны были следовать за войсками, разворачиваться на удалении 30–50 км от линии фронта и вести прием раненых, полевые запасные — работать в составе полевых и тыловых эвакуационных комиссий и содержать так называемые «слабосильные команды» на 50–200 человек. Из этих же госпиталей создавались сводные (на 420–630 мест) госпитали.

Эвакуация раненых до полевых запасных госпиталей и погрузка на военно-санитарные поезда осуществлялась штатными конными военно-санитарными транспортами на 200 мест и полутранспорты на 100 мест, а в дальнейшем — военно-санитарными поездами.

Новое «Положение об эвакуации раненых и больных» (1890 г.) вводило понятия: полевой, тыловой и внутренний эвакуационные районы, в пределах которых действовали соответственно полевые, тыловые и внутренние эвакуационные комиссии, руководившие приписанными к ним военно-медицинскими учреждениями и транспортом.

В мае 1893 г. в дополнение к «Положению» 1890 г. вводится в действие «Инструкция для сортировки раненых и больных», требовавшая осуществлять эвакуацию раненых с учетом тяжести их заболевания и ранения, а также предполагаемого срока выздоровления эвакуируемых.

Согласно этой «Инструкции» во внутренний район страны подлежали вывозу тяжелораненые и больные, не пригодные в ближайшей перспективе к военной службе.

Русско-японская война 1904–1905 гг. с ее неудачным для русских войск отступательно-оборонительным характером наложила свой отпечаток на организацию медицинского обеспечения войск. В военной медицине по-прежнему отсутствовало единоначалие, и сохранялась многоведомственность.

За счет мобилизационных запасов удалось развернуть госпитальную сеть общей емкостью свыше 65 тысяч мест и дополнительно к ним еще и формирования Российского общества Красного Креста (РОКК) в виде летучих отрядов, лазаретов и специальных госпиталей, но в целом преобладала эвакуационная система медицинского обеспечения войск. Происходило это потому, что передовые перевязочные пункты зачастую не развертывались, а их функции выполняли полевые околотки и лазареты. Раненые, чаще всего, минуя передовые этапы эвакуации, сразу поступали в главные перевязочные пункты, хирургическая активность в которых была невысокой. Приданные дивизии госпитали часто были свернуты или, в лучшем случае, работал один из них. Нередко раненые с главных перевязочных пунктов доставлялись прямо в военно-санитарные поезда.

Сразу после русско-японской войны была создана комиссия, рассмотревшая итоги работы военно-медицинской службы и подготовившая несколько новых документов, изменявших и улучшавших, по мнению авторов, работу военных медиков.

В соответствии с новым «Положением о военно-санитарных учреждениях военного времени» сохранялись полковые лазареты, развертывавшие передовой перевязочный пункт с прежними его функциями. Вместо дивизионного лазарета для развертывания главного перевязочного пункта вводился перевязочный отряд с двумя самостоятельными отделениями, при котором состояли роты санитаров-носильщиков и специальный санитарный обоз для перевозки раненых и больных. Дивизионный врач сосредотачивался на руководстве работой всех медицинских средств дивизии. Взамен полевых подвижных госпиталей, придаваемых дивизии, воссоздавались дивизионные лазареты, каждый на 210 мест, из расчета по 2 на дивизию.

Общее руководство эвакуацией раненых и больных осуществлял главный начальник санитарной части армии и фронта (не врач), а во внутреннем эвакуационном районе — начальник Эвакуационного управления Главного управления Генерального штаба (ГУГШ). Организацией эвакуации в эвакуационном районе отдельных армий занимался эвакуационный отдел управления главного начальника санитарной части армии, в передовых эвакуационных районах фронта — головные (сборные) — один на армию, входящую в состав фронта — и тыловые эвакуационные пункты, заменившие прежние эвакуационные комиссии, а во внутреннем районе

страны — распределительные и окружные эвакуационные пункты. «Рассеиванием увечных воинов» в губерниях занимались «губернские попечительные о раненых и больных воинах комитеты».

«Инструкция для сортировки раненых и больных и перевозки их в военно-санитарных поездах» 1914 г. предполагала эвакуацию раненых и больных этими поездами с головных эвакуационных пунктов, а новое «Положение о военно-санитарных поездах» сохраняло их разделение на постоянные и временные, а по составу и месту обращения — на полевые и тыловые. Важным новшеством явилось упразднение должности коменданта (строевого офицера) поезда и возложение его обязанностей на старшего врача.

Недостатком «Временного положения об эвакуации раненых и больных» было то, что оно официально закрепляло распыление единого процесса лечения и эвакуации раненых и больных по различным ведомствам и сосредотачивало важнейшие административно-медицинские функции в ведении строевых офицеров. Вопросами оказания медицинской помощи раненым и больным и их эвакуацией занимались военное ведомство, а также медико-санитарные и транспортные формирования Российского общества Красного Креста (РОКК) и всероссийских Союза городов и Земского союза.

Организация лечебно-эвакуационного обеспечения войск русской армии в последовавшей вскоре Первой мировой войне 1914–1918 гг. имела целый ряд отличительных особенностей.

Основными недостатками лечебно-эвакуационного обеспечения войск в Первой мировой войне явились: многоэтапность; отсутствие преемственности в оказании медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации; разрыв между процессом лечения раненых и больных и их эвакуацией. В ходе эвакуации раненые и больные в каждом медицинском учреждении, куда они поступали, повторно обследовались, перевязывались, часто без особых показаний к этому. Руководство эвакуацией находилось в ведении строевых командиров, а сам этот процесс рассматривался ими как чисто военное мероприятие, то есть эвакуация по принципу «во что бы то ни стало», что резко ограничивало активность и деятельность врачей в полевых лечебных учреждениях. То есть налицо было повальное увлечение «извозом» раненых и больных в тыл вне связи с лечебным процессом.

В процессе поиска новых форм лечебно-эвакуационного обеспечения войск, способных свести к минимуму отрицательное влияние эвакуации, профессором Военно-медицинской академии (ВМедА) В. А. Оппелем было предложено рассматривать лечение и эвакуацию как единый процесс. Он считал, что «эвакуация должна находиться в теснейшей зависимости от состояния раненого и больного и хирургическую помощь раненый должен получить там и тогда, где и когда в таком пособии обнаружена необходимость». Раненого, по его мнению, необходимо эвакуировать на такое расстояние, которое наиболее выгодно для его здоровья. Более четко идею

этапного лечения В. А. Оппель (1872–1932) сформулировал в 1916 г., когда писал: «Под этапным лечением я понимаю такое лечение, которое не нарушается эвакуацией и в которое она входит как неременная составная часть».

Принципы этапного лечения, выдвинутые В. А. Оппелем, при их несомненной прогрессивности в практике медицинского обеспечения русских войск в Первой мировой войне не были реализованы и лишь в 30-е годы были положены в основу лечебно-эвакуационного обеспечения Рабоче-крестьянской Красной Армии (РККА) и официально регламентированы в «Руководстве по санитарной эвакуации в РККА» (1929 г.).

Сразу после революции 1917 г. в стране были созданы новые государственные институты, в том числе и государственная система здравоохранения, а в качестве ее неотъемлемой части — новая военно-медицинская служба — штатная организация в составе армии и флота, предназначенная для осуществления специальных мероприятий, направленных на сохранение, укрепление и восстановление здоровья личного состава Вооруженных сил.

В июле 1918 г. был образован Народный комиссариат здравоохранения РСФСР (Наркомздрав) во главе с Н. А. Семашко и Главное военно-санитарное управление (ГВСУ) на правах самостоятельного отдела Наркомздрава.

Единое руководство гражданским и военным здравоохранением позволило в то время наиболее полно и эффективно использовать имевшиеся силы и средства для решения многочисленных проблем страны и армии.

На первых порах в составе новой Красной Армии формировались различные медицинские подразделения и учреждения типа передовых и тыловых железнодорожных «летучих санитарных отрядов». Этот процесс проходил более организованно там, где имелись военные врачи с опытом работы во время войны и имелись соответствующие материально-кадровые ресурсы.

С 1918 г. Главное военно-санитарное управление полностью взяло на себя эвакуацию раненых и больных. Им были разработаны и затем утверждены Народным комиссариатом по военным делам (Наркомвоен) «Временная инструкция учреждениям и заведениям, ведающим эвакуацией» и «Временная инструкция по эвакуации больных и раненых от боевой линии до головного эвакуационного пункта». В соответствии с этими документами медицинская служба стала полновластным руководителем всего лечебно-эвакуационного процесса, что создавало предпосылки для реализации на деле принципа этапного лечения эвакуируемых.

В 1918 г. в Красной Армии были введены типовые штаты войсковых частей и учреждений и такая же типовая структура была учреждена в медицинской службе.

В общей схеме эвакуации на ТВД предусматривалось развертывание, последовательно от фронта в тыл, вспомогательного батальонного, полкового, бригадного перевязочных пунктов, дивизионного лазарета и подвижного госпиталя, а также госпиталей армейского, фронтового, вспомогательного и местного эвакуационных пунктов.

Эвакуация раненых и больных от полковых перевязочных пунктов до госпиталей армейского эвакуационного пункта и между госпиталями велась в основном конным, реже автомобильным, санитарным транспортом и транспортом подвоза, а далее в тыл страны — временными и постоянными военно-санитарными поездами (ВВСП, ПВСП).

В мае 1918 г. постановлением Совета Народных Комиссаров (СНК) были признаны Женевские и другие международные конвенции, касающиеся общества Красного Креста, а приказом Реввоенсовета республики (РВСР) введены правила обязательного пользования всеми военно-санитарными учреждениями и персоналом флагами и нарукавными повязками Красного Креста.

По завершении создания регулярной Красной Армии, в декабре 1919 г. приказом РВСР № 2314 вводится в действие «Схема эвакуации больных и раненых от боевой линии до фронтового распределителя», окончательно закреплявшая установившуюся в ходе гражданской войны и военной интервенции систему лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии. В соответствии с ней на каждом эвакуационном направлении и в зоне эвакуации должны были действовать дивизионный, армейский и фронтовой распределители-заградители, оборудованные и оснащенные надлежащим образом. Они обязаны были принимать раненых и больных, осуществлять их медицинскую сортировку, оказывать требуемые виды медицинской помощи в установленном объеме, оставлять для стационарного лечения на месте, в районах армейского и фронтового распределителей-заградителей максимально возможное число раненых и особенно инфекционных больных при минимальной их эвакуации.

По окончании Гражданской войны и иностранной интервенции был обобщен организационный опыт лечебно-эвакуационного обеспечения войск и выработаны основные требования по его развитию и улучшению. В начале эти требования были отражены в боевых регламентирующих документах, таких как «Временный полевой устав Красной Армии», и только в июле 1929 г. совместным приказом РВС СССР и Народного комиссариата здравоохранения РСФСР № 161 было введено в действие «Руководство по санитарной эвакуации в РККА». В нем был закреплён принцип этапного лечения раненых и больных, в основу которого были положены своевременность, непрерывность, последовательность и преемственность оказываемой им лечебной помощи, организация их эвакуации по принципу: «на себя» и заблаговременное планирование лечебно-эвакуационного обеспечения войск. Руководство закрепляло и «дренажный тип» медицинской эвакуации, при которой регламентировалось прохождение эвакуируемых по всей цепочке этапов медицинской эвакуации, развернутых от фронта в тыл, и эвакуацию «по направлению».

В дальнейшем в систему лечебно-эвакуационного обеспечения войск Красной Армии вносились существенные изменения. З. П. Соловьевым были

разработаны многие положения военной медицины, в которых он обращал особое внимание на медицинское обеспечение военного призыва, медицинское обслуживание красноармейцев, организацию работы врачебного состава, качественное оснащение войсковых лечебных учреждений медицинским имуществом и др.

Во время проведения Всеармейских летних маневров под Бобруйском в 1929 г., в которых принимала участие военно-медицинская служба, впервые удалось проверить деятельность существовавшей системы медицинского обеспечения войск в условиях, приближенных к конкретной оперативно-тактической обстановке. В ходе учения было установлено, что система медицинского обеспечения войск громоздка и трудно управляема, медицинские подразделения и части малоподвижны, располагают недостаточными госпитальными средствами, а в тактическом и техническом отношении значительно отстают от войск.

Таким образом, по результатам этих маневров и в обстановке чрезвычайно усилившейся опасности возникновения новой войны, Советом Народных Комиссаров СССР 2 июля 1929 г. было принято решение о включении ГВСУ в состав Наркомвоенмора СССР.

В мае 1932г. завершается переработка медицинских разделов всех уставов и наставлений военного времени и принимается новая номенклатура боевых поражений и заболеваний. Руководство по санитарной эвакуации в РККА 1929 г. заменяется «Уставом военно-санитарной службы РККА». В нем принцип этапного лечения по направлению дополняется требованием «эвакуации по назначению» и упорядочиваются наименования этапов в войсковом районе. В числе этапов медицинской эвакуации появились батальонный пункт медицинской помощи (БПМ), полковой пункт медицинской помощи (ППМ) с врачами, дивизионный пункт медицинской помощи (ДПМ), дивизионный госпиталь (ДГ) и пункт сбора легкораненых (ПСЛ). Корпусные полевые подвижные госпитали ликвидировались. Но не все нововведения имели под собой достаточные основания и поэтому в декабре 1935 г. на базе перевязочного, эвакуационного и эпидемического отрядов, имевшихся в дивизии, был создан отдельный медико-санитарный батальон (ОМСБ). В армейском звене медицинской службы появились армейские полевые госпитали (АПГ), автохирургические отряды (АХО), группы медицинского усиления (ГМУ), автосанитарные взводы (АСВ) и роты (АСР), отряды и эскадрильи санитарной авиации. С учетом этих организационно-штатных изменений в 1938 г. был разработан проект «Устава полевой санитарной службы РККА».

Бобруйские маневры, кроме того, выявили слабую военно-медицинскую подготовку военных врачей, на что было обращено внимание ГВСУ Красной Армии. Поэтому одним из мероприятий по устранению недостатков было улучшение преподавания в ВМедА военных и военно-медицинских дисциплин.

Одной из мер, осуществленных в первую очередь, явилось объединение разрозненных и недостаточно мощных самостоятельных курсов воен-

ных дисциплин «санитарной тактики» в единую кафедру военных и военно-санитарных дисциплин (ВВСД) ВМедА, которую с 23 марта 1931 г. возглавил Борис Константинович Леонардов (1892–1939 гг.). В его лице кафедра ВВСД получила руководителя с огромным опытом организаторской работы, сочетавшего в себе хорошо подготовленного в теоретическом и практическом отношении деятеля военной медицины и талантливого, широко эрудированного педагога. За относительно короткий срок ему удалось превратить кафедру в подлинно научный и учебно-методический центр медицинской службы Вооруженных сил в области организации и тактики медицинского обеспечения войск.

В годы, предшествовавшие Великой Отечественной войне, коллектив кафедры внес немалый вклад в развитие теоретических основ организации медицинского обеспечения войск. Это диктовалось начавшейся коренной реорганизацией РККА, изменением технического оснащения Вооруженных сил. При непосредственном участии Б. К. Леонардова в середине 30-х годов осуществлялась реорганизация войсковой медицинской службы. К сожалению, перед войной не все его идеи были реализованы.

Свою проверку обновленная медицинская служба Красной Армии прошла в ходе локальных боевых столкновений у озера Хасан (1938 г.), на реке Халхин-Гол (1939 г.) и особенно в советско-финляндской войне (1939–1940 гг.).

Итоги деятельности медицинской службы РККА в этой войне были детально обсуждены на трех пленумах Ученого медицинского совета при начальнике ГВСУ РККА, а также на специальной расширенной конференции (апрель 1940 г.) и сборе руководящего медицинского состава (апрель 1941 г.). В итоге этого обсуждения был подготовлен новый проект «Устава полевой санитарной службы РККА» (1940 г.), который был дополнен указаниями по организации медицинского обеспечения армейских и фронтовых объединений. Этот Устав был положен в основу проекта «Наставления по санитарной службе Красной Армии» (1941 г.). В целом на основе этих документов, а также разработанной в то время «единой полевой военно-медицинской доктрины» принцип этапного лечения раненых и больных с эвакуацией по назначению был окончательно закреплен, а силы и средства медицинской службы также претерпели ряд изменений.

Первый период Великой Отечественной войны (июнь 1941 г. – ноябрь 1942 г.) носил оборонительно-отступательный характер, в ходе которого было утрачено значительное количество мобилизационных запасов медицинского и другого имущества, сосредоточенного вблизи западных границ, и из-за этого было сорвано планомерное отмобилизование необходимых сил и средств медицинской службы действующих фронтов. В этих условиях следовать принципам лечебно-эвакуационного обеспечения войск было невозможно. Многих тяжелораненых вынести с поля боя не удалось. В этих чрезвычайных условиях для стимулирования работы младшего звена

медицинской службы Народным комиссаром обороны СССР 23 августа 1941 г. был издан приказ № 281 «О порядке представления к правительственной награде военных санитаров и носильщиков за хорошую боевую работу». Этот приказ приравнял их труд к боевому подвигу.

Раненые, подобранные и самостоятельно вышедшие с поля боя из-за стремительного продвижения войск противника срочно эвакуировались всеми видами транспорта по принципу вывезти «во что бы то ни стало». Гарнизонные госпитали и ОМСБ дивизий, имевшиеся в крайне ограниченном количестве и развернутые по штатам мирного времени, были переполнены. Поток «необработанных» раненых, в том числе и легкораненых, хлынул в лечебные учреждения фронтов и тыла страны. Для наведения элементарного порядка в лечебно-эвакуационном процессе в тылу фронтов, на важнейших эвакуационных направлениях были развернуты контрольно-эвакуационные госпитали (КЭГ).

Из-за недостатка материально-кадровых ресурсов сокращались штаты ряда военно-медицинских формирований. Вносятся изменения и в органы управления медицинской службой. Вместе с тем, создаются и новые лечебные учреждения полевого типа — госпитали для легкораненых (ГЛР) на 1000 мест, которые затем разделяются на армейские (АГЛР) и фронтовые (ФГЛР) со сроками выздоровления раненых до 20–30 суток (АГЛР) и 45–60 суток (ФГЛР). Вновь воссоздаются ликвидированные ранее батальоны выздоравливающих (БВ) на 500 мест. В декабре 1941 г. создаются сортировочные эвакуационные госпитали (СЭГ) на 500–1000 и 2000 койко-мест, а в июне-августе 1942 г. вводятся унифицированные штаты армейских и фронтовых специализированных эвакогоспиталей.

В тылу страны была создана разветвленная сеть специализированных эвакогоспиталей, примерно на 1196 тыс. койко-мест.

Опыт последующих боевых действий отчетливо показал, что выполнение принципа этапного лечения раненых и больных с их эвакуацией по назначению возможно лишь при наличии достаточного количества полевых лечебных учреждений, предназначенных для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Это обстоятельство особенно касалось госпитальных баз армий (ГБА). В связи с этим в действующих армейских объединениях начали создаваться полноценные госпитальные базы емкостью от 8 до 10 тыс. коек.

Общие результаты лечебно-эвакуационного обеспечения медицинской службы Красной Армии в первом периоде войны, несмотря на все трудности, были впечатляющими: из 6208 тыс. раненых и больных, прошедших курс лечения, в строй было возвращено 4780 тыс. человек или около 60 % от всего их числа.

Второй период войны (ноябрь 1942 г. — декабрь 1943 г.) характерен проведением целого ряда крупных оборонительных и наступательных опе-

раций Красной Армии, обеспечившим коренной перелом в ходе всей войны. Все усилия руководства медицинской службы Красной Армии были направлены на преодоление имевшихся недостатков и обеспечение на практике внедрения принципа этапного лечения с эвакуацией по назначению. Продолжала совершенствоваться организационно-штатная структура полевых медицинских формирований.

К окончанию 1942 г. повсеместно был проведен технический осмотр, организован ремонт и обеспечение запасными частями всего автосанитарного транспорта. Более широко для эвакуации раненых стал привлекаться порожний транспорт подвоза имущества и боеприпасов. Изменяется порядок продвижения военно-санитарных поездов: заполненные ранеными — в первую очередь, порожние — в четвертую. Более активно стала использоваться транспортная авиация.

За счет армейских медицинских распределительных постов (МРП) удалось обеспечить руководство эвакуацией раненых и больных, следовавших с войсковых этапов по назначению в специализированные лечебные учреждения госпитальной базы армии (ГБА).

Раненые и больные со сроками излечения более 45–60 суток подлежали эвакуации в госпитальную базу тыла (ГБТ) страны, большая часть коек которой была занята. В феврале 1943 г. часть тыловых эвакогоспиталей была переоснащена в специализированные госпитали восстановительной хирургии.

Совместная работа военных и гражданских медиков в этом периоде позволила вернуть в строй 77,4 % всех поступивших на лечение раненых и больных.

В третьем, завершающем периоде Великой Отечественной войны (1944 – май 1945 гг.) медицинская служба продолжала совершенствовать систему лечебно-эвакуационного обеспечения войск на основе окончательно установившегося принципа этапного лечения раненых и больных с их эвакуацией по назначению, однако существенных коррективов в сложившуюся организационно-штатную структуру формирований медицинской службы уже не вносилось.

Дополнительно принятые меры позволили обеспечить оказание специализированной медицинской помощи в ГБА — по 10–12, а в ГБФ — 23–24 профилям. Средства старшего медицинского начальника из создаваемого им накануне наступления мощного резерва позволяли более решительно приближать госпитали к действующим войскам. Некоторые местные и распределительные эвакопункты, входившие в состав ГБ тыла, были развернуты за пределами страны. На стыке разных по ширине западно-европейских и отечественных железных дорог создавались госпитальные базы перегрузочных районов (ГБПР).

Чрезмерная «растяжка» путей эвакуации, в частности из ГБФ в ГБТ, заставила организовывать лечение раненых и больных на месте и менее интенсивно эвакуировать тяжелораненых в тыл страны. В итоге более 60 %

всего коечного фонда находилось в пределах действующей армии (в ГБА и госпитальной базе фронта (ГБФ)).

В третьем периоде войны только из лечебных учреждений действующей армии удалось вернуть в строй до 50 % раненых и больных, а в целом — более 4380 тыс. чел.

Итогом же работы медицинской службы Красной Армии, несмотря на наличие в системе лечебно-эвакуационного обеспечения (ЛЭО) войск целого ряда недостатков, явилось то, что удалось возвратить в строй, по одним данным, 72,3 % раненых и 90,6 % больных, а по другим — 71,7 и 86,7 % соответственно, что превышало 17 млн чел.

Положительные результаты были весьма внушительными. Однако при всех своих достоинствах сложившаяся система лечебно-эвакуационных мероприятий периода ВОВ имела ряд недостатков. Наиболее существенным недостатком являлась многоэтапность при эвакуации раненых и больных, оказании им медицинской помощи и лечения. В то время большая часть раненых и больных проходила последовательно не только все войсковые этапы медицинской эвакуации (БМП, ПМП, ДМП или ХППГ первой линии), но и ряд эшелонов госпитальных баз армий и фронтов, выполнявших примерно один и тот же объем специализированной медицинской помощи. Многоэтапность отрицательно сказывалась и на результатах лечения, способствуя увеличению сроков и ухудшению исходов. Так, при ранениях верхних конечностей с повреждением кости из-за увеличения числа этапов с трех до семи, срок лечения раненых удлинялся на 48,9 суток, а при ранениях нижних конечностей — на 58,5 суток (В. Ф. Петров, 1988).

Вредные последствия многоэтапности были очевидны как для организаторов медицинской службы, так и врачей-специалистов, но избежать их не представлялось возможным.

Отрицательное влияние на продолжительность и исходы лечения раненых оказывали повторные хирургические вмешательства, проводимые уже в ходе эвакуации. Хотя большинство раненых подвергалось первичной хирургической обработке на ДМП и ХППГ первой линии, ее приходилось повторять в лечебных учреждениях армии и фронта по ряду причин. В частности, отсутствие в ДМП и ХППГ первой линии рентгеновских аппаратов и другого необходимого специального оснащения, эффективных средств профилактики раневой инфекции, условия боевой обстановки, низкая квалификация хирургов не позволяли проводить одномоментную исчерпывающую и качественную хирургическую помощь.

В качестве недостатка системы ЛЭО войск в годы войны следует упомянуть работу ДМП, как считалось в то время — «главных операционных войскового звена». Предполагалось, что на этом этапе медицинской эвакуации будет прооперировано до 70–80 % поступающих раненых, однако по ряду причин — хронический некомплект хирургов, постоянный дефи-

цит квалифицированных специалистов в области полостной хирургии — этих процентов достичь не удалось. Даже на заключительном этапе войны оперируемость в ДМП не превышала 45–55%. При этом значительную долю в общем числе хирургических вмешательств составляли первичные хирургические обработки ран.

При подведении итогов работы медицинской службы Красной Армии в годы Великой Отечественной войны следует подчеркнуть особую роль Ефима Ивановича Смирнова (1904–1989 гг.), начальника ГВСУ Красной Армии в годы войны. Он был одним из самых ярких представителей организаторов медицинской службы Вооруженных сил в годы Великой Отечественной войны, личностью, воплотившей в себе качества военного специалиста и руководителя государственного масштаба, выдающегося теоретика и организатора здравоохранения.

Е. И. Смирнов является автором единой военно-медицинской доктрины, принципы которой были определены им еще до войны и развиты в ее втором периоде (ноябрь 1942 г. — декабрь 1943 г.). Основные положения единой военно-медицинской доктрины были внедрены во все звенья медицинской службы. На основе этой доктрины была разработана и применена на войне четкая система медицинского обеспечения войск действующей армии. Согласно военно-медицинской доктрине в действующей армии должны были осуществляться централизация медицинских сил и средств в руках вышестоящего медицинского органа, проведение маневра этими силами и средствами независимо от разделительных полос армий и фронтов, организация специализированной медицинской помощи и единый принцип преемственности лечения раненых. По инициативе Е. И. Смирнова и под его руководством в 1940 г. был создан Ученый медицинский совет при начальнике ГВСУ Красной Армии, сыгравший огромную роль в годы войны. Система санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения войск, разработанная и реализованная под руководством Е. И. Смирнова, обусловила эпидемическое благополучие действующей армии.

Научная и практическая деятельность Е. И. Смирнова принесла ему заслуженную известность, неоспоримое лидерство в отечественной военной медицине и здравоохранении. Его перу принадлежат около 250 различных научных работ, в том числе более 10 монографий. К числу крупных заслуг Е. И. Смирнова следует отнести основание им Военно-медицинского музея Министерства обороны СССР, начавшего функционировать в 1943г. Е. И. Смирнов являлся главным редактором «Энциклопедического словаря военной медицины» в 6-ти томах (1946–1950 гг.) и 35-томного труда «Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.». Большую работу он выполнял в качестве редактора отдела военной медицины 2-го и 3-го изданий Большой медицинской энциклопедии. Одной из значимых заслуг Е. И. Смирнова является проведенная им реформа Военно-медицинской

академии им. С. М. Кирова, целью которой было улучшение подготовки командно-медицинских кадров.

Более детальный анализ деятельности медицинской службы в годы войны, проведенный многочисленными специалистами, лег в основу новых подходов в развитии системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск в условиях современных войн.

Появление на вооружении современных армий средств массового поражения, новых видов обычного оружия, в том числе высокоточного и боеприпасов объемного взрыва, а также вязких зажигательных смесей типа напалма, повлекло за собой изменение количества и структуры санитарных потерь.

Возникновение очагов массовых санитарных потерь, как в действующей армии, так и в тылу страны становится обычным явлением современной войны, оказывающим существенное влияние на организацию лечебно-эвакуационных мероприятий.

Высокая скоротечность боевых действий и частые изменения обстановки требуют от частей и учреждений медицинской службы гораздо большей подвижности и маневренности, чем это было в годы минувшей войны.

Комбинированный характер большинства поражений обусловил необходимость создания новых формирований медицинской службы, таких, например, как многопрофильные госпитали.

Весьма перспективным для совершенствования эвакуации раненых и больных по назначению на ТВД, а также для устранения и дальнейшего сокращения многоэтапности следует считать широкое применение авиационного транспорта — самолетов и вертолетов.

Большое влияние на совершенствование системы медицинского обеспечения оказывают успехи в развитии медицинской науки. Так, применение антибиотиков разрешило проблему отсрочки хирургических вмешательств, что в свою очередь позволяет достаточно успешно оказывать одномоментную исчерпывающую хирургическую помощь в специализированных хирургических госпиталях.

Эти и другие условия привели к необходимости перестройки системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск в послевоенный период, в основу которой в 50–60-е годы были положены следующие принципы:

- санитарные потери в современной войне характеризуются массовостью возникновения и неравномерностью по времени и пространству. В основе патологии современной войны лежат комбинированные поражения различными средствами массового поражения с преобладанием тяжелых поражений;

- сохранение жизни раненым и больным и профилактика тяжелых осложнений обеспечиваются только при условии возможно ранних сроков оказания догоспитальной медицинской помощи непосредственно в районах боевых действий войск;

- своевременное оказание всех видов догоспитальной медицинской помощи при массовых санитарных потерях обеспечивается путем усиления

войсковой медицинской службы силами и средствами медицинской службы оперативных объединений и центра, а также раннего рассредоточения эвакуационных потоков и маневра вышестоящих звеньев медицинской службы в интересах медицинской службы воинских частей и соединений;

— основные принципы системы этапного лечения раненых и больных и эвакуация их по назначению сохраняют свое значение и в современных условиях;

— объем медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации в современной войне более, чем когда бы то ни было в прошлом, зависит от условий оперативно-тактической, тыловой и медицинской обстановки;

— выдвижение сил и средств медицинской службы к очагам и районам массовых санитарных потерь с целью оказания пораженным медицинской помощи является основной формой маневра во всех звеньях медицинской службы;

— медицинская эвакуация раненых и больных по назначению на театре военных действий и за его пределы является необходимой составной частью лечебно-эвакуационного обеспечения войск.

Таким образом, сущность системы лечебно-эвакуационных мероприятий послевоенного периода заключается в проведении своевременных, последовательных и преемственных лечебных мероприятий на различных этапах медицинской эвакуации в сочетании с эвакуацией раненых и больных в специализированные лечебные учреждения по медицинским показаниям (по назначению) и в соответствии с конкретными условиями обстановки.

В конце 60-х годов была сделана попытка теоретически обосновать новую «систему двухэтапного оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных, в пределах театра военных действий». Однако дальнейшего развития эта идея не получила, хотя и содержала интересное, но далеко не бесспорное в то время предложение — на первом (догоспитальном) этапе каждому пострадавшему до его эвакуации в госпитальную базу оказывать только один вид медицинской помощи из трех (доврачебная, первая врачебная, квалифицированная), в зависимости от характера и тяжести поражения.

В декабре 1985 г. на секции организации и тактики медицинской службы Ученого медицинского совета Центрального военно-медицинского управления Министерства обороны СССР обсуждался вопрос о возможности в перспективе отказаться от оказания квалифицированной медицинской помощи в войсковом звене. При этом подчеркивалось, что обязательным условием такого изменения системы лечебно-эвакуационного обеспечения является наличие в распоряжении медицинской службы достаточного количества санитарной авиации (вертолетов и самолетов), т. е. наличие гарантий своевременной доставки по воздуху в соответствующие лечебные учреждения всех раненых и больных, нуждающихся в оказании квалифицированной или специализированной медицинской помощи. Внесение поправок в существующую систему мотивировалось опытом медицинского

обеспечения войск в войнах и вооруженных конфликтах конца XX в. Так, широкое применение санитарных вертолетов в армии США во Вьетнаме позволило улучшить показатели возвращения в строй раненых по сравнению со Второй мировой войной на 10,7 % (с 70,7 до 81,4 %), снизить инвалидность почти в 4 раза (с 23,8 до 6,4 %). Опыт медицинского обеспечения ограниченного контингента советских войск в Республике Афганистан показал, что коренное техническое переоснащение медицинской службы современными средствами эвакуации и прежде всего достаточным количеством санитарных вертолетов и самолетов привело к радикальному улучшению существующей системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск, максимальному повышению ее эффективности.

Таким образом, преимущества доставки раненых и больных с передовых этапов медицинской эвакуации непосредственно в специализированные лечебные учреждения (отделения) очевидны.

В результате проведенного анализа медицинского обеспечения войск в локальных войнах и вооруженных конфликтах современности, развития форм и методов применения сил и средств медицинской службы в различных условиях были сформулированы требования, предъявляемые современной системе медицинского обеспечения войск:

- научная обоснованность;
- эффективность;
- управляемость;
- гибкость;
- относительная автономность системы и ее элементов;
- высокая мобильность (аэромобильность) сил и средств медицинской службы;
- соблюдение принципа их достаточности и постоянная готовность к обеспечению войск, а также к участию в ликвидации последствий стихийных бедствий и катастроф;
- высокая боевая и мобилизационная готовность сил и средств медицинской службы.

Руководствуясь изложенными выше требованиями, определяющими внешний облик формируемой системы, а также накопленным научно-практическим опытом обеспечения войск в боевых действиях, сформулирован ряд принципиальных положений, которые положены в основу современной системы медицинского обеспечения войск в военных конфликтах различной интенсивности.

Таким образом, динамичное развитие организационных форм медицинского обеспечения войск способствует созданию оптимальных условий для сохранения жизни максимальному количеству раненых и больных, а также для восстановления их бое- и трудоспособности в современных вооруженных конфликтах любой интенсивности.

1.3. Современный этап развития военной медицины

Военная медицина на современном этапе ее развития состоит из комплекса вполне оформившихся в теоретическом, методическом и практическом отношении частных военно-медицинских наук.

Кроме того, практические задачи медицинского обеспечения войск обусловили возникновение военных разделов почти во всех отраслях теоретической и практической медицины: стоматологии, оториноларингологии, дерматологии, нейрохирургии и др.

Приближение медицинской помощи к раненым, расширение объема хирургического пособия на передовых этапах медицинской эвакуации, проведение реанимационных мероприятий требуют также совершенствования табельного медицинского оснащения войск. В настоящее время необходимо создание подвижных фармацевтических комплексов, способных изготавливать лекарственные формы и получать кислород в полевых условиях с использованием новейших технологий.

Поддержание медицинской службы в готовности к быстрому развертыванию и выполнению всего комплекса лечебно-эвакуационных мероприятий в немалой степени зависит от дальнейшего развития оснащенности медицинской службы, создания новых и совершенствования существующих средств и методов оказания медицинской помощи.

Перспективы развития военной медицины за рубежом и в Российской Федерации

Как известно, в мире продолжается бурное развитие и внедрение новых информационных технологий с применением современных средств электронно-вычислительной техники, баз данных и элементов искусственного интеллекта.

Так, уже с 70-х годов начали создаваться компьютерные экспертные системы, с помощью которых лицо, принимающее решение, может осуществлять постановку гипотез и их проверку на основе вызова из банка данных комплексно-взаимосвязанной информации для подтверждения справедливости (вероятности) гипотезы. Такие системы обеспечивают высокий уровень и адекватность решений в конкретной обстановке, оперативную реакцию на события в постоянно меняющейся среде, что характерно для экстремальных ситуаций (боевые действия, природные катастрофы или техногенные аварии), возможность изменения схемы управления.

Наиболее показательным примером использования информационных технологий в военной медицине является передача медицинской информации посредством спутниковой связи. Синтез вычислительных систем и систем коммуникаций, получивший наименование «телемедицина» (ТМ), нашел практическое применение в работе медицинских служб армий ряда зарубежных стран. Появление нового поколения быстродействующих компьютеров, технология мультимедиа обусловила качественно новый подход к информационному обеспечению ТМ. Использование систем на уровне телеконсульта-

ций существенно повышает эффективность диагностики на передовых этапах медицинской эвакуации (снижаются боевые потери и эвакуация раненых). Типовой комплект оборудования передового медицинского пункта включает портативный компьютер со встроенным модемом и цифровой видеокамерой, а также соответствующее программное обеспечение и базу данных.

Практическое использование телехирургии (стереомониторы, телеманипуляторы и т. п.) позволяет хирургу проводить неотложное оперативное вмешательство, находясь на значительном удалении от пострадавшего, управляя действиями медицинского персонала. Ожидается, что это приведет к сокращению на 30–40 % летальных исходов от кровопотери.

Завершена разработка опытных образцов индивидуального монитора состояния военнослужащего PSM (Personal Status Monitor), входящего в единую систему оказания медицинской помощи на поле боя. Система обеспечивает контроль показателей основных жизненных функций и при необходимости определяет местоположение раненого на поле боя.

Созданы принципиально новые системы для автоматического введения лекарственных препаратов, крови и кровезаменителей. Такие системы обеспечивают выполнение соответствующей лечебной процедуры по показаниям без участия медицинского персонала. В США уже функционирует ряд сетей ТМ между крупными военными госпиталями армии, авиации и флота. Созданы прототипы установок для проведения сеансов телемониторинга и телехирургии непосредственно в транспортном средстве при эвакуации раненых. Качественно новые возможности получает телехирургия при внедрении технологий виртуальной реальности (трехмерное голографическое изображение операционного поля и хирургических инструментов).

Идет замена традиционных жетонов военнослужащих электронными медицинскими картами, которые повышают эффективность оказания помощи при ранениях с травмами. Карты содержат не только основные медицинские данные, но и дополнительные, которые могут быть необходимы при лечении военнослужащего, в том числе в чрезвычайной ситуации.

Для решения задач ВВС США по эвакуации и перевозке раненых и больных в военные медицинские учреждения создана автоматизированная система медицинской эвакуации APES (Automated Patient Evacuation System). Она обеспечивает взаимодействие между регулирующей информационной системой и медицинским эвакуационным центром, находящимся на одной из баз ВВС США, предоставляет информацию для выработки предлагаемых решений о транспортировке раненых, готовит документы сопровождения, помогает улучшить наблюдение за пациентом в процессе транспортировки; обеспечивает быстрый и эффективный контроль за пациентами, нуждающимися в срочной и приоритетной эвакуации.

Для проведения организационно-методических мероприятий, направленных на повышение ответственности каждого военнослужащего за сохранение своего здоровья, создана карманная компьютерная экспертная система PMA (Personal Medical Assistant), предназначенная для неинвазив-

ной оценки состояния здоровья. Ее внедрение будет способствовать улучшению профилактики заболеваемости путем своевременного выявления изменений состояния здоровья каждого военнослужащего.

Широко используются медицинскими службами компьютеризированные приборы лабораторной клинической диагностики, в которых задачи обслуживающего персонала сведены до минимума, а подготовка проб, и, собственно анализ, самотестирование измерительной системы, контроль наличия реактивов осуществляются при помощи встроенного процессора.

Подобная тенденция — это максимальное использование вычислительных систем для автоматизации рабочего процесса. Она характерна практически для всех новых разработок медицинской техники.

Таким образом, за счет использования информационных систем с широким ассортиментом сетевых и компьютерных устройств, операционных систем, аппаратного обеспечения, баз данных и телекоммуникационных процессов в медицинской службе зарубежных армий реализуются самые разнообразные компьютерные программы и технологии, направленные в первую очередь на решение управленческих задач, контроль и планирование. Очевидны перспективы внедрения и использования информационных технологий в лечебном деле в мирное и военное время, для подготовки медицинского персонала, для приведения военно-медицинских подразделений в боевую готовность и решения задач по материальному снабжению их в ходе боевых действий.

Одним из приоритетных направлений совершенствования медицинского обеспечения войск (сил) в условиях современных военных конфликтов является использование средств автоматизации и роботизации.

Цель автоматизации деятельности медицинской службы — повышение ее эффективности, передача машине наиболее трудоемких и рутинных функций. Роботизация (там, где она возможна и целесообразна) будет способствовать повышению производительности труда медицинского персонала, снижению риска боевых поражений, защите от воздействия экстремальных факторов физической, химической и биологической природы.

Создание *робототехнических комплексов медицинской службы* (РТКМС) для розыска, вывоза раненых с поля боя и оказания им элементов первой помощи представляется сегодня весьма актуальным для Вооруженных сил нашего союзного государства — России.

Известна прямая зависимость между величиной летальных исходов и сроками оказания первой медицинской помощи. Так, если она оказывается в первые 30 мин с момента ранения, а первая врачебная — не позже 1 ч, то вероятность смертельного исхода снижается в 3 раза.

По-прежнему очень важной остается задача максимально раннего начала борьбы с кровопотерей и своевременного восстановления газообмена. Во время Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. от кровопотери погибало до 37,2 % раненых. В период медицинского обеспечения боевых действий 40-й армии в Афганистане (1979–1989) эта доля достигала уже 44 %,

причем в 21,2 % летальный исход наступал от условно смертельных ранений, т. е. своевременное оказание первой помощи могло бы спасти жизнь этим пострадавшим. Если раненым с острой кровопотерей в состоянии шока на поле боя инфузионная терапия не проводилась, летальность в госпитальном звене составляла 67 %, если же ее осуществляли, снижалась до 25 %. Отсутствие кислородной терапии (в случаях нарушения дыхания) приводило к повышению летальности до 30 % и, наоборот, среди тех, кому она проводилась в течение первых 30 мин после ранения, не умер ни один пострадавший.

Использование РТК МС позволит приблизить медицинскую помощь к раненому. Сбор и вынос раненых с поля боя под огнём противника связаны с большими физическими усилиями. Доказано, что при активной деятельности боевое истощение у санитаров-носильщиков наступает почти в 1,5 раза быстрее, чем у личного состава мотострелковых подразделений. За весь период Великой Отечественной войны безвозвратные потери личного состава медицинской службы Красной Армии составили убитыми и пропавшими без вести около 150 тыс. человек, причем 88,2 % от этого количества пришлось на санитаров-носильщиков и санитарных инструкторов.

Создание многофункциональных робототехнических комплексов относится к приоритетным направлениям работы оборонного комплекса НАТО. В их числе — создание робототехнического комплекса по оказанию первой помощи и эвакуации раненых с поля боя. Американскими учёными активно разрабатывается роботизированная спасательная команда, состоящая из роботов различного типа, способных функционировать как обособленно, так и в составе группы, оказывая помощь раненым на поле боя в ситуациях, когда оказание помощи непосредственно личным составом медицинской службы становится смертельно опасным. Один из таких комплексов Bloodhound — полуавтономный военный медицинский робот, разработанный для выполнения функций по оказанию медицинской помощи раненым на поле боя — осуществляет телеуправляемую доставку медицинского оборудования к месту нахождения раненого и позволяет медицинскому работнику, находящемуся на безопасном расстоянии, провести диагностику и оказать первую помощь.

Таким образом, создание робототехнических комплексов, способных своевременно осуществлять розыск и вывоз раненых с поля боя под огнём противника, оказывая при этом элементы первой помощи, а также выполняя мероприятия по сбору и передаче данных радиационной, химической, биологической обстановки, является технически выполнимой задачей.

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации проводится научно-исследовательская работа по созданию отечественного робототехнического комплекса медицинской службы, предназначенного для розыска, вывоза раненых с поля боя и оказания им элементов первой помощи. Главным исполнителем НИР является Научно-исследовательский институт робототехники и технической кибернетики РФ (Санкт-Петербург), соисполнители —

Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова и Государственный научно-исследовательский испытательный институт военной медицины МО РФ.

К настоящему времени обоснованы типовые сценарии применения робототехнического комплекса в боевой обстановке с учетом характера полученных травм и погодных-климатических условий, состав специального медицинского оборудования и медицинского имущества, рассмотрены варианты их размещения на дистанционно управляемом робототехническом комплексе (РТК). Определен перечень подразделений медицинской службы для приоритетного оснащения РТК МС, разработан перечень первоочередных задач, а также задач, подлежащих решению на последующих этапах создания робототехнического комплекса медицинского назначения.

В состав комплекса входят *транспортно-управляющая машина* (ТУМ) и *дистанционно управляемая эвакуационная машина* (ДУЭМ). На данный момент успешно прошел испытания действующий макет РТК МС. Дистанционно управляемый комплекс оснащен системой видеонаблюдения, лазерными дальномерами, его ориентировочная грузоподъемность составляет 150 кг.

В дальнейшем для извлечения раненых (пораженных) из завалов предлагается использовать пневматический домкрат, который в перспективе необходимо включить в комплект оборудования ДУЭМ. Планируется также создание руки-манипулятора и специального контейнера-ложемента, в котором будет находиться раненый во время вывоза с поля боя (в ходе испытаний на данном этапе исследований для этой цели использовались лодочки-волокуши). Бронированный контейнер предполагается оснастить системами жизнеобеспечения и поддержки витальных функций организма.

Таким образом, анализ современных тенденций развития военно-медицинской техники подтверждает, что с целью сохранения жизни большему числу раненых на поле боя и снижения риска поражения личного состава медицинской службы требуется активное проведение дальнейших научных исследований по оснащению войск робототехническими и информационно-вычислительными комплексами.

1.4. Права и обязанности медицинского персонала в вооруженных конфликтах

Ратифицируя документы международного гуманитарного права (Конвенции и Протоколы) или присоединяясь к ним, государства принимают на себя обязательство распространять знания об этих Конвенциях и Протоколах в своих странах, а также как можно шире руководствоваться их положениями, как в мирное время, так и во время вооруженных конфликтов.

Медицинский персонал, работающий в зоне вооруженного конфликта, должен соблюдать нормы гуманитарного права, при этом он в любой момент должен быть готов не только выполнять свои обязанности, но и отстаивать свои права, причем в самых неожиданных обстоятельствах. Поэтому медицинский персонал должен иметь четкое представление о своих правах и обязанностях.

История международного гуманитарного права

В 1863 г. пятью гражданами Швейцарии во главе с Анри Дюнану был основан Международный комитет помощи раненым, более известный как «Комитет пяти».

В октябре того же года представители ряда стран встретились в Женеве и решили создать общества помощи раненым и ассоциации «добровольных помощников», впоследствии получившие название Национальных обществ Красного Креста.

Международный комитет признал необходимым добиваться предоставления нейтрального статуса как раненым — жертвам военных действий, которые больше не участвуют в сражении (и поэтому не могут рассматриваться как «противники»), так и персоналу, который оказывает им помощь, с тем, чтобы дать ему возможность выполнять свою гуманную задачу.

С этой целью в Женеве в августе 1864 г. состоялась дипломатическая конференция. Там представители 12 государств подписали небольшой (всего из 10 статей) международный договор, получивший название «Женевская конвенция об улучшении участи раненых в действующих армиях» от 22 августа 1864 г. Подписание первой «Женевской конвенции» явилось чрезвычайно важным шагом на пути исторического развития человечества, поскольку именно тогда было положено начало созданию международного гуманитарного права, предназначенного для защиты жертв вооруженных конфликтов и персонала, ответственного за оказание им помощи.

Первоначальная идея дала жизнь целой серии конвенций, разработанных с учетом новых театров военных действий и опыта новых войн (новых видов наступательного оружия, новых видов вооружений и т. д.), а также необходимости обеспечить лучшую защиту жертв в связи с этими переменами и достижениями технического прогресса.

Опыт первой мировой войны привлек внимание к необходимости улучшить обращение с военнопленными. Соответствующая Конвенция была подписана в Женеве в 1929 г.

Затем, в 1949 г., после Второй мировой войны, в ходе которой мирное население подвергалось жестоким массовым расправам, на дипломатической конференции были пересмотрены и приняты четыре Женевские конвенции о защите гражданского населения на территории противника или оккупированной территории, которые остаются в силе и в настоящее время и называются «Женевскими конвенциями». Этим термином обозначаются следующие Конвенции:

Конвенция об улучшении участи раненых и больных в действующих армиях (I Конвенция).

Раненые и больные военнослужащие должны при всех обстоятельствах пользоваться гуманным обращением без всякой дискриминации, особенно дискриминации по признаку национальности.

Военный санитарный транспорт и госпитали с их медицинским персоналом должны пользоваться защитой и уважением. Видимым знаком их неприкосновенности является эмблема красного креста или красного полумесяца на белом поле.

Конвенция об улучшении участи раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение, из состава вооруженных сил на море (II Конвенция).

Эта Конвенция представляет собой версию I Конвенции, переработанную для применения в условиях боевых действий на море. Она решает те же задачи, что и первая, но в иных обстоятельствах и защищает те же категории лиц, добавляя к ним еще одну, специфическую для морской войны категорию — потерпевших кораблекрушение.

Конвенция об обращении с военнопленными (III Конвенция).

Определяет права и обязанности военнопленных, захваченных в плен противником и, таким образом, ставших военнопленными.

Конвенция о защите гражданского населения во время войны (IV Конвенция).

Эта Конвенция касается защиты гражданского населения, находящегося во власти воюющей державы. Она применяется как к лицам, которые оказались на территории государства противника, так и ко всему населению оккупированной территории.

Женевские конвенции ныне признаны 194 государствами, иными словами — почти всем международным сообществом.

С 1949 г., когда были приняты эти Конвенции, количество вооруженных конфликтов растет, расширяется круг гражданских лиц, страдающих от последствий применения все более смертоносных вооружений, все шире распространяются методы партизанской войны. 8 июня 1977 г. приняты два Дополнительных протокола к Женевским конвенциям 1949 г. Поскольку эти Протоколы являются «дополнительными» к Женевским конвенциям, последние полностью сохраняют юридическую силу. Дополнительный протокол к Женевским конвенциям от 12 августа 1949 г., касающийся защиты жертв международных вооруженных конфликтов (Протокол I), применяется в случае международных конфликтов, тогда как Дополнительный протокол к Женевским конвенциям от 12 августа 1949 г., касающийся защиты жертв вооруженных конфликтов немеждународного характера (Протокол II), является дополнительным к общей статье всех четырех Конвенций и применяется во время вооруженных конфликтов немеждународного характера.

Основная цель этих Протоколов состоит в обеспечении лучшей защиты всего гражданского населения в зоне вооруженного конфликта.

Действия медицинского персонала во время вооруженных конфликтов

Положения международного гуманитарного права защищают медицинских работников, чьи услуги необходимы во время вооруженных конфликтов, если:

- на территории их страны идет внутренний конфликт;
- их страна вовлечена в вооруженный конфликт с другой страной;
- их страна частично или полностью оккупирована другой страной;
- их страна, сохраняя нейтралитет в конфликте, принимает решение предоставить медицинский персонал в распоряжение одной из воюющих сторон.

Медицинский персонал — лица, которые назначены стороной, находящейся в конфликте, исключительно для медицинских целей, для административно-хозяйственного обеспечения медицинских формирований или для работы на санитарно-транспортных средствах, для их административно-технического обеспечения (Протокол I 1977 г.).

Цели медицинского персонала: розыск, сбор, транспортировка, установление диагноза и лечение, включая оказание первой медицинской помощи раненым, больным и лицам, потерпевшим кораблекрушение, а также профилактика заболеваний.

Медицинские работники, которых привлекают к оказанию помощи при возникновении конфликта, должны помнить, что обязанностью государств и всех их граждан независимо от рода деятельности является строгое соблюдение положений Конвенций и Протоколов. Всякое несоблюдение этих норм есть правонарушение, которое может повлечь за собой санкции, о которых говорится далее. Таким образом, чрезвычайно важно, чтобы медицинский персонал хорошо знал свои обязанности и права, предусмотренные международным гуманитарным правом, и понимал, что он может, совершенно неожиданно и в любой момент, оказаться в ситуации, которая требует от него осуществления этих прав и выполнения обязанностей.

Эти права и обязанности были установлены для того, чтобы медицинский персонал мог выполнять возложенные на него гуманитарные задачи, а именно — оказывать помощь жертвам вооруженных конфликтов.

Среди обязанностей, возложенных на медицинский персонал, следует выделить обязанности, требующие действия, и обязанности, требующие воздерживаться от действий. Например, медицинский работник обязан действовать, когда больной или раненый нуждается в помощи; однако медицинский работник обязан также воздерживаться от некоторых действий, а именно от таких, которые противоречат интересам пациента. С другой стороны, бездействие — т. е. неоказание должной помощи больному — может представлять собой невыполнение медицинским персоналом своих обязанностей.

Медицинский персонал должен воздерживаться от каких бы то ни было враждебных действий. Медицинский персонал находится под защитой, потому что он обязан соблюдать нейтралитет в вооруженном конфликте, в ходе которого он занимается оказанием помощи. Если медицинский персонал перестает быть нейтральным, он теряет право на защиту. «Нейтралитет» в данном случае означает требование к медицинскому персоналу воздерживаться от каких бы то ни было враждебных действий или, в более

широком смысле, от любого вмешательства в военные действия. Именно на этом условии ему предоставляется особая защита.

Медицинскому персоналу разрешено иметь только личное оружие и использовать его только для самообороны и защиты своих раненых и больных.

Медицинский персонал должен располагать опознавательными знаками и документами. С тех пор как были приняты Протоколы 1977 г., особое значение придается тому, чтобы отличительный знак был ясно виден издалека. Все члены медицинского персонала, которые пользуются защитой, на оккупированных территориях или территориях, где идут или могут идти бои, должны носить как можно более ясно видимый отличительный знак и должны иметь удостоверения личности.

Протокол I от 1977 г. вводит новый защитный знак для персонала гражданской обороны — голубой равносторонний треугольник на оранжевом поле. Медицинский персонал, приписанный к формированиям гражданской обороны, вправе использовать оба отличительных знака. В любом случае знак или знаки должны быть как можно более ясно различимы, ведь именно в этом залог их действенности. Нет никаких препятствий для подготовки еще в мирное время средств опознавания медицинского персонала. Напротив, такая подготовка желательна, поскольку изготавливать их наспех достаточно трудно.

Медицинский персонал, совершающий нарушения международного гуманитарного права, подлежит наказанию.

Международное гуманитарное право определяет ряд нарушений своих норм как серьезные нарушения. В этих случаях международное гуманитарное право требует не только пресечения этих нарушений, но и уголовного наказания виновных. Вместе с тем вид и мера наказания определяются внутригосударственными законодательными органами.

К таким нарушениям относятся:

- умышленное убийство;
- пытки или бесчеловечное обращение, включая биологические эксперименты либо иные медицинские или научные опыты;
- умышленное причинение больших страданий или серьезного ущерба здоровью или личности;
- любое преднамеренное действие или бездействие, которое серьезно угрожает физическому или психическому состоянию этих лиц;
- вероломное использование отличительной эмблемы красного креста или красного полумесяца, либо другого признанного отличительного знака или сигнала, повлекшее смерть или серьезный ущерб физическому состоянию или здоровью.

На медицинском персонале, работающем в зоне вооруженного конфликта, лежит большая ответственность. Он должен сознавать, что нарушение международного гуманитарного права может не только вызвать тя-

желейшие последствия для жертвы или жертв этого нарушения и, в случае обнаружения, для самого медицинского персонала, но и поставить под угрозу всю систему защиты, установленную международным гуманитарным правом и основанную на доверии.

Условия предоставления медицинской помощи

Медицинский персонал, предоставляющий свои услуги во время вооруженного конфликта, обязан, как и в мирное время, соблюдать принципы медицинской этики.

В 1957 г. Международный комитет Красного Креста, Международный комитет военной медицины и фармации и Всемирная организация здравоохранения одобрили «Правила медицинской этики для военного времени» и «Правила предоставления помощи раненым и больным в вооруженных конфликтах», которые затем утвердила Всемирная медицинская ассоциация.

Последний документ определяет основные правила выполнения медицинских задач в условиях вооруженного конфликта. Вновь подтверждая принцип единства медицинской этики в мирное и военное время, он указывает, что:

- главной задачей медицинской профессии является обеспечение защиты жизни и здоровья человека;
- опыты на людях запрещаются;
- в экстремальных условиях медицинская помощь должна предоставляться в соответствии с медицинской необходимостью и без различий по каким бы то ни было соображениям, кроме медицинских.

С лицами, которые непосредственно не принимают участия в военных действиях или вышли из строя, необходимо обращаться гуманно.

Таким образом, раненые, больные, военнопленные, гражданское население на территории противника или оккупированной территории должны пользоваться уважением и защитой, обращение с ними должно быть гуманным. Это не только означает, что таких лиц следует щадить и никогда не подвергать нападению, но и то, что их следует защищать, оберегать, что им следует оказывать помощь.

Уход предоставляется без различий, по каким бы то ни было соображениями, кроме медицинских.

Принцип предоставления помощи означает недопустимость различий в обращении, обусловленных такими факторами, как раса, политические взгляды, вероисповедание, философские убеждения, пол, происхождение, язык, национальность, социальное или имущественное положение, или какими-либо сходными критериями. Очередность оказания помощи определяется исключительно медицинскими требованиями.

Запрет проводить какое-либо неблагоприятное различие, однако, не означает, что со всеми пациентами следует обращаться совершенно одинаково. Особое внимание должно быть, к примеру, уделено наиболее уязвимым: детям, старикам и беременным женщинам. Не будет нарушением этого

принципа и предоставление дополнительной одежды тем, кто из-за своего происхождения не привык к холоду и особенно плохо его переносит.

Лиц, находящихся под защитой Конвенций, запрещается подвергать какой бы то ни было медицинской процедуре, которая не требуется по состоянию их здоровья, а также подвергать каким бы то ни было медицинским, биологическим или иным научным опытам.

Из этого правила допускается одно небольшое исключение: разрешаются две медицинские процедуры, которые не требуются по состоянию здоровья пациента: сдача крови для переливания и кожи для пересадки, если они проводятся при полном согласии доноров и исключительно в лечебных целях. Это исключение оправдано, так как разрешенные им процедуры очень важны для лечения раненых и больных и в условиях вооруженного конфликта могут сыграть решающую роль в спасении жизни пострадавшего.

Умышленное бездействие или серьезная небрежность тоже составляют нарушение международного гуманитарного права. Примерами таких нарушений являются оставление без ухода лиц, для которых такой уход необходим, или заведомое оставление раненых или больных в таких условиях, при которых они подвергаются опасности заражения инфекционным заболеванием. За нарушения такого рода предусматриваются особенно жесткие санкции.

Необходимо уважать волю раненых и больных. Прежде чем приступить к лечению, которое он считает нужным провести, врач должен получить на это согласие пациента, разумеется, если пациент в состоянии дать такое согласие. Таким образом, раненые и больные могут отказаться от хирургического вмешательства, которое они считают нежелательным. В этом случае, чтобы избежать возможных последующих обвинений, врачу следует попросить пациента, чтобы тот заявил об отказе в письменной форме и поставил под заявлением подпись.

Запрещаются репрессалии в отношении лиц и объектов, находящихся под защитой.

Репрессалии — это действия, которые не соответствуют нормам права, но тем не менее преднамеренно осуществляются одним государством против другого в ответ на предшествующее противоправное действие последнего и имеют целью прекратить такое противоправное действие.
--

Международное право в определенных случаях допускает репрессалии, но международное гуманитарное право недвусмысленно запрещает любые формы репрессалий в отношении лиц и объектов, защищаемых им.

Для медицинского персонала, направленного в зону вооруженного конфликта для оказания соответствующей помощи, важно знать это и не только не содействовать осуществлению репрессалий в отношении лиц, находящихся под защитой, но и всеми способами противодействовать таким попыткам.

ГЛАВА 2

ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

При рассмотрении теоретических аспектов медицинского обеспечения войск в «большой войне» следует иметь в виду, что, по мнению российских и зарубежных специалистов, если она и возникнет, то будет настолько интенсивной и, по всей вероятности, кратковременной, что потребует немедленного введения в действие всех резервов, находящихся в состоянии полной боевой готовности. Поэтому скорейшее возвращение в строй десятков тысяч пострадавших, пораженных и больных военнослужащих, обладающих специальными знаниями и навыками, имеющими боевой опыт, существенно будет влиять на течение и исход войны, а при оптимальном стечении обстоятельств — и на «выживание» государства. Значит, в широкомасштабной войне необходимо обеспечивать скорейшее возвращение военнослужащих, имеющих дефицитные специальности, непосредственно в свои подразделения в максимально короткие сроки и с ближайших этапов медицинской эвакуации, после проведения интенсивного комплекса реабилитационных мероприятий.

По сути деятельность военно-медицинской службы в такой обстановке становится определяющей в восстановлении боеготовности Вооруженных сил и обороноспособности страны в целом.

2.1. Влияние особенностей современной войны на организацию медицинского обеспечения боевых действий войск

Условия деятельности медицинской службы (комплекс факторов боевой, тыловой и медицинской обстановки, влияющих на организацию медицинского обеспечения) играют решающую роль в организации медицинского обеспечения. Они могут содействовать или, наоборот, затруднять решение задач, стоящих перед медицинской службой. Медицинская служба должна эти факторы выявлять, определять степень и характер влияния, находить наиболее целесообразные формы медицинского обеспечения.

Если говорить о характеристике условий деятельности медицинской службы в современных вооруженных конфликтах, хотелось бы выделить следующие группы существенных факторов:

1. Разнообразие форм вооруженной борьбы: массированное применение сил специальных операций и десантно-диверсионных сил, необходимость, в связи с этим, обороняющейся стороне выполнять комплекс задач контрдиверсионного, контртеррористического характера, что обуславливает, с одной стороны, сложные условия деятельности медицинской службы, связанные с воздействием на этапы медицинской эвакуации разведывательно-диверсионных подразделений, возможность нарушения связи, нападения на санитарные транспорты, и, с другой стороны, необходи-

мость учета при планировании медицинского обеспечения особенностей специальных действий и условий для оказания медицинской помощи военнослужащим подразделений сил специальных операций наших войск.

2. Способность стран НАТО, прежде всего США, к длительному ведению «бесконтактных» боевых действий, способных нанести существенный урон обороняющейся стороне, объектам военной и государственной инфраструктуры, созданным группировкам войск, объектам технического и тылового обеспечения еще до начала ведения боевых действий сухопутными группировками, в том числе объектам медицинской службы, и, прежде всего, объектам медицинского снабжения.

3. Возрастание значения завоевания господства в воздухе, создание мощных воздушно-наступательных группировок с задачей обеспечения условий для проведения последующих сухопутных операций (путем уничтожения объектов ПВО и авиации противника, системы государственного и военного управления, нанесения массированных ударов по сухопутным группировкам обороняющихся войск, нанесения устрашающих ударов и др.), т. е. постоянное воздействие на обороняющиеся войска воздушного противника; указанные факторы, в свою очередь, требуют принятия обороняющейся стороной мер по обеспечению защиты от ударов воздушного противника, активному использованию систем ПВО, мер маскировки.

4. Фактор постоянного воздействия воздушного противника на медицинскую службу как в войсковом, так и в оперативно-стратегическом звеньях значительно затруднял оказание медицинской помощи во всех вооруженных конфликтах последнего времени, и требует совершенствования подходов к планированию медицинского обеспечения войск, обеспечению непрерывности оказания медицинской помощи.

5. Создание в конфликтном регионе мощных группировок разведывательных сил и средств (включая воздушные, космические, электронные, радиотехнические) в готовности к немедленному нанесению поражения по выявляемым объектам средствами ракетно-бомбового и артиллерийского нападения, что обуславливает всесторонний учет данных факторов при проведении лечебно-эвакуационных мероприятий.

6. Создание в зоне конфликта мощных, мобильных наступательных сухопутных группировок, обеспечивающих 3–5-кратное превосходство над обороняющимися войсками, стремление противника обеспечить этим превосходством сковывание действий обороняющихся войск, ведение эффективных маневренных боевых действий наступающими войсками и достижение ими в кратчайшие сроки поставленных боевых задач; отсюда — исключительная маневренность оборонительных действий и обороняющейся стороны, отсутствие сплошной линии фронта, возможность быстрой смены оперативно-тыловой обстановки и неожиданного выхода наступающих подразделений в районы размещения этапов медицинской эвакуации, объективная необходимость маневра силами и средствами медицинской службы.

7. Создание условий воюющими сторонами для быстрого перехода от обороны к контрнаступлению, отсюда — необходимость своевременного создания адекватных группировок сил и средств медицинского обеспечения, прежде предназначенных для обеспечения оборонительных действий.

8. Стремление противоборствующих сторон к созданию и ведению боевых действий в составе коалиционных группировок дружественных государств, что, в свою очередь, влечет необходимость поддержания постоянного взаимодействия их Вооруженных сил по задачам всестороннего, в том числе и медицинского, обеспечения войск.

9. Повышение уровня самостоятельности при ведении боевых действий воинскими формированиями тактического (батальонного) звена, которые обеспечивают выполнение оборонительных боевых задач при ведении как маневренной, так и позиционной обороны; в частности, ведение рассредоточенной обороны на вероятных второстепенных направлениях, для прикрытия государственной границы, обороны на самостоятельном направлении путем построения в один эшелон отдельных ротных и взводных опорных пунктов, с открытыми флангами, стыками и промежутками, доступными для действий противника.

10. Применение таких разновидностей построения обороны, как:

- очаговая оборона, при которой на наиболее важных направлениях создаются узлы, очаги сопротивления и отдельные опорные пункты (характерно для обороны городов, узлов транспортных коммуникаций, узких проходов на местности);

- сетевая оборона, при которой предусматриваются и очаги сопротивления, и активные маневренные, засадные действия для сковывания главных сил противника, воспреещение маневра его сил и средств, огневое воздействие на противника, блокирование на отдельных участках и уничтожение противника с привлечением сил и средств других воинских формирований, территориальных и пограничных войск;

- зональное построение обороны, при котором полоса ответственности бригады делится на батальонные зоны ответственности, ротные районы ответственности, и силы и средства подразделений действуют самостоятельно в рамках общего замысла старшего начальника, с учетом своевременного наблюдения и оповещения о действиях противника, проведением маневра в целях не допустить внезапных действий противника и максимально эффективно использовать имеющиеся резервы на избранных направлениях;

- широкие полосы ответственности общевойсковых соединений на операционных направлениях;

- действия последних факторов объективно обуславливают необходимость достижения максимальной самостоятельности тактического звена медицинской службы при сохранении общей системы лечебно-эвакуационных мероприятий на эвакуационных направлениях;

- необходимо отметить и повышение эффективности поражающих характеристик современных систем вооружения, начиная от индивидуального оснащения военнослужащих, и включая вооружение взвода, роты, батальона, бригады, артиллерийских инженерных подразделений, ракетных и артиллерийских соединений. Отсюда — возможность в короткие сроки сосредоточения огня на отдельных направлениях, быстрого формирования очагов санитарных потерь. Отсюда же, сложные условия для эвакуации раненых и больных с поля боя;

- организация медицинского обеспечения, несомненно, должна учитывать и совместный характер действий в одних и тех же районах различных видов и родов Вооруженных сил, подразделений территориальных войск, других воинских формирований, что обуславливает необходимость поддержания постоянного взаимодействия по задачам медицинского обеспечения соответствующих медицинских служб.

2.2. Основные задачи медицинской службы Вооруженных сил Республики Беларусь

Основными задачами медицинской службы в военное время являются:

- организация и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий с целью сохранения жизни и быстреего восстановления боеспособности раненых и больных;

- организация и проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, а также мероприятий медицинской разведки с целью сохранения и укрепления здоровья личного состава, предупреждения возникновения и недопущения распространения заболеваний;

- обеспечение военных медицинских частей и подразделений медицинскими техникой и имуществом, а личного состава — индивидуальными средствами медицинской защиты;

- организация и проведение мероприятий по медицинской защите личного состава от воздействия поражающих факторов современного оружия, а также неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды;

- организация и проведение мероприятий по защите, охране и обороне военных медицинских частей и подразделений;

- постоянное совершенствование медицинского обеспечения на основе изучения, обобщения и анализа характера ведения боевых действий, особенностей возникновения и течения боевых поражений и заболеваний, достижений медицинской науки и практического опыта работы медицинской службы в боевых условиях.

Характеризуя задачи медицинской службы Вооруженных сил Республики Беларусь в военное время, необходимо, прежде всего, подчеркнуть особое значение сохранения жизни максимальному числу раненых и больных, быстреего восстановления их боеспособности и трудоспособности.

Здесь речь идет не только о медицинском обеспечении той или иной операции, но и о сохранении боеспособности наших войск до победоносного окончания войны. Быстрое восполнение людских потерь за счет возвращения в строй раненых и больных после лечения становится фактором оперативного и даже стратегического значения.

В годы Великой Отечественной войны эта задача была решена успешно: в строй было возвращено 72,3 % раненых и 90,6 % больных. Не следует забывать, что за каждым одним процентом уменьшения летальности стоят тысячи спасенных человеческих жизней.

Оценивая результаты работы советских медиков в годы войны, со всей ответственностью можем утверждать, что успехи, достигнутые в лечении раненых и больных, в их возвращении в строй и к труду, по своему значению и объему равны выигрышу крупных операций. Маршал Советского союза И. Х. Баграмян писал после войны: «Проблема сохранения жизни, восстановления здоровья огромного числа раненых и возвращения их в строй в самые короткие сроки является одной из самых сложных и актуальных во всей деятельности не только тыла, но и командования войсками всех степеней. Здесь речь идет не только о медицинском обеспечении той или другой операции, но и о сохранении боеспособности наших Вооруженных сил вплоть до победоносного окончания войны». И далее: «...быстрое восполнение людских потерь за счет возвращения в строй раненых и больных после лечения становится фактором оперативного и даже стратегического значения».

Такое развитие событий уменьшит возможность пополнения армии за счет мобилизации гражданского населения и сделает основным источником людских ресурсов раненых и больных, находящихся на излечении в лечебных учреждениях. Раненые и больные, возвращенные в строй, представляют особенную ценность еще и потому, что являются «обстрелянными», обученными воинами, обладающими боевым опытом.

Однако для того, чтобы медицинская служба обеспечивала своевременное пополнение войск ранеными и больными, возвращаемыми в строй после излечения, необходим высокий уровень организации всех медицинских мероприятий, рациональная и эффективная система оказания помощи и лечения.

Не меньшее значение приобретает восстановление трудоспособности раненых и больных, снижение инвалидности среди них. Это даст возможность вернуть огромную массу излеченных людей в различные области экономики страны в послевоенное время.

Чрезвычайно ответственная задача медицинской службы — это профилактика инфекционных заболеваний и предупреждение их распространения в войсках.

Войны прошлого, как правило, сопровождались эпидемиями сыпного и брюшного тифа, дизентерии, холеры и других инфекционных заболеваний.

В годы Великой Отечественной войны, благодаря четкой организации и настойчивому проведению комплекса санитарно-гигиенических и противо-

эпидемических мероприятий в войсках, не было крупных эпидемий и инфекционных болезней. Впервые в мире в нашей стране не «сработал» обязательный, казалось бы, закон о связи войн и эпидемий. Эпидемический «пожар» удалось предотвратить, и это спасло сотни тысяч, миллионы человеческих жизней.

В условиях современной войны задача предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди личного состава войск также имеет большую актуальность. Сохранение эпидемического благополучия может быть достигнуто только при наличии эффективной системы противоэпидемических мероприятий.

Тесно примыкает к этой задаче **сохранение и укрепление здоровья воинов, восстановление их боеспособности**. Хорошо известно, что как бы ни была высока техническая вооруженность армии, человек остается главной решающей силой на войне. Современные условия потребовали не только более высокой подготовленности личного состава Вооруженных сил, значительного увеличения потребности в высококвалифицированных специалистах, но и предъявили более высокие требования к их здоровью.

Вместе с новой техникой появилось много новых факторов, неблагоприятно действующих на организм человека: ионизирующие и сверхвысокочастотные излучения, быстро нарастающие шумы и ускорения, вибрации, ударные перегрузки, измененный состав воздуха и др. Управление новой техникой связано со скоротечностью процессов, необходимостью постоянного слежения за быстро меняющейся обстановкой, с повышением ответственности за принимаемые решения. Все это создает высокую нервно-психологическую напряженность личного состава и дополнительные физические нагрузки.

Организация защиты, охраны и обороны подразделений, частей и учреждений медицинской службы представляет комплекс мероприятий по поддержанию их живучести, боеспособности, исключения или максимального уменьшения потерь личного состава, имущества и транспорта, повторных поражений раненых и больных.

Она включает:

- радиационную, химическую и бактериологическую разведку мест (районов) развертывания (размещения) и маршрутов выдвижения медицинских частей (подразделений);
- предупреждение частей и учреждений медицинской службы о радиоактивном, химическом заражении, угрозе затопления;
- дозиметрический, химический, бактериологический контроль;
- использование защитных и маскирующих свойств местности, индивидуальных и коллективных средств защиты;
- инженерное оборудование районов развертывания подразделений, частей и учреждений медицинской службы;
- обеспечение безопасности раненых и больных, личного состава медицинской службы при преодолении зон заражения и нахождении на зараженной местности, в зонах разрушения, затопления и пожаров;

- специальную обработку медицинского имущества, материальных средств и транспорта, санитарную обработку раненых и больных, личного состава частей и подразделений медицинской службы;

- противоэпидемические, санитарно-гигиенические и специальные профилактические медицинские мероприятия;

- оборону и охрану частей и подразделений медицинской службы.

Постоянное совершенствование обычных средств поражения и непрерывное расширение их арсенала ведет к необходимости изучения боевой патологии, причин и механизмов развития поражений, их течения, лечения, исходов и осложнений, а также размеров и структуры санитарных потерь, и на основе этого изменения способов и характера медицинского обеспечения войск.

Рассмотренные задачи соответствуют основным, наиболее решающим направлениям деятельности медицинской службы ВС в военное время, из которых складывается медицинское обеспечение войск в целом.

Задачи, стоящие перед медицинской службой, решаются путем проведения комплекса различных по целям и содержанию мероприятий. Но основным из них является медицинское обеспечение.

Цель медицинского обеспечения — сохранение боеспособности и укрепление здоровья личного состава, быстрейшее излечение и возвращение в строй раненых и больных, предупреждение возникновения и распространения заболеваний в войсках.

Медицинское обеспечение включает:

- систему лечебно-эвакуационных мероприятий и лечебно-профилактических мероприятий;

- систему санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

- мероприятия медицинской службы по защите личного состава от ОВ (СДЯВ), ионизирующего излучения;

- мероприятия по обеспечению медицинским имуществом.

Система лечебно-эвакуационных мероприятий объединяет в единый комплекс розыск, сбор и эвакуацию раненых и больных, своевременное оказание им медицинской помощи и лечение. Цель ее: сохранение жизни максимальному числу раненых и больных, обеспечение быстрого восстановления их бое- и трудоспособности.

Система лечебно-профилактических мероприятий, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий предназначена для сохранения боеспособности личного состава, укрепления здоровья воинов, предупреждения заболеваний в войсках, ликвидации эпидемических очагов при их появлении.

Мероприятия медицинской службы по защите личного состава от поражения отравляющими веществами и ионизирующим излучением включают в себя применение соответствующих профилактических и лечебных средств, участие в организации и проведении лечебно-эвакуационных и противоэпидемических мероприятий, медицинский контроль состояния

здоровья военнослужащих, подвергшихся воздействию ОВ (СДЯВ), ИИ, но сохранивших боеспособность.

Мероприятия по обеспечению медицинским имуществом включают: заготовку, хранение и обеспечение медицинских подразделений, частей и учреждений специальными медицинскими средствами, необходимыми для успешного медицинского обеспечения (медикаментами, перевязочным материалом, медицинским инструментарием, оборудованием и медицинской техникой и т. д.); обеспечение личного состава индивидуальными средствами медицинской защиты.

Укомплектование медицинской службы личным составом заключается в замещении штатных должностей медицинского состава лицами, имеющими соответствующую подготовку и опыт работы.

Подготовка личного состава медицинской службы включает изучение личным составом функциональных обязанностей, приобретение и совершенствование навыков и умений их успешного выполнения.

Подготовка медицинских частей, учреждений и подразделений заключается в достижении такого состояния, в котором они будут четко и слаженно выполнять возложенные на них задачи в любых условиях.

Защита медицинских подразделений, частей и учреждений, их охрана и оборона организуются для обеспечения бесперебойной работы медицинских подразделений, частей и учреждений, безопасности их личного состава, а также раненых и больных.

Медицинская разведка проводится с целью выявления в районах передвижения, размещения и боевой деятельности войск факторов обстановки, которые могут оказать влияние на здоровье личного состава и организацию медицинского обеспечения войск.

Управление медицинской службой заключается в целенаправленной работе начальников медицинской службы по поддержанию высокой боевой готовности медицинских подразделений, частей и учреждений, своевременной их подготовке к выполнению поставленных задач и четкому руководству ими при медицинском обеспечении боевых действий.

Военно-медицинская подготовка обеспечивает обучение всего личного состава Вооруженных сил приемам оказания первой медицинской помощи, а также основам личной и коллективной гигиены и предупреждения заболеваний.

Медицинский учет и отчетность обеспечивают сбор, обработку, обобщение и анализ данных о здоровье военнослужащих, а также о работе подразделений, частей и учреждений медицинской службы.

2.3. Организационная структура медицинской службы Вооруженных сил Республики Беларусь

Медицинская служба Вооруженных сил представляет собой совокупность органов военного управления медицинской службы, военных медицинских час-

тей и организаций, медицинских подразделений соединений и воинских частей, предназначенных для медицинского обеспечения Вооруженных сил.

Медицинское обеспечение Вооруженных сил осуществляется по территориальному принципу. Этот принцип медицинского обеспечения заключается в медицинском обеспечении независимо от видовой принадлежности обслуживаемых военнослужащих и военных медицинских частей, медицинских подразделений соединений и воинских частей. При этом территория разделяется на зоны ответственности, в пределах которых осуществляется функциональное объединение и обеспечивается согласованность действий близрасположенных военных медицинских частей и организаций и медицинских подразделений соединений и воинских частей.

Медицинская служба в военное время состоит из:

1. Органов военного управления медицинской службы, представляющих собой:

- военно-медицинское управление Министерства обороны (центральный орган военного управления медицинской службы) (ВМУ);
- медицинскую службу Департамента транспортного обеспечения Министерства обороны;
- медицинские службы командований видов Вооруженных сил;
- медицинские службы управлений оперативных (оперативно-тактических) командований;
- медицинские службы бригад, воинских частей, организаций, военных учебных заведений.

2. Военных медицинских организаций, представляющих собой:

- военные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь (главный военный клинический медицинский центр (ГВКМЦ), военный медицинский центр (ВМЦ), центр авиационной медицины Военно-воздушных сил и войск противовоздушной обороны (ЦАМ ВВС и войск ПВО), стоматологический центр (СЦ);
- специализированные военные медицинские организации (центральная военно-врачебная комиссия (ЦВВК), центральная военная судебно-медицинская лаборатория (ЦВСМЛ), санитарно-эпидемиологический центр (СЭЦ), база хранения медицинских техники и имущества (БХМТИ);

3. Военных медицинских частей, представляющих собой:

- военные полевые госпитали (ВПГ);
- отдельные медицинские отряды (омедо);
- отдельный санитарно-эпидемиологический отряд (осэо);
- отдельные автомобильные санитарные батальоны;
- отдельные автомобильные санитарные роты;
- медицинские склады.

4. Медицинских подразделений соединений и воинских частей, представляющих собой:

- медицинские роты (медр);
- медицинский отряд (специального назначения) (МО(СН));
- санитарно-эпидемиологические лаборатории (СЭЛ);
- медицинские пункты соединений, воинских частей и подразделений (МП).

Подразделениями медицинской службы называют такие медицинские формирования, которые включены в состав воинских частей. К ним относятся медицинские пункты батальонов, медицинские роты бригад.

Части (учреждения) медицинской службы являются самостоятельными (отдельными) медицинскими формированиями, которые включены в состав войсковых соединений и медицинской службы оперативных (оперативно-тактических) командований или находятся в непосредственном подчинении начальника медицинской службы вида ВС или начальника Военно-медицинского управления.

Они имеют свой номер, свое войсковое хозяйство и печать. К таким формированиям относятся отдельные медицинские отряды, санитарно-транспортные части, различные госпитали, противоэпидемические учреждения и др.

Таким образом, в состав медицинской службы входят медицинские подразделения, части (учреждения) и более крупные формирования — военно-медицинские организации. Их количество, структура и оснащение определяются рядом условий, прежде всего — способами ведения боевых действий, характером и величиной санитарных потерь, уровнем развития медицины, а также мобилизационными возможностями страны, ее материальными и экономическими ресурсами.

Общее руководство медицинской службой Вооруженных сил осуществляет начальник ВМУ. Начальнику ВМУ подчинены по специальным вопросам медицинского обеспечения начальники медицинской службы видов Вооруженных сил, оперативных и оперативно-тактических объединений, соединений и воинских частей, военных медицинских организаций, командиры военных медицинских частей и медицинских подразделений.

Такой же порядок подчиненности и управления силами и средствами медицинской службы установлен во всех низовых ее звеньях — объединениях (оперативных, оперативно-тактических), войсковых соединениях (бригадах) и воинских частях.

Для медицинского обеспечения войсковые соединения и части располагают штатными подразделениями и частями медицинской службы. Отдельные механизированные бригады имеют медицинские роты (отдельные медицинские отряды), батальоны, дивизионы, группы — медицинские пункты. В каждой роте (кроме танковой) имеется санитарный инструктор.

Силы и средства медицинской службы частей и соединений в совокупности относят к **войсковой медицинской службе**.

Существенным требованием к организационному построению медицинской службы является взаимозаменяемость, а также максимальная ав-

тономность отдельных ее подразделений и частей, что обеспечивается наличием однотипных по их основным задачам формирований. Это способствует повышению живучести системы медицинского обеспечения войск.

Личный состав медицинской службы

Врачебные должности в военное время комплектуются кадровыми военными врачами и офицерами медицинской службы запаса.

Войсковой врач — офицер медицинской службы, действующий в составе медицинской службы частей и соединений. Деятельность войскового врача в военное время протекает в исключительно сложной обстановке, требующей от него, во-первых, умения оказывать медицинскую помощь при самых разнообразных поражениях и заболеваниях и, во-вторых, твердых навыков по управлению медицинской службой, руководству работой ее частей и подразделений. В связи с этим, войсковой врач, наряду с достаточно широким объемом общемедицинской подготовки, должен обладать прочными знаниями по организации медицинского обеспечения войск.

Лица, имеющие среднее медицинское образование, предназначены для укомплектования штатных должностей фельдшеров и медицинских сестер. Военные фельдшера могут назначаться на должности начальников подразделений медицинской службы (например, медицинских пунктов батальонов, отделений сбора и эвакуации раненых), а также на должности среднего медицинского состава в медицинских пунктах и учреждениях.

На должности санитарных инструкторов назначаются военнослужащие, получившие краткосрочную специальную подготовку.

В качестве санитаров и водителей машин используется рядовой состав.

Должностными лицами, непосредственно организующими и осуществляющими обеспечение медицинским имуществом и медицинской техникой, как правило, являются офицеры с фармацевтическим образованием.

Хозяйственные и технические функции в медицинских частях и учреждениях выполняются офицерами соответствующих служб.

ГЛАВА 3 САНИТАРНЫЕ ПОТЕРИ

Величина санитарных потерь является одним из важнейших факторов, существенно влияющих на организацию медицинского обеспечения войск.

Объем медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации, потребность в средствах сбора и эвакуации, в медицинском имуществе и т. п. находится в прямой зависимости от величины санитарных потерь войск в бою.

Поэтому в период планирования медицинского обеспечения боевых действий войск, а также в ходе боя, оценке ожидаемых или уже возникших санитарных потерь уделяется большое внимание.

3.1. Потери войск. Классификация санитарных потерь

Все потери в личном составе, понесенные войсками во время войны, носят название **общих потерь**.

Они подразделяются на безвозвратные и санитарные потери. К безвозвратным потерям относят потери убитыми, пропавшими без вести и попавшими в плен.

Под **санитарными потерями** принято понимать лиц, по состоянию здоровья утративших боеспособность (трудоспособность) не менее чем на одни сутки и поступивших на этапы медицинской эвакуации.

В зависимости от причин, вызвавших утрату боеспособности (трудоспособности), санитарные потери делятся на боевые и небоевые.

По этиопатогенетическому признаку боевые и небоевые санитарные потери разделяются на соответствующие классы.

К **боевым санитарным потерям** относят пострадавших от воздействия всех видов оружия и их поражающих факторов, а также обожженных, обмороженных, лиц с тепловыми и солнечными ударами, с заболеваниями и травмами, связанными с боевыми действиями войск.

Холодовая травма является одним из видов боевой хирургической травмы.

Боевые санитарные потери делятся на следующие классы:

- I. Механические повреждения.
- II. Термические поражения.
- III. Радиационные поражения.
- IV. Поражения отравляющими веществами.
- V. Поражения биологическими средствами.
- VI. Комбинированные поражения.
- VII. Другие боевые поражения (реактивные состояния и психозы).

Каждый класс в свою очередь подразделяется, в соответствии с принятой номенклатурой боевых поражений, на группы, в которые включены отдельные нозологические формы поражений, в зависимости от характера (проникающие, непроникающие, с повреждением или без повреждения кости и др.) и локализации повреждений. Кроме того, класс «Термические поражения» делится на две группы — ожоги и отморожения. В класс «Радиационные поражения» включены также две группы — острые и хронические поражения, которые делятся по степени тяжести.

Небоевые санитарные потери делятся на 22 класса:

- I. Травмы.
- II. Инфекционные болезни.
- III. Паразитарные болезни.
- IV. Отравления.
- V. Новообразования.
- VI. Болезни витаминной недостаточности и нарушения питания.
- VII. Болезни обмена веществ и эндокринные расстройства.

- VIII. Аллергические расстройства.
- IX. Болезни крови и кроветворной системы.
- X. Болезни нервной системы и психические расстройства
- XI. Болезни органов зрения.
- XII. Болезни уха, горла, носа.
- XIII. Болезни органов дыхания.
- XIV. Ревматизм.
- XV. Болезни органов кровообращения.
- XVI. Болезни зубов и полости рта.
- XVII. Болезни органов пищеварения.
- XVIII. Болезни мышц, костей и суставов.
- XIX. Болезни кожи и подкожной клетчатки.
- XX. Болезни мочеполовых органов.
- XXI. Болезни беременности, родов и послеродовые.
- XXII. Прочие болезни.

Разделение санитарных потерь на боевые и небоевые имеет для медицинской службы большое практическое значение.

Как правило, прослеживается тенденция к увеличению доли небоевых санитарных потерь при увеличении срока ведения боевых действий. Увеличение соотношения санитарных потерь в сторону небоевых является сигналом для срочных профилактических мероприятий (санитарно-гигиенических и противоэпидемических), направленных на ликвидацию причин, порождающих эти потери.

Кроме рассмотренной классификации санитарных потерь существует оперативная классификация, которая используется в практической деятельности медицинской службы.

В официальных документах боевые санитарные потери обозначаются термином: «раненые» или «пораженные», а небоевые — «больные». Термин «раненый» тесно связан с ранящим снарядом (пуля, осколок и т. п.), термин «пораженный» употребляется в том случае, когда речь заходит о воздействии отравляющих веществ, ионизирующих излучений, или комбинированном поражении.

По тяжести состояния все раненые, пораженные и больные могут быть распределены на три категории:

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

2. Легкораненые (легкопораженные, легкобольные) — это лица, способные к самостоятельному передвижению и обслуживанию, не имеющие повреждений органов чувств, крупных сосудов и нервов. Отсутствует угроза для жизни. Сроки лечения от нескольких дней до 1,5 месяцев.

3. Раненые средней тяжести (пораженные) — занимают промежуточное значение между тяжело- и легкопораженными.

В зависимости от вида и характера ранящего оружия среди санитарных потерь выделяют комбинированные, множественные и сочетанные ранения (поражения). К **комбинированным** относят поражения, вызванные различными видами оружия или различными поражающими факторами одного вида оружия (например, осколочное ранение и поражение отравляющими веществами, ожог и лучевая болезнь в результате ядерного взрыва и т. п.). К **множественным** относят ранения несколькими ранящими снарядами одного вида оружия одной или нескольких анатомических областей. К **сочетанным** относят ранения нескольких анатомических областей (груди, живота, черепа, конечностей) одним ранящим снарядом (например, пулевое торакоабдоминальное ранение).

3.2. Величина и структура санитарных потерь

Величина санитарных потерь является одним из важнейших факторов, существенно влияющих на организацию медицинского обеспечения войск. Объем медицинской помощи, оказываемой на медицинских пунктах, в медицинских ротах, в лечебных учреждениях, потребность в средствах сбора и эвакуации, в медицинском имуществе находятся в прямой зависимости от величины санитарных потерь войск в бою и операции.

Под величиной санитарных потерь понимают размеры санитарных потерь, выраженных в абсолютных числах.
--

Величина санитарных потерь отражает их количественную сторону.

Структура санитарных потерь — процентное отношение различных категорий раненых и больных к общему числу санитарных потерь от всех или отдельных видов оружия.

На величину санитарных потерь оказывают влияние многочисленные элементы обстановки, важнейшими из которых являются:

- задачи войск и характер боевых действий, соотношение сил и средств сторон;
- свойства применяемых видов оружия и масштабы его применения;
- эффективность и своевременность использования средств и способов защиты личного состава войск от поражающего действия оружия;
- характер местности, степень ее инженерного оборудования и санитарно-гигиеническое состояние местности;
- моральное состояние войск и т. д.

В связи с этим, размеры санитарных потерь войск подвержены значительным колебаниям. Следовательно, для правильного определения величины санитарных потерь необходим всесторонний анализ условий обстановки в каждом конкретном случае. Динамика формирования санитарных потерь зависит от интенсивности и характера боевых действий.

Например, при ведении боевых действий в Грозном наибольшие потери ранеными отмечались в январе, феврале 1995 г. и составили около 50 % общего числа санитарных потерь. По мере стабилизации военной обстановки количество больных (начиная с июля 1995 г.) стало превышать количество раненых. Минимальное число больных (30,2 %) соответствовало периоду наиболее тяжелых боев в Грозном, максимальное (43,5 %) — завершающему этапу операции.

В структуре санитарных потерь в Чечне в зависимости от локализации ранения отмечается высокий удельный вес числа повреждений головы, шеи, позвоночника (22,7 %). Это в 1,9 раза выше, чем в годы Великой Отечественной войны и в 1,5 раза, чем во время войн в Афганистане и Вьетнаме. Это связано, прежде всего, с ведением боя в городских условиях, широким использованием снайперов для поражения личного состава и использованием для защиты торакоабдоминальной области бронежилетов. Сохраняется преобладание доли раненых в конечности (более 60 %), что прослеживается в любых войнах и вооруженных конфликтах.

Кроме того, необходимо отметить, что в современной войне основной удельный вес займут комбинированные поражения, тяжелые травмы, ожоги, радиационные поражения, огнестрельные ранения в различных сочетаниях в зависимости от применяемых средств поражения.

В период Второй мировой войны множественные ранения составляли 14,2 %, а в последних локальных войнах сочетанные и множественные ранения имеют место уже в 25–62 %.

Таблица 1 — Распределение раненых в зависимости от локализации повреждения, %.

Локализация повреждения	Война в Афганистане 1979–1989 гг.	Вторая мировая война 1939–1945 гг.	Локальные войны второй половины XX в.
Голова	22,6	14,8	14,5
Грудь	9,6	11,9	9,9
Живот и таз	10,4	9,2	9,1
Верхние конечности	20,6	26,5	28,6
Нижние конечности	37,9	37,6	37,9

Следует также учитывать большое психологическое воздействие на личный состав применением противником современных средств вооруженной борьбы. В структуре санитарных потерь определенное место займут так называемые острые реактивные состояния (реактивные психозы, острые невротические реакции). Анализ опыта медицинского обеспечения войск в локальных конфликтах последних десятилетий показывает, что весьма значительный удельный вес в структуре пораженных составляет категория лиц, временно утративших боеспособность. Речь идет, прежде всего, о пораженных психогенного профиля. Так, во время арабо-израильской войны 1973 г. на каждые 100 случаев боевых потерь приходилось 40–50 случаев психической травмы. В период операции «Буря в пустыне» (1992 г.) такую травму получили до 30 % офицеров

и солдат иракской армии. Около 20 % военнослужащих армии США, эвакуированных из зоны боевых действий, имели расстройства психики.

Также необходимо учитывать, что лица с острыми реактивными психозами могут представлять опасность для окружающих.

Опыт боевой подготовки свидетельствует о том, что начальники медицинской службы частей и даже соединений далеко не всегда смогут заблаговременно располагать готовыми исходными данными, необходимыми для определения величины санитарных потерь в предстоящем бою. Поэтому необходимо во всех случаях активно собирать сведения об обстановке, позволяющие определить вероятные санитарные потери, а также рубежи и направления, где они могут быть наибольшими. Наличие подобных сведений позволяет более обоснованно планировать и своевременно осуществлять маневр силами и средствами медицинской службы.

Результаты расчета санитарных потерь за бой сводятся в таблицу пояснительной записки к плану медицинского обеспечения.

Правильное определение предполагаемой величины и структуры санитарных потерь является основой для планирования медицинского обеспечения предстоящих боевых действий. Они позволяют определить объем работы всех этапов медицинской эвакуации и позволяют более рационально использовать силы и средства медицинской службы на ЭМЭ и маневр ими в ходе боя.

Знание величины и структуры санитарных потерь дает возможность определения потребности в средствах сбора, вывоза (выноса), эвакуации раненых и больных, а так же и в медицинском имуществе. Структура санитарных потерь дает возможность определить специализацию лечебных учреждений и их количество, а также определяет подготовку и специализацию медицинского состава.

3.3. Современные средства вооруженной борьбы, их влияние на величину и структуру санитарных потерь

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

Во многих странах мира оружие постоянно модернизируется, совершенствуется, разрабатываются и создаются принципиально новые его типы.

Основные пути совершенствования современного оружия:

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

Оружие массового поражения

К оружию массового поражения относят такие виды оружия, как ядерное, химическое, биологическое.

Действие **ядерного оружия** основано на использовании энергии, высвобождающейся при расщеплении или синтезе ядер атомов некоторых элементов. Размеры и структура санитарных потерь от ядерного оружия чрезвычайно изменчивы и зависят от ряда факторов: количества и калибра боеприпасов, способа их применения, вида взрывов, степени инженерного оборудования местности, обученности войск мерам защиты, вида боевой деятельности войск и т. п.

В зависимости от вида ядерного (термоядерного) взрыва в связи с направленностью воздействия поражающих факторов возникает та или иная преимущественная патология. На практике различают 3 вида взрывов: воздушный (низкий, высокий и высотный), наземный (надводный), подземный (подводный).

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

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

На людей и животных ударная волна оказывает как непосредственное, или прямое, так и косвенное (летащими и падающими осколками зданий, сооружений) воздействие. Непосредственное воздействие ударной волны проявляется в виде различных травм: ушибы мягких тканей, множественные переломы, повреждения внутренних органов, сопровождающихся массивным кровотечением и шоком. Косвенное воздействие — это, главным образом, травмы за счет воздействия вторичных ранящих снарядов.

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

В результате воздействия на людей светового излучения ядерного взрыва возникают ожоги открытых участков тела, временное ослепление и ожоги глаз, а возникающие при этом пожары вызывают ожоги пламенем. Предполагается, что основная масса ожогов от ядерного взрыва на поле боя будет возникать в результате светового излучения и не более 10 % — от воздействия пламени; в городах же количество обожженных пламенем может достигать до 70–80 %.

Воздействуя на органы зрения, световое излучение вызывает ожог век и переднего отдела глазного яблока, ожоги глазного дна и адаптационное ослепление.

Проникающая радиация представляет собой поток гамма-излучения и нейтронов из зоны взрыва ядерного (термоядерного) боеприпаса. Биологическое воздействие проникающей радиации зависит от количества поглощенной тканями живого организма радиационной энергии, а также степени ионизации в них атомов и молекул.

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

В общей структуре санитарных потерь от ядерного оружия довольно существенную роль будут играть различного рода психогении, как результат психологического воздействия взрыва на людей.

Структура санитарных потерь от воздействия **отравляющих веществ (ОВ) и токсинов** может быть весьма разнообразной и зависеть от их токсикологических свойств.

Отравляющие вещества и токсины не разрушают боевую технику, сооружения и другие материальные ценности. Применение некоторых рецептов ОВ может привести к временной недееспособности людей и тем самым обеспечить условия для захвата у противника материальных и людских ресурсов. Токсическое действие ОВ проявляется формой и тяжестью отравления. При тяжелых формах поражений отравленные нуждаются в длительной госпитализации, а при поражениях средней тяжести — в госпитализации на срок до двух недель. Для лечения поражений легкой степени достаточно 2–7 суток.

Биологическим оружием называются боеприпасы и другие технические устройства, снаряженные бактериальными средствами или другими биологическими агентами и предназначенные для поражения людей, животных или растений. Известно несколько сотен возбудителей инфекционных заболеваний, однако (по материалам иностранных авторов), в качестве бактериальных средств для Европейского театра военных действий отобрано около 30 возбудителей инфекционных заболеваний.

Огнестрельное оружие

В соответствии с международным гуманитарным правом, соблюдаемым армиями большинства цивилизованных стран, при поражении живой силы противника должны использоваться лишь средства, выводящие бойцов из строя и лишая их боеспособности, но, не причиняя им излишних страданий и не преследуя цель неоправданного лишения их жизни.

Но, несмотря на это, тяжесть боевых огнестрельных повреждений в последние годы существенно возросла, хотя специально такая цель при

создании новых образцов огнестрельного оружия не преследовалась. Это связано с общим научно-техническим прогрессом, изменением условий и форм ведения боевых действий в современной войне. Войны стали значительно более динамичными, распространяющимися на обширные территории. Появилась задача создания облегченного боекомплекта к огнестрельному оружию, допускающее его перемещение на большие расстояния с наименьшими затратами, но вместе с тем, не утрачивающие своего поражающего эффекта. Решение этой задачи привело к созданию автоматического стрелкового оружия под малокалиберные пули 5,56 и 5,45 мм, обладающие высокой начальной скоростью, достигающей 990 м/с.

Малокалиберная пуля, попадая в тело человека, быстро теряет кинетическую энергию, передавая ее окружающим тканям, утрачивает устойчивость, приобретает склонность к поворотам, легко создает отклонения (девиации) раневого канала.

Кроме того, современные пули, имеющие оболочки из меди и других мягких металлов (например, пуля М-855 калибра 5,56 мм к американской винтовке М-16А) при столкновении с плотными тканями (ребро, лопатка, ключица, позвоночник) деформируются, их оболочки отпадают, теряют свою форму, распадаются на мелкие осколки. Непосредственное действие пули — разрыв и размозжение тканей, вступающих в непосредственный контакт с пулей. Чем больше энергия ранящей пули, передаваемая тканям, тем обширнее поражение. Мягкие ткани превращаются в сплошную массу, мелкие сосуды разрываются, кости дробятся на осколки. Крупные сосуды и нервы отталкиваются в сторону, их интима и периневрий повреждаются. Входное отверстие такой пули малого диаметра, а выходное — диаметром более 5 см.

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

В связи с необходимостью обеспечить пехотинцу возможность борьбы с живой силой противника, одетой в бронежилеты, находящейся внутри боевых машин и в полевых укрытиях, а также за кирпичными и бетонными стенами зданий, при ведении боя в населенных пунктах разработана бронебойная пуля для стандартизированного патрона НАТО (для винтовки М-16А), которая на дальности до 300 м пробивает 15 мм бронированную плиту. Кроме этого, разработана бронебойно-осколочно-зажигательная пуля.

Усовершенствовалось и взрывное оружие, т. е. неядерные средства массового поражения, которые широко применялись в военных конфликтах последних десятилетий.

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

Механизм взрыва — образование аэрозольной смеси летучих газообразных, жидких или твердых (порошковые взвеси) веществ, которые воспламеняются совершенно случайно (достаточно, например, даже слабой, прямой искры) или с помощью специальных детонаторов. А в определенных условиях в подобном топливно-воздушном облаке может возникнуть скачкообразный детонационный процесс, проще говоря, произойти мощный взрыв, вызывающий значительные разрушения и жертвы.

Как уже отмечалось, основным поражающим фактором БОВ является избыточное давление во фронте ударной волны, которое в эпицентре составляет около 30 кг/см^2 . Кроме того, в зоне детонации всего за несколько десятков микросекунд развивается высокая температура ($2500\text{--}3000^\circ\text{C}$).

Поскольку топливно-воздушные смеси легко затекают в любые полости и способны проникать в негерметичные объемы, а также формироваться в складках местности, то от воздействия БОВ не защищают такие традиционные полевые оборонительные сооружения, как окопы, перекрытые щели, бункеры. Более того, попадая в замкнутые объемы, скажем, через вентиляционные входы или открытые окна зданий, топливно-воздушные смеси оказываются в более благоприятных условиях для развития детонационного процесса. Подобные свойства БОВ дают основание рассматривать это оружие в качестве эффективного средства поражения не укрытой живой силы, боевой техники, укрепленных районов и отдельных оборонительных сооружений, проделывания проходов в минных заграждениях, расчистки и подготовки площадок для выброски десантов и посадки вертолетов, разрушения узлов связи и опорных пунктов при ведении уличных боев в городе.

Первые БОВ были созданы в США в начале 70-х годов и применялись Пентагоном в Юго-Восточной Азии. Создаваемая при взрыве БОВ ударная волна вызывает у людей такие поражения, как воздушная эмболия кровеносных сосудов, контузия головного мозга, множественные внутренние кровотечения ввиду разрыва соединительных тканей внутренних органов (печени, селезенки), пневмоторакс, выход глазных яблок из орбит и разрыв барабанных перепонки.

Воздействие ударной волны является основным поражающим фактором и при использовании гелевых бомб. Каждая из них, весом около $6000\text{--}7000 \text{ кг}$, начинена желеобразной массой из нитрата аммония и алюминиевого порошка. Мощность взрыва уступает только мощности ядерного боеприпаса. При взрыве гелевой бомбы не образуется воронки, нет пожара. Взрывная волна распространяется горизонтально. В радиусе 400 м уничтожается все живое, а поражение живой силы происходит в радиусе до $1,5 \text{ км}$.

Наибольшее распространение при ведении боевых действий в вооруженных конфликтах последних десятилетий получило высокоточное оружие.

Высокоточное оружие представляет собой комплекс, состоящий из боеприпаса с головкой самонаведения, средства его доставки, системы разведки и целеуказания, автоматизированной обработки данных и управления огнем.

Дальность поражения целей в зависимости от вида боеприпаса может составлять от нескольких сотен метров до 600 км с точностью поражения цели 3–10 м.

Применение высокоточных боеприпасов приведет к увеличению санитарных потерь, возникновению санитарных потерь в тыловой зоне, изменит структуру санитарных потерь в сторону увеличения тяжести поражения. Эти боеприпасы могут быть оснащены боевой частью (или несколькими боевыми частями) фугасного, осколочно-фугасного, проникающего и кассетного типов. Вероятность поражения цели возрастает при применении кассетных боеприпасов, в которых фрагментирующий материал распределяется между бомбами и минами малого калибра. На вооружении стран НАТО имеются боеприпасы, где в одном контейнере может находиться до 640 бомб с готовыми убийными элементами. Радиус поражения этих бомб, отделившихся от одного контейнера, может составлять до 280 м, причем расстояние между упавшими бомбами 1–5 м.

Управляемые ракеты и бомбы с боевыми частями различного (в том числе и кассетного типа) применялись войсками государств блока НАТО при ведении боевых действий против Ирака и Югославии.

Кассетные бомбы, снаряды, боевые части ракет могут содержать готовые убийные элементы или фрагментированную оболочку («ананасную»), нанося поражение живой силе противника на большой площади. Оболочка «ананасной» бомбы, состоящая из хрупкого сплава алюминия, магния, цинка, кремния и меди, частично поделена на фрагменты и при взрыве разделяется на огромное количество осколков. Внутри и в оболочке боевой части боеприпасов, содержащих готовые убийные элементы, содержится до 300 твердосплавных шариков диаметром до 5–6 мм и массой до 650 мг. При взрыве бомбы шарики одновременно разлетаются по прямой траектории во все стороны, с начальной скоростью до 1500 м/сек, большой кинетической энергией и большой проникающей способностью. Радиус поражающего действия 20–25 м. Ранения, вызванные шариковыми бомбами, чаще всего бывают множественными (до 30 и даже 100 шариков, распространяются по всему телу). При столкновении с телом шарик делает длинный, с извилистым ходом раневой канал, вызывает обширные повреждения мягких тканей, многочисленные разрывы внутренних органов и многооскольчатые переломы костей. Размеры входного и выходного отверстий ран не превышают 6–7 мм.

Продолжается дальнейшее совершенствование **шариковых бомб**. Шарики изготавливаются из пластмассы, прочной как сталь. Они более легкие. Входное отверстие почти неразлично, ранения в большей части слепые, шарики рентгеном не обнаруживаются. Кроме шариковых боеприпасов на вооружении стран мира имеются также снаряды со стреловидными убийными элемен-

тами. В зависимости от калибра снаряда число стрелок может быть от 5000 до 12 000 штук. Дальность разлета стрелок до 500 м., эффективность такого снаряда в поражении живой силы в 6 раз выше, чем осколочно-фугасного.

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

В структуре санитарных потерь при применении этого вида оружия 50 % составляют множественные поражения, 60 % — поражения верхней части туловища, свыше 50 % — повреждения внутренних органов. Структура же санитарных потерь по локализации ранений выглядит следующим образом: череп — 13 %; лицо, челюсти, глаза — 14,3 %; позвоночник, спинной мозг — 6 %, грудная клетка — 20,6 %; живот — 7,8 %; конечности — 39,9 %.

В ходе ракетно-бомбовых ударов НАТО по Югославии применялись боеприпасы с сердечниками из так называемого обедненного урана. Бронбойный сердечник таких снарядов изготовлен из сплавов обедненного урана-238 (фактически из радиоактивных отходов ядерного топлива). Бронбойные снаряды с ним весьма эффективно поражают бронетанковую технику и бетонные сооружения. При чрезвычайно быстром проникновении в металл или бетон урановый стержень нагревается настолько, что это приводит к частичному его испарению и образованию токсичных окислов урана. Часть вещества превращается в аэрозоль, который и распространяется на больших площадях. Уровень радиоактивного излучения сердечника — около 3,4 милликюри. На местности, подвергшейся ударам самолетов А-10А и крылатых ракет «Томагавк», определялись участки с уровнем излучения порядка 10 миллирентген в час, что в 1000 раз превышает естественный фон. Применение боеприпасов с обедненным ураном чревато долговременным радиоактивным загрязнением больших территорий.

В последние десятилетия получило развитие и минно-взрывное оружие. В Афганистане доля раненых минно-взрывным оружием составила в среднем 25 %. Огромное разнообразие видов и типов мин, дешевизна производства, простота установки и сложность разминирования сделали этот вид оружия одним из самых опасных, особенно в затяжных военных конфликтах.

Новым направлением в использовании взрывных устройств стало применение мин-фугасов, начиненных бензином, керосином, дизельным топливом. Разработаны и широко применяются при ведении боевых действий системы дистанционного минирования.

Так, 155-мм касетный снаряд М-692, состоящий на вооружении армии США, содержит 30 противопехотных мин весом до 450 г каждая. На заданной высоте мины выталкиваются из снаряда, при ударе о землю из них выбрасывается 7 контактных усиков. При касании усика, мина вылетает на высоту человеческого роста и взрывается в воздухе. Радиус поражения — 4,5–6 м.

Применяются для поражения живой силы противопехотные мины направленного действия с готовыми убойными элементами. Мина «Клей-

мер», состоящая на вооружении армий НАТО, имеют плоский призматический выгнутый вперед корпус из пластмассы, в котором несколькими слоями вмонтированы осколочные элементы (до 700 стальных шариков) и заряд взрывчатого вещества. При взрыве пучок осколков разлетается в секторе 60–90° и поражает живую силу на удалении от 25 до 180 м.

Широкое применение усовершенствованных боеприпасов взрывного действия привело к росту числа множественных и сочетанных повреждений. Если в Великую Отечественную войну они составили 13 %, то в Афганскую и Чеченскую — 32 % (а в отдельных боевых операциях достигали 62 %).

Неправильная форма осколков мин, их меньшая, в большинстве случаев, проникающая способность по сравнению с пулями, а также наличие бронежилетов способствуют более частому застреванию их в тканях. Применение противопехотных мин с небольшим зарядом взрывчатого вещества зачастую приводило к отрыву стопы, множественному повреждению нижних конечностей, действию ударной волны, приводящей к разрыву барабанной перепонки, повреждению органов грудной и брюшной полости.

Широкое применение в современной войне найдут **зажигательные вещества**. Особенности действия их:

- возможность поражения больших скоплений живой силы и техники;
- уничтожение и вывод из строя на длительное время крупных военных объектов;
- оказание психологического воздействия на людей;
- длительность стационарного лечения;
- низкая стоимость производства;
- достаточное количество сырья.

Основу зажигательного оружия составляют зажигательные смеси на основе нефтепродуктов — напалмы (температура горения от 900 до 1200°C), металлизированные зажигательные смеси — пирогели (температура горения до 1600°C), термиты и термитные зажигательные смеси (температура горения до 2200°C). При применении боеприпасов такого типа, число обожженных может достигнуть 10–13 % от общего числа санитарных потерь. Напалмовые ожоги отличаются большой глубиной поражения тканей: ожоги III и IV степеней составляют 75,3 % (по некоторым данным — до 94,0 %), II–III степени — 24,3 %, а ожоги I степени — только 0,4 %. Напалмовые ожоги характеризуются высокой летальностью на месте получения травмы и в лечебных учреждениях (до 35–50 %).

Несмертельное оружие. В последние годы во многих странах мира разрабатывается оружие различных типов, которое способно остановить или отвлечь внимание противника, сведя при этом к минимуму вероятность смертельного исхода или материального ущерба для обеих сторон, получившее название несмертельного оружия. При применении несмертельного оружия санитарные потери могут не только варьировать по величине и структуре, но могут появляться совершенно новые виды боевой патологии.

Нестандартное оружие. В последние годы появились сведения о возможности использования инфразвукового, микроволнового, лазерного, генетического, этнического и других видов оружия. Наиболее опасными видами оружия массового поражения может быть оружие, созданное на иных чем ядерная и термоядерная реакция принципах — это нуклонная реакция и реакция аннигиляции. Все эти современные методы и способы ведения боевых действий могут не только влиять на величину и структуру санитарных потерь, но и привести к появлению совершенно новых видов санитарных потерь.

ГЛАВА 4

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

4.1. Система лечебно-эвакуационных мероприятий

Как показывает изучение исторического опыта, формы и методы лечебно-эвакуационного обеспечения боевых действий войск изменялись в зависимости от социально-экономических условий, степени развития вооружения и методов ведения войны, уровня развития военной и медицинской науки. Однако, при анализе применявшихся в прошлом форм и методов лечебно-эвакуационного обеспечения, можно выявить наличие двух противоположных тенденций. Первая из них характеризуется стремлением лечить раненых и больных в непосредственной близости к району боевых действий (так называемая система лечения на месте), а вторая, напротив, предусматривает проведение эвакуации раненых и больных в тыл, за пределы района боевых действий (эвакуационная система).

Для того чтобы понять сущность современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск, следует рассмотреть вначале вышеприведенные.

В условиях мирного времени лечение пострадавших при несчастных случаях или тяжелобольных осуществляется, как правило, в близко расположенных медицинских учреждениях. Так, на месте получения травмы, пострадавшему оказывается первая медицинская помощь, квалифицированная же медицинская помощь осуществляется в непосредственной близости от места поражения, в стационарных условиях. Доставка пострадавших или больных в эти стационарные больничные учреждения на столь короткое расстояние занимает такое незначительное время, что говорить в этих условиях об эвакуации не приходится. В дальнейшем, пострадавший или больной проходит весь цикл лечения в том же стационаре до выздоровления, находясь повседневно под наблюдением одного и того же медицинского персонала. Это обстоятельство дает право называть систему, принятую в здравоохранении, системой лечения на месте. Такая же система принята и в Вооруженных силах в мирное время.

Применение системы лечения на месте полностью соответствует современным требованиям медицинской науки, установившей, что покой является важнейшим терапевтическим мероприятием, определяющим в ряде случаев благоприятный исход заболевания. Система лечения на месте применялась и в прошлых войнах (в XVI–XVIII вв.). Исход этих войн нередко решался в одном, так называемом генеральном, сражении. Войска тогда действовали в малоподвижных боевых линейных порядках, огневая мощь их была слабой. Методы диагностики и лечения раненых и больных были примитивными. Весьма несовершенными были тогда и пути сообщения, и транспортные средства. В этих условиях эвакуация раненых и больных не применялась. Они лечились на месте в развертываемых в непосредственной близости от поля сражения примитивных лечебных учреждениях или в ближайших селах и городах у местного населения.

Применение системы лечения на месте, в те времена отнюдь не базировалось на требованиях медицинской науки, которая находилась на низком уровне. Эта система использовалась в связи с тем, что характер боевых действий и общая численность санитарных потерь не вызывали необходимости прибегать к широкой эвакуации.

В последующем, в связи с увеличением численности войск, принимающих участие в войне, совершенствованием вооружения, изменением характера боевых действий в сторону увеличения маневренности, значительным ростом санитарных потерь, появляются большие трудности в организации лечения на месте. Отсюда появляется противоположная тенденция — эвакуировать большинство раненых и больных в тыл.

Изменения способов ведения войны, совершенствование транспорта привело к тому, что после 1812 г. система лечения раненых и больных на месте стала наполняться элементами эвакуационной системы.

Таким образом, эвакуационная система медицинского обеспечения войск становится основной в системе лечебно-эвакуационного обеспечения.

Совершенствование эвакуационной системы в русской армии связано с учреждением в 1829 г. штатных полевых подвижных госпиталей на 200 мест с санитарным транспортом.

В условиях современной войны медицинская служба вынуждена будет прибегать к эвакуации пораженных и больных в тыл еще и потому, что медицинским пунктам и лечебным учреждениям приходится работать в зоне поражения оружием противника и в неблагоприятных хозяйственно-бытовых условиях. Такое положение затрудняет осуществление полноценного ухода за ранеными и больными и их лечение.

В процессе эвакуации лечение раненых и больных подразделялось на ряд этапов, расположенных на значительном расстоянии друг от друга, исчисляемом иногда десятками и даже сотнями километров. Необходимо понимать, что эвакуация является необходимым, вынужденным мероприятием, неблагоприятно влияющим на течение поражений и заболеваний, не только в

связи с нарушением покоя, но также и потому, что в процессе эвакуации пораженные и больные неизбежно проходят через несколько медицинских пунктов и госпиталей, через руки многих врачей, обслуживающего персонала. Это обстоятельство противоречит общеизвестному медицинскому требованию, согласно которому раненый или больной от начала заболевания до полного выздоровления, по возможности, должен лечиться одним и тем же врачебным персоналом и пользоваться уходом одних и тех же лиц. Соблюдение этих требований позволяет осуществлять повседневное наблюдение за больными, выявлять все изменения патологического процесса, иметь правильное суждение об эффективности применяемых лечебных методов.

В 1916 г., в разгар Первой мировой войны, хирург-консультант, профессор Военно-медицинской академии В. А. Оппель выступил с предложением, которое прокладывало путь новой, более совершенной системе лечебно-эвакуационного обеспечения. Сущность этой системы заключалась в тесном сочетании лечения с эвакуацией. Он предложил рассматривать лечение и эвакуацию как единый процесс, или, как он выражался, слагаемым одного целого.

Основным недостатком лечебно-эвакуационной системы В. А. Оппеля было то, что она строилась по «дренажному» типу и характеризовалась эвакуацией «по направлению», т. е. раненые и больные последовательно направлялись общим потоком через все медицинские пункты и лечебные учреждения, развернутые на путях эвакуации, вне зависимости от нуждаемости в той медицинской помощи, которая им была нужна. Таким образом, имела место многоэтапность в эвакуации. Она приводила к лишним манипуляциям и увеличению сроков лечения. Необходимо было выработать такую систему лечебно-эвакуационного обеспечения, при которой раненые и больные попадали бы на тот этап, на котором им была бы оказана медицинская помощь в полном объеме в соответствии с видом и характером поражения.

Заслуга постановки вопроса о необходимости организации эвакуации «по назначению» и его теоретического обоснования принадлежит организатору медицинской службы профессору Б. К. Леонардову. По его мнению, система этапного лечения без эвакуации по назначению не могла удовлетворить потребность медицинской службы. «Какой смысл, — писал Б. К. Леонардов, — протаскивать всех раненых через все этапы эвакуации, если за тот период времени раненого можно доставить в такое место, где он получит медицинскую помощь, наиболее полно отвечающую его состоянию». При этом Б. К. Леонардов не ограничивался только постановкой вопроса о необходимости эвакуации по назначению, а обосновал также и те условия, при которых станет возможной эвакуация. Важнейшим условием перехода к эвакуации по назначению он считал наличие подвижных средств медицинской эвакуации, притом в нужном количестве и соответствующего качества.

Опыт Великой Отечественной войны подтвердил это требование Б. К. Леонардова и показал, что эвакуация раненых и больных по назначению могла успешно осуществляться только в том случае, когда начальник меди-

цинской службы армии располагал достаточным количеством необходимого санитарного транспорта.

Отечественная система лечебно-эвакуационного обеспечения войск, как система этапного лечения раненых и больных с их эвакуацией по назначению в специализированные госпитали, сформировалась во время Великой Отечественной войны. Она полностью себя оправдала, обеспечив возвращение в строй 72 % раненых и 90 % больных, всего около 17 млн человек. Однако, при всех своих достоинствах, система лечебно-эвакуационного обеспечения периода Великой Отечественной войны не была лишена определенных недостатков. К их числу следует отнести необходимость повторного оказания хирургической помощи раненым, что было обусловлено невозможностью проведения исчерпывающих хирургических вмешательств в отдельных медико-санитарных батальонах дивизий (ОМСБ) и хирургических подвижных полевых госпиталях первой линии. Вторым, наиболее существенным недостатком, явилась многоэтапность в эвакуации раненых и больных. Основная часть из них в то время проходила последовательно не только все войсковые этапы медицинской эвакуации (батальонный медицинский пункт, полковой медицинский пункт, отдельный медико-санитарный батальон, хирургический подвижный полевой госпиталь), но и ряд эшелонов госпитальных баз армий и фронтов, выполнявших примерно один и тот же объем специализированной медицинской помощи. Такая многоэтапность была обусловлена тем, что основным средством транспортировки пораженных и больных во фронтовом тылу и в тылу страны был железнодорожный транспорт. Многоэтапность эвакуации отрицательно сказывалась на результатах лечебного процесса, способствуя увеличению сроков и ухудшению исходов лечения.

Дальнейшее совершенствование системы лечебно-эвакуационного обеспечения в послевоенный период связано не только с устранением указанных недостатков, но, прежде всего, с кардинально изменившимися условиями медицинского обеспечения войск, появлением на вооружении современных армий оружия массового поражения (ОМП), новых видов обычного оружия, зажигательных смесей типа напалма. Особое влияние на совершенствование лечебно-эвакуационного обеспечения войск оказали возможности одномоментного возникновения массовых санитарных потерь и большой удельный вес комбинированных поражений. Именно с этим было связано появление новых формирований медицинской службы, таких как многопрофильный госпиталь, отдельный медицинский отряд.

В послевоенный период произошло существенное совершенствование сил и средств медицинской службы, а основные принципы медицинской помощи остались практически неизменными.

В основу медицинского обеспечения боевых действий войск в современной войне положена система этапного лечения раненых и больных с эвакуацией по назначению. Вместе с тем, не вызывает сомнений тот факт, что некоторые признаки и особенности существующей системы лечебно-эвакуационного

обеспечения войск устарели. Имеется в виду не только лишняя многоэтапность в лечебно-эвакуационном процессе и связанные с ней поздние сроки оказания специализированной медицинской помощи, но и материально-технический базис, фундамент системы лечебно-эвакуационного обеспечения, т. е. силы и средства медицинской службы. От их достаточности и соответствия современному уровню развития военного дела и медицины зависит дальнейшее совершенствование системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск.

Развитие военной и медицинской науки, появление новых средств поражения, изменение характера ведения боевых действий, огромный опыт медицинского обеспечения боевых действий в локальных конфликтах внесли существенные изменения в систему лечебно-эвакуационных мероприятий.

Система лечебно-эвакуационных мероприятий (ЛЭМ) — последовательное и преемственное проведение раненым и больным необходимых лечебно-профилактических мероприятий на поле боя и на этапах эвакуации в сочетании с их эвакуацией до лечебных учреждений, обеспечивающих оказание исчерпывающей медицинской помощи и полноценное лечение.

Система ЛЭМ включает:

- розыск раненых и больных, оказание им первой медицинской помощи, сбор, вывоз, вынос с поля боя и очагов поражения на медицинские пункты (в места сосредоточения раненых и больных);
- эвакуацию раненых и больных на последующие этапы медицинской эвакуации (медицинские пункты, медицинские роты, отдельные медицинские отряды, лечебные учреждения и т. д.);
- оказание раненым и больным установленных на этапах видов медицинской помощи;
- госпитализацию и лечение раненых и больных до исхода заболевания (ранения);
- проведение реабилитации раненых и больных.

Современной системой лечебно-эвакуационных мероприятий предусматривается соблюдение следующих обязательных условий:

- расчленение медицинской помощи на этапы;
- оказание медицинской помощи в короткие сроки;
- сочетание лечебного процесса с эвакуацией раненых и больных;
- специализация медицинской помощи.

4.2. Принципы организации лечебно-эвакуационного обеспечения в современных условиях

В течение длительного периода основные положения по организации ЛЭМ базировались, главным образом, на колоссальном опыте, приобретенном советской медициной в годы Великой Отечественной войны, и определялись ожиданиями глобального вооруженного конфликта с использованием ОМП. В настоящее время возможность крупномасштабной воен-

ной агрессии против нашей страны с использованием ракетно-ядерного оружия уменьшилась. Но в то же время сохраняется опасность возникновения вооруженных конфликтов. Десятилетний опыт оказания помощи пострадавшим в ходе локальной войны в Афганистане, боевых действий в Чеченской Республике подвергся глубокому и всестороннему анализу. Опыт свидетельствует, что санитарные потери существенно изменились в качественном отношении. Ожидается резкое увеличение числа тяжелых и крайне тяжелых, а также сочетанных и комбинированных поражений.

Вот почему реализация современной системы этапного лечения раненых и больных с их эвакуацией по назначению требует соблюдения следующих основных принципов, представленных в виде двух групп.

Первая группа принципов характеризует общие принципы построения лечебно-эвакуационной системы.

Преемственность и последовательность в оказании медицинской помощи

Чрезвычайно важным в современной системе этапного лечения с эвакуацией по назначению являются преемственность и последовательность в проведении лечебно-профилактических мероприятий на этапах медицинской эвакуации. Достигается это единым пониманием патологических процессов, происходящих в организме при современной боевой травме и болезнях, а также едиными взглядами на их лечение и профилактику. С этой целью в мирное время при подготовке врачей проводится изучение регламентирующих документов военно-медицинской службы, разработанных на основе современных представлений о характере боевой травмы и методах ее лечения.

Преемственность и последовательность предполагают соблюдение единых принципов лечения и наращивания лечебно-профилактических мероприятий на этапах медицинской эвакуации. Они могут быть достигнуты при условии четкого ведения медицинской документации, позволяющей медицинскому персоналу знать о состоянии раненых и больных на предыдущих этапах медицинской эвакуации и проведенных лечебно-профилактических мероприятиях.

Наибольшее значение для обеспечения последовательности в оказании медицинской помощи имеют такие документы, как «Первичная медицинская карточка» и «История болезни».

Первичная медицинская карточка — Форма № 100

Карточка заполняется на всех раненых и больных, выбывших из строя в связи с ранением или заболеванием на срок не менее 1-х суток, при первом оказании им врачебной помощи. Направление раненых и больных без заполненной первичной медицинской карточки на эвакуацию не разрешается. Заполняется лицевая сторона первичной медицинской карточки и ее корешок. После этого корешок отрезается от карточки и используется для составления очередного донесения по медицинской службе. Заполненная карточка подписывается врачом, заверяется печатью части и вместе с эвакуируемым направляется на следующий этап медицинской эвакуации. При

этом медицинская карточка прикрепляется к повязке раненого или вкладывается в левый карман его верхней одежды. Первичная медицинская карточка раненого (больного), оставленного для лечения сроком до 5-ти суток, используется как история болезни. В этом случае на обратной стороне карточки ежедневно делаются записи о состоянии раненого и оказанной медицинской помощи, а по окончании лечения указывается его исход, в случае смерти — ее причина и место захоронения умершего. При заполнении лицевой стороны карточки необходимые сведения записываются в соответствующие строки. Кроме того, для обозначения вида санитарных потерь, на левой части карточки и на ее корешке имеются символические рисунки. Для обозначения характера и локализации ранения используются имеющиеся на лицевой стороне карточки силуэты человека (характер ранения подчеркивается, места ранений, ожогов и повреждений костей и сосудов обводятся). Таким же путем обозначаются очередность, способ и этап эвакуации раненого. Имеющиеся по краям карточки цветные полосы предназначены для сигнализации следующему этапу медицинской эвакуации о неотложных мероприятиях, в которых нуждается раненый.

Красная полоса — нуждается в неотложной медицинской помощи.

Желтая полоса — необходимость проведения санитарной обработки.

Черная полоса — необходимость изоляции.

Синяя полоса — необходимость проведения специальных мероприятий при поражении проникающей радиацией.

Первичная медицинская карточка при заполнении является юридическим документом, так как она дает раненому (больному) право на эвакуацию в тыл.

Принцип проведения лечения и медицинской реабилитации легкораненых и легкобольных в войсковом и оперативном районах. В «Руководстве по неотложной военной хирургии» НАТО (1988 г.) в отношении медицинских возвратных потерь отмечается, что «чем дальше в тыл будет эвакуирован раненый, тем длительнее будет лечение, и меньше желание вернуться в строй».

Вторая группа отражает принципиальные основы тактики применения сил и средств медицинской службы в бою и операции.

Принцип эшелонирования медицинской помощи с максимальным ограничением многоэтапности. Он обусловлен самим характером развития экстремальной ситуации, которая предполагает развертывание абсолютно необходимого количества этапов медицинской эвакуации в данных конкретных условиях. Передовой догоспитальный район, где раненому оказывается неотложная медицинская помощь в том или ином объеме, выделяется при любом подходе к организации лечения в экстремальной ситуации, обусловленной войной или крупной катастрофой. Число промежуточных этапов зависит от конкретной обстановки (интенсивности, продолжительности, масштабов боевых действий, организационно-технических возможностей эвакуации и других факторов). Если условия обстановки по-

звolyют организовать широкомасштабную бесперебойную авиасанитарную эвакуацию раненых и больных, то необходимость в развертывании промежуточных этапов сводится до минимума. Принцип эшелонирования является основой построения (исторически обусловленной) рациональной лечебно-эвакуационной системы, которая должна способствовать максимально возможному приближению медицинской помощи к раненому.

Принцип приближения первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи к районам возникновения санитарных потерь и, по возможности, одномоментного оказания исчерпывающей медицинской помощи.

Из опыта медицинского обеспечения войск в вооруженных конфликтах следует, что развитие этого принципа осуществляется в двух основных направлениях.

Первое — повышение качества оказания медицинской помощи раненым и больным в войсковом и оперативно-тактическом районах.

Второе — усиление роли эвакуации, особенно эвакуации воздушным транспортом в тактической и оперативной зонах боевых действий. Решение проблемы качества медицинской помощи в передовом районе — это, прежде всего, приближение к раненому неотложной помощи. Тенденция к росту частоты тяжелых (крайне тяжелых) множественных и сочетанных ранений в структуре боевой травмы обуславливает необходимость оказания в войсковом районе ранней специализированной медицинской помощи, т. е. помощи, оказываемой специалистом в исчерпывающем объеме, определяемом особенностями каждого локального повреждения. Важнейшим направлением реализации принципа приближения медицинской помощи к раненому является развитие системы медицинской эвакуации, прежде всего за счет более широкого использования авиации.

Принцип создания необходимой группировки сил и средств медицинской службы. Своевременное создание группировок частей и подразделений к началу боя (операции) отвечает важнейшему оперативно-тактическому требованию — концентрации основных усилий, сил и средств в нужный момент и в нужном направлении. При этом, как в наступлении, так и в обороне медицинские формирования, по возможности, территориально приближаются к войскам с учетом характера и особенностей их оперативного построения, а также прогноза развития обстановки.

Принцип широкого маневра объемами и видами медицинской помощи, исходя из оперативной и медицинской обстановки, необходим для достижения оптимальных результатов имеющимися силами и средствами.

Широкое применение различных видов маневра особенно актуально для вооруженных конфликтов ограниченного масштаба, в которых применяются, как правило, войска, силы и средства постоянной готовности. Учитывая разнообразие условий развития локальных военных конфликтов, как по характеру, так и особенностям влияния местных факторов, создать унифицирован-

ные организационные структуры медицинской службы в соответствии со спецификой любого конфликта не представляется возможным. Поэтому маневр и усиление силами и средствами являются важнейшими механизмами построения и поддержания устойчивости лечебно-эвакуационной системы.

Принцип усиления и применения резерва реализуется в таких формах, как:

- оперативное подчинение медицинских частей (подразделений) и учреждений нижестоящему звену медицинской службы (в составе частей и подразделений, действующих в отрыве от главных сил на изолированных направлениях);
- использование сил и средств медицинской службы вышестоящего звена в интересах нижестоящего;
- создание временных медицинских подразделений усиленного состава для обеспечения нештатных тактических формирований;
- наличие и содержание достаточного резерва личного состава, медицинского имущества, санитарно-транспортных средств, коечного фонда медицинских частей и учреждений.

4.3. Этап медицинской эвакуации

Медицинская помощь раненым и больным (кроме первой медицинской помощи) и их лечение осуществляется на медицинских пунктах и в лечебных учреждениях, развернутых в определенной последовательности от фронта в тыл и получивших наименование этапов медицинской эвакуации (ЭМЭ).

Под **этапами медицинской эвакуации** понимают силы и средства медицинской службы, развернутые на путях медицинской эвакуации, обеспечивающие прием, сортировку раненых и больных, оказание им медицинской помощи, лечение и подготовку их по показаниям к дальнейшей эвакуации.

В современной системе этапами медицинской эвакуации являются:

- медицинский пункт батальона (части) (МПБ) при его развертывании в обороне;
- медицинская рота отдельной механизированной (мобильной) бригады (медр.);
- отдельный медицинский отряд отдельной механизированной бригады (омедо);
- лечебные учреждения — военные полевые госпитали (ВПГ) и специализированные больничные койки (СБК) лечебно-профилактических учреждений Министерства здравоохранения.

Независимо от роли в системе медицинского обеспечения войск, этапы медицинской эвакуации выполняют следующие общие для каждого из них задачи:

- прием, регистрацию, медицинскую сортировку раненых и больных;
- проведение по показаниям санитарной обработки раненых и больных, дезинфекцию, дезактивацию и дегазацию их обмундирования и снаряжения;
- оказание раненым и больным неотложной медицинской помощи;

- дальнейшее лечение раненых и больных (начиная с этапов, где оказывается квалифицированная медицинская помощь);
- подготовку к эвакуации раненых и больных, подлежащих лечению на последующих этапах.

Принципиальная схема развертывания этапа медицинской эвакуации

На всех этапах медицинской эвакуации развертываются следующие основные функциональные подразделения (рисунок 1):

- приемно-сортировочное и эвакуационное отделение, предназначенное для приема, оказания медицинской помощи, медицинской сортировки раненых и больных и подготовки их к дальнейшей эвакуации (сортировочный пост, сортировочная площадка, приемно-сортировочные и эвакуационные палатки);
- отделение (площадка) специальной обработки для проведения полной или частичной санитарной обработки пораженных, дезактивации, дегазации обмундирования и транспорта;
- отделения для оказания медицинской помощи (перевязочные, операционные, противошоковые);
- отделения для временной госпитализации и лечения нетранспортабельных раненых, раненых, нуждающихся в симптоматической терапии, легкораненых;
- изоляторы для временного размещения инфекционных больных и больных с психомоторным возбуждением;
- аптека, медицинский склад (отделение медицинского снабжения);
- подразделения обеспечения (кухня, столовая, вещевого и продовольственные склады, электростанция, отделение связи);
- площадки для посадки авиатранспорта и стоянки автотранспорта.

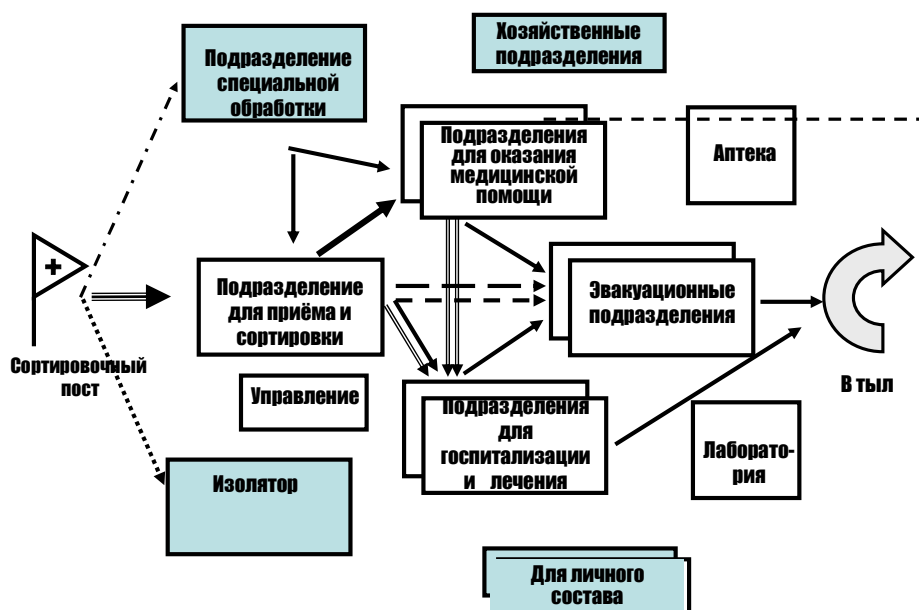


Рисунок 1 — Принципиальная схема развертывания этапа медицинской эвакуации

Общие требования к месту развертывания этапа медицинской эвакуации

При развертывании этапа медицинской эвакуации необходимо учитывать следующие факторы:

- решение командира на организацию и ведение боя;
- характер боевых действий войск и условия сложившейся боевой и медицинской обстановки;
- радиационную, химическую обстановку (этап необходимо развертывать на территории, незараженной радиоактивными веществами, отравляющими веществами);
- значение данного этапа в системе лечения раненых и больных (нахождение его на таком удалении от действующих войск и перемещение за ними с таким расчетом, чтобы обеспечить своевременное оказание медицинской помощи раненым и больным);
- размещение других частей и подразделений тыла;
- направление путей эвакуации и размещение других ЭМЭ;
- наличие подъездных путей, допускающих подход санитарного транспорта к месту развертывания этапа;
- величину площадки необходимую для развертывания этапа (например, площадка для развертывания медицинской роты должна быть размером не менее 300×400 м);
- отсутствие вблизи места развертывания объектов, которые могут привлечь внимание противника в целях огневого поражения;
- удобство маскировки от воздушного и наземного противника, возможность защиты и обороны этапа;
- наличие искусственных или естественных убежищ или возможность создания их;
- наличие источников доброкачественной воды.

О месте размещения этапа медицинской эвакуации своевременно докладывают старшему начальнику и информируют нижестоящие звенья медицинской службы. На путях, ведущих к этапам медицинской эвакуации, устанавливаются видимые днем и ночью указатели (пикетажные знаки), а при необходимости выставляются посты регулирования.

4.4. Вид медицинской помощи

Под видом медицинской помощи понимается определенный перечень (комплекс) лечебно-профилактических мероприятий, проводимый при ранениях (поражениях) и заболеваниях личным составом войск и медицинской службой, как на поле боя, так и на этапах медицинской эвакуации.
--

Конкретный вид медицинской помощи определяется местом оказания, подготовкой лиц, ее оказывающих, и наличием необходимого оснащения.

Раненым и больным оказываются следующие виды медицинской помощи:

Первая медицинская помощь — на месте ранения (поражения) или в ближайшем укрытии самими военнослужащими в порядке само- и взаимопомощи, нештатными санитарями стрелками, водителями-санитарами и санитарными инструкторами подразделений, а также личным составом подразделений, выделенных для спасательных работ в очагах массового поражения.

Доврачебная (фельдшерская) помощь — на МПБ, фельдшерского или врачебного состава.

Первая врачебная помощь — на МПБ врачебного состава, в омедо (медр), отдельной механизированной бригады.

Квалифицированная медицинская помощь — в омедо (медр) отдельной механизированной бригады.

Специализированная медицинская помощь и лечение — в военных полевых госпиталях и на специализированных больничных койках лечебных учреждений Министерства здравоохранения.

Имеется прямая зависимость частоты летальных исходов от сроков оказания первой медицинской помощи с момента ранения (поражения). Если она получена в первые полчаса с момента ранения, то даже при отсрочке оказания первой врачебной помощи до одних суток вероятность смертельного исхода снижается в три раза. В связи с несвоевременным оказанием первой медицинской помощи в течение первого часа погибает 30 % пострадавших, через 3 ч — до 60 %, а через 6 ч — до 90 % из тех, кто при своевременном ее получении мог бы выжить.

В период ВОВ от кровопотери погибало до 37,7 %. В Афганистане — уже 44 %, причем из 37,2 % раненых 21,2 % умирали от условно смертельных поражений, при которых своевременная первая медицинская помощь могла бы спасти жизнь пострадавшего. После войны во Вьетнаме многими военными хирургами был сделан вывод, что наличие современных способов эвакуации пострадавших с поля боя и совершенствование методов хирургического лечения значительно не увеличат число спасенных раненых. Снизить смертность можно лишь путем повышения качества неотложной помощи на поле боя. Для успешного решения этой задачи обучение военнослужащих приемам само- и взаимопомощи должно проводиться с учетом современных требований.

При существующем стремлении к эвакуации раненых по воздуху, минуя этап первой врачебной помощи, роль первой медицинской помощи значительно возрастает. Решительно осуждается эвакуация раненых, как говорится, во что бы то ни стало, без выполнения элементарных медицинских мероприятий, направленных на спасение их жизни. Без первой медицинской помощи даже эвакуация на этап квалифицированной хирургической помощи в оптимальные сроки (30–40 мин) не спасает пострадавших от неминуемой гибели из-за асфиксии, потери крови, тяжелого шока.

Во время военного конфликта на Северном Кавказе в 1994–1996 гг. первую медицинскую помощь в ходе боевых действий получили 64,1 % раненых. Средний срок ее оказания составил 35 мин. В 28,6 % случаев первая медицинская помощь оказывалась в порядке само- и взаимопомощи, в 13,1 % — санинструктором или фельдшером, в 16,2 % — врачом (42,19 % раненых не могли сказать, кто оказывал им первую помощь). Основным мероприятием при этом было наложение асептических повязок (84,1 %) и введение наркотических анальгетиков (50,3 %). Наружное кровотечение временно остановили у 24,6 % раненых. Давящую повязку наложили 18,4 % раненым, табельный жгут — 5,3 %. Транспортная иммобилизация была показана 48 % пострадавших, но проводилась лишь в 23,3 % случаев, причем в 6,6 % — неполноценно. Несмотря на то, что к выполнению первой медицинской помощи привлекались врачи, ее характер остался неизменным и включал простейшие мероприятия, вполне доступные санитарному инструктору.

Объем медицинской помощи — совокупность лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых раненым и больным на данном этапе медицинской эвакуации.

Сроки оказания медицинской помощи при массовых санитарных потерях

В условиях современной войны не только объем, но и вид медицинской помощи, оказываемой на этапе, может меняться. Эти изменения определяются конкретными условиями боевой обстановки, размерами санитарных потерь, обеспеченностью подразделений и учреждений медицинской службы силами и средствами, возможностью своевременной доставки раненых и больных на последующие этапы.

При сокращении объема первой врачебной помощи выполняются лишь мероприятия, относящиеся к первой группе (неотложные). При необходимости сокращения объема квалифицированной медицинской помощи, исключаются мероприятия второй группы с одновременным принятием мер к незамедлительной эвакуации раненых в лечебные учреждения и госпитали.

Изменение объема медицинской помощи в сторону его сокращения на данном этапе медицинской эвакуации приводит к изменению на последующем этапе не только объема, но и вида медицинской помощи. В объем медицинской помощи в омедо (медр) будут вынужденно включаться мероприятия, не выполненные ранее по тем или иным причинам, отказ от которых существенно ухудшает прогноз ранения (поражения).

Сокращение объема медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации во всех случаях производится с разрешения вышестоящего начальника медицинской службы, который установил объем медицинской помощи.

Полный объем **первой медицинской помощи** составляют следующие мероприятия:

- извлечение раненого из-под завалов, из горящей боевой техники;

- тушение горячей одежды, обмундирования;
- временная остановка наружного кровотечения (пальцевое прижатие, сгибание конечности, давящая повязка, закрутка, жгут);
- устранение асфиксии (очистка полости рта, фиксация языка, постановка S-образной трубки);
- инъекция раствора анальгетика;
- наложение асептической повязки на рану или ожоговую поверхность;
- иммобилизация поврежденной области (подручные средства, фиксация к туловищу или здоровой конечности, табельными средствами);
- прием внутрь антибиотика из аптечки индивидуальной;
- утоление жажды раненого (за исключением раненого в живот);
- прием внутрь таблетки радиопротектора в случае поражения ядерным оружием;
- применение антидотов и первичная дегазация раны при комбинированных поражениях.

В первую очередь производят остановку кровотечения и устранение асфиксии, при необходимости выполняют реанимационные мероприятия (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца).

О важности оказания первой медицинской помощи говорит тот факт, что летальность у раненых в Чечне, которым эта помощь не оказывалась, в 4,5 раза выше, чем у тех, кто эту помощь получил.

Транспортная иммобилизация показана при следующих повреждениях:

- переломы костей;
- повреждения суставов;
- обширные травмы мягких тканей;
- повреждения магистральных сосудов и нервов конечностей;
- глубокие ожоги и отморожение конечностей.

Для предупреждения шока раненому на поле боя необходимо быстро остановить кровотечение, наложить первичную повязку, иммобилизовать конечность. С целью улучшения кровоснабжения мозга необходимо приподнять ножной конец носилок.

Фельдшер батальона обязан организовать оказание первой медицинской помощи раненым в ротах и осуществить **доврачебную помощь**, которая включает следующие мероприятия:

- контроль качества и исправление ошибок первой медицинской помощи;
- подбинтовывание промокших повязок (в Чечне в 74 % случаев наложена фельдшером отсутствующая до этого асептическая повязка);
- улучшение транспортной иммобилизации стандартными шинами (в Чечне — 44 % раненых);

Смена повязки допустима лишь тогда, когда она сползла с раны и утратила свое защитное значение.

- контроль за правильностью и целесообразностью наложения жгута, наложение жгута при продолжающемся кровотечении (в Чечне на этом этапе у 67 % раненых с кровотечениями наложен жгут);

- устранение асфиксии с применением воздуховода, ручного дыхательного аппарата;

- введение сердечных и дыхательных analeптиков с целью поддержания функции жизненно важных органов;

- парентеральное введение антибиотиков;

- повторное обезболивание;

- обогревание раненых и утоление жажды;

- начало проведения инфузионной терапии после временной остановки кровотечения стандартными солевыми растворами.

Первая врачебная помощь включает в себя мероприятия, направленные на устранение факторов, непосредственно угрожающих жизни раненых и пораженных:

- поддержание функции жизненно важных органов;

- профилактику тяжелых осложнений;

- подготовку раненых к дальнейшей эвакуации.

По срочности мероприятия первой врачебной помощи разделяются на две группы:

1. Неотложные мероприятия первой врачебной помощи (по жизненным показаниям):

- временная остановка наружного кровотечения и контроль за ранее наложенным жгутом;

- устранение асфиксии всех видов;

- наложение герметичных повязок при открытом пневмотораксе;

- плевральная пункция и дренирование плевральной полости при клапанном пневмотораксе;

- введение обезболивающих средств и выполнение новокаиновых блокад при шоке;

- проведение инфузионной терапии при шоке средней и тяжелой степени;

- катетеризация или пункция мочевого пузыря при задержке мочи;

- отсечение конечности, висящей на лоскуте;

- устранение недостатков транспортной иммобилизации при угрозе развития шока или уже развившемся шоке;

- специальные мероприятия при комбинированных радиационных и химических поражениях.

2. Мероприятия первой врачебной помощи второй очереди, направленные на профилактику осложнений боевых повреждений:

- устранение недостатков первой медицинской и доврачебной помощи;

- введение обезболивающих средств;

- новокаиновая блокада;
- поддерживающая инфузионная терапия;
- профилактика раневых инфекций (введение антибиотиков и столбнячного анатоксина);
- поддержание функций жизненно важных органов (сердечные, дыхательные analeптики, кислородная терапия);
- смена повязок при попадании в рану радиоактивных веществ, отравляющих веществ;
- регистрация раненых и заполнение первичной медицинской карточки.

Первая врачебная помощь полного объема включает все мероприятия обеих групп. Объем сокращается путем частичного или полного отказа от мероприятий второй группы.

Квалифицированная медицинская помощь оказывается в целях устранения угрожающих жизни раненых и больных последствий повреждений и заболеваний, предупреждение развития у них осложнений и подготовки нуждающихся в дальнейшей эвакуации. Она подразделяется на хирургическую и терапевтическую.

Квалифицированная хирургическая помощь раненым и обожженным включает выполнение оперативных и неоперативных вмешательств направленных на профилактику осложнений и борьбу с уже развившимися опасными осложнениями ранений, ожогов и комбинированных поражений. Кроме того, она предусматривает создание условий, ускоряющих выздоровление и способствующих получению наиболее благоприятных функциональных результатов для возвращения максимального количества военнослужащих в строй.

Основное содержание квалифицированной хирургической помощи — устранение последствий поражений, создающих угрозу жизни раненых, профилактика осложнений и подготовка к дальнейшей эвакуации.

Предусматриваются две группы мероприятий квалифицированной хирургической помощи в зависимости от срочности их оказания: неотложные мероприятия и мероприятия, проведение которых может быть вынужденно отсрочено.

Неотложные мероприятия выполняются при повреждениях, создающих реальную угрозу жизни раненых. Отказ от выполнения этой группы мероприятий приводит к смертельному исходу или развитию крайне тяжелых осложнений.

К неотложным мероприятиям квалифицированной хирургической помощи (1-я группа) относятся:

- устранение асфиксии и поддержание адекватной вентиляции легких;
- окончательная остановка наружного и внутреннего кровотечения любой локализации;
- комплексная терапия тяжелого шока, острой кровопотери, травматического токсикоза, ожогового шока;
- некротомия при глубоких циркулярных ожогах груди, шеи и конечностей, сопровождающаяся нарушениями дыхания и кровообращения;

- операции (торакоцентез, торакотомия) при ранении груди с открытым и напряженным пневмотораксом, ранении сердца, ушивание открытого пневмоторакса;

- операции при анаэробной инфекции;
- лапаротомия при проникающих ранениях и закрытых повреждениях живота, при внутрибрюшинных разрывах мочевого пузыря и прямой кишки;
- декомпрессивная трепанация черепа при нарастающем сдавлении головного мозга;

- операции при ранении магистральных сосудов: наложение лигатуры, временное шунтирование или (при соответствующих условиях) сшивание сосуда;

- ампутация при отрывах и разрывах конечностей.

Мероприятия квалифицированной хирургической помощи, выполнение которых может быть вынужденно отсрочено (2-я группа) включают предупреждение возможных осложнений у раненых, создание благоприятных условий их быстрого излечения и возвращения в строй. Эти мероприятия подразделяют на две подгруппы.

Первую подгруппу составляют мероприятия, отсрочка в выполнении которых приводит к опасным для жизни осложнениям:

- первичные ампутации при ишемическом некрозе конечности вследствие ранения магистральных сосудов;

- первичная хирургическая обработка ран, зараженных отравляющими и радиоактивными веществами, а также ран со значительными разрушениями мягких тканей, длинных трубчатых костей, магистральных сосудов;

- наложение надлобкового свища при повреждении внебрюшинного отдела мочевого пузыря и уретры;

- наложение колостомы при внебрюшинных повреждениях прямой кишки.

Вторая подгруппа включает хирургические вмешательства, которые могут быть вынужденно отсрочены, но при этом не исключается развитие тяжелых осложнений. Опасность их появления и распространения может быть уменьшена применением антибиотиков.

Ко второй подгруппе относятся:

- первичная хирургическая обработка ран мягких тканей;
- некротомия при глубоких циркулярных ожогах шеи, груди, конечностей, не вызывающих расстройства дыхания и кровообращения;

- туалет интенсивно зараженных ожоговых ран;

- обработка ран лица при лоскутных ранениях с наложением пластиночных швов;

- лигатурное связывание зубов при переломах нижней челюсти.

Как правило, квалифицированная хирургическая помощь в отдельном медицинском отряде оказывается в полном объеме, с выполнением хирургических мероприятий обеих групп. Сокращение объема помощи осуществляется за счет частичного или полного отказа от мероприятий, выполнение которых может быть вынужденно отсрочено. В медицинских ротах выполняются операции при кровотечениях различной локализации.

Отсрочка в оказании хирургической помощи возможна после всесторонней оценки характера ранения, общего состояния раненого, вероятности наступления тяжелых осложнений, при соблюдении строгого индивидуального подхода.

В случаях крайне неблагоприятной обстановки, при чрезвычайных обстоятельствах и невозможности задержки раненых на этапе оказания квалифицированной помощи, возможно выполнение только неотложных мероприятий.

Неотложные мероприятия **квалифицированной терапевтической помощи** включают:

- санитарную обработку раненых и больных при поражении отравляющими веществами;
- введение антидотов и противоботулинической сыворотки;
- комплексную терапию острой сердечно-сосудистой недостаточности, нарушений сердечного ритма;
- комплексную терапию острой дыхательной недостаточности;
- дегидратационную терапию при отеке головного мозга;
- коррекцию грубых нарушений кислотно-основного состояния и электролитного баланса;
- комплекс мероприятий при попадании внутрь отравляющих веществ и других ядовитых веществ;
- введение десенсибилизирующих, обезболивающих, противорвотных, противосудорожных и бронхолитических средств;
- применение транквилизаторов, нейролептиков при острых реактивных состояниях;
- назначение противозудных средств при распространенных дерматозах.

Мероприятия квалифицированной терапевтической помощи, выполнение которых может быть отсрочено, включают:

- введение (дачу) антибиотиков и сульфаниламидов с профилактической целью;
- гемотрансфузию с заместительной целью (при умеренной анемизации);
- применение симптоматических медикаментозных средств.

4.5. Медицинская сортировка

Медицинская сортировка раненых и больных является важнейшим мероприятием, обеспечивающим проведение современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск.

Термин «сортировка» был впервые введен великим русским хирургом Н. И. Пироговым в период Крымской войны 1854–1856 гг. Им же были сформулированы задачи и обоснованы принципы сортировки. Н. И. Пирогов впервые в истории военной медицины применил принцип сортировки раненых, считая ее одной из самых трудных мер военно-врачебной администрации, успешное осуществление которой зависит от трех условий: достаточного количества вспомогательного персонала, средств транспорта и, наконец, наличия помещения вблизи перевязочного пункта. Позже в

труде «Военно-врачебное дело» (1878 г.) он пишет: «...Хорошо организованная сортировка раненых на перевязочных пунктах, военно-временных госпиталях есть главное средство для оказания правильной помощи и к предупреждению беспомощности и вредной по своим последствиям неурядицы». Характеризуя систему этапного лечения, профессор В. А. Опель сказал: «Сортировка ложится как фундаментальный камень в основу всей постройки». Хорошо организованная медицинская сортировка позволяет наиболее эффективно использовать имеющиеся средства медицинской службы и организовать своевременное оказание соответствующей медицинской помощи возможно большему числу раненых и больных.

Ведущую роль медицинской сортировки в успешной реализации принятой системы лечебно-эвакуационных мероприятий, пожалуй, наиболее четко и полно определил Б. К. Леонардов. Он писал: «...насколько важно значение правильного анатомического и верного этиологического диагноза для индивидуальной хирургической помощи, настолько недостаточен этот критерий для классификации (категоризации) массовых контингентов, нуждающихся в весьма различном хирургическом пособии в военно-полевой обстановке». Дело в том, что в военно-полевых условиях, как правило, нет возможности сразу оказать необходимую помощь всем раненым и больным и обеспечить их одномоментную эвакуацию. Поэтому целесообразно сортировать «не по описательным или причинным признакам, а по нуждаемости этих контингентов в том или ином виде санитарного обеспечения, сопоставить, что нужно в данных условиях сделать, с теми средствами и возможностями, которые для этой цели имеются или могут быть изысканы».

Опыт Великой Отечественной войны подтвердил исключительную важность медицинской сортировки в деле оказания медицинской помощи раненым и больным. Сейчас общепризнанно, что при применении противником современных видов оружия, на этапах медицинской эвакуации часто будет возникать несоответствие между потребностью в различных лечебно-эвакуационных мероприятиях и возможностью своевременного их выполнения, с одной стороны, из-за массовости и большой интенсивности поступления раненых и больных, с другой — в связи со значительным увеличением их нуждаемости в медицинской помощи и возрастанием трудоемкости оказания последней.

Можно ожидать интенсивного поступления значительного числа раненых и больных в медицинские пункты, роты и в лечебные учреждения при применении высокоточного оружия, кассетных снарядов с осколочными и кумулятивно-осколочными элементами, противопехотных и противотанковых мин, боеприпасов объемного взрыва и начиненных готовыми ранящими элементами (шариками, стрелами и др.), а также при массированном использовании зажигательных смесей. Потребность в оказании им медицинской помощи нередко будет значительно превышать возможность данного этапа медицинской эвакуации (медицинского пункта, госпиталя). В этих условиях весьма важно

определить степень нуждаемости пораженного в медицинской помощи на данном этапе, характер и очередность ее оказания, очередность эвакуации.

Таким образом, боевая и медицинская обстановка вызовет необходимость постоянного осуществления маневра объемом медицинской помощи и внесения корректив в порядок медицинской эвакуации. Если же учесть, что любые изменения в организации работы этапов медицинской эвакуации могут быть реализованы лишь посредством медицинской сортировки, то возросшие к ней требования становятся понятными.

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

Медицинская сортировка должна быть непрерывной, конкретной и преемственной.

Непрерывность медицинской сортировки заключается в том, что она проводится во всех функциональных подразделениях всех лечебных учреждений.

Перечень и состав групп, на которые в сложившейся обстановке распределяются раненые, должны обеспечивать наиболее эффективное выполнение задач, стоящих перед лечебным учреждением в данное время. В этом заключается **конкретность медицинской сортировки**. Поэтому изменения обстановки (расширение или сокращение объема помощи) неизбежно влекут за собой изменения в медицинской сортировке.

Преемственность медицинской сортировки означает, что она проводится с учетом задач следующего лечебного учреждения (функционального подразделения).

В зависимости от решаемых задач различают два вида медицинской сортировки: **внутрипунктовую** и **эвакуационно-транспортную**.

Внутрипунктовая сортировка проводится с целью распределения раненых и больных на группы для направления в соответствующие функциональные подразделения данного этапа медицинской эвакуации и установления очередности их направления в эти подразделения.

Эвакуационно-транспортная сортировка представляет собой распределение раненых и больных на группы, в соответствии с эвакуационным назначением, очередностью, способами и средствами дальнейшей эвакуации.

При проведении медицинской сортировки раненые и больные обычно распределяются на следующие группы:

Первая группа — контингенты, представляющие опасность для окружающих, в этой связи, нуждающиеся в санитарной обработке или изоляции. К ним относятся:

- пораженные стойкими отравляющими веществами (прибывшие из очага заражения стойкими отравляющими веществами);
- имеющие загрязнения кожи и обмундирования радионуклидами выше предельно допустимого уровня (подлежат санитарной обработке);

- инфекционные больные и подозрительные на наличие инфекционного заболевания (направляются в инфекционный изолятор);
- лица с выраженными расстройствами психики (направляются в психонизолятор).

Вторая группа — лица, не представляющие опасность для окружающих. Исходя из нуждаемости в медицинской помощи, места и очередности ее оказания раненые и больные данной группы могут быть признаны:

- нуждающимися в медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации;
- не нуждающимися в медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации;
- имеющие тяжелые, несовместимые с жизнью ранения и заболевания (безнадёжно и смертельно раненые).

Раненые и больные, нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе, сразу распределяются по месту оказания этой помощи и очередности ее оказания.

Не нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе, а так же раненые и больные, получившие медицинскую помощь, подвергаются эвакуационно-транспортной сортировке с целью выявления категорий раненых, которые не смогут по тяжести состояния перенести эвакуацию до следующего этапа медицинской эвакуации и раненых, эвакуация которых является нецелесообразной из-за непродолжительного срока их лечения. Начиная с этапа квалифицированной медицинской помощи, выделяется группа нетранспортабельных и, следовательно, нуждающихся во временной госпитализации и проведении интенсивной терапии, а также группа легкораненых с небольшим сроком лечения (в медицинской роте, отдельном медицинском отряде — 5–10 суток).

К группе нетранспортабельных (имеющих противопоказания к медицинской эвакуации) в омедо (медр) относятся раненые, имеющие:

- подозрение на продолжающееся внутреннее или наружное кровотечение; невосполненную тяжелую кровопотерю;
- ранние сроки после выполнения сложных оперативных вмешательств;
- шок 2, 3 степени;
- коматозное состояние;
- судорожный синдром;
- синдром сдавления спинного и головного мозга;
- острую дыхательную недостаточность 2, 3 степени (выраженный бронхоспазм;
- токсический отек легких;
- недренированный закрытый или неустраненный напряженный пневмоторакс);
- неукротимую рвоту;
- некупированный болевой синдром (стенокардия, инфаркт миокарда и т. д.).

Особую осторожность необходимо проявлять в отношении группы безнадежных и смертельно раненых. 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 степени более 60 % поверхности тела; судороги и рвота в первые 24 часа при комбинированном радиационном поражении.

Если летальный исход прогнозируется в течение 1–3 суток после ранения, то симптоматическое лечение проводится на этапе оказания квалифицированной медицинской помощи, если в более поздние сроки – пострадавшие эвакуируются в госпитали.

Таким образом, исходя из возможности и целесообразности дальнейшей эвакуации, вида транспортных средств, используемых для эвакуации, очередности и способа транспортировки, эвакуационного назначения (начиная с омеда (медр)) раненые и больные распределяются на следующие группы:

- подлежащие дальнейшей эвакуации (сразу распределяются по виду транспорта, очередности эвакуации, способу транспортировки, эвакуационному назначению);
- подлежащие оставлению на данном этапе медицинской эвакуации (нетранспортабельные раненые, легкораненые с определенным сроком выздоровления, раненые, нуждающиеся в симптоматической терапии);
- подлежащие возвращению в свои части.

При эвакуации автомобильным транспортом необходимо выдерживать сроки 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; после лапаротомии — на 10 суток; раненые в голову — 21–28 суток после операции.

Противопоказаниями для эвакуации авиационным транспортом являются:

- продолжающееся внутреннее или неостановленное наружное кровотечение;
- невосполненная кровопотеря;
- выраженные нарушения деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, требующие интенсивной терапии;
- шок 2, 3 степеней;
- недренированный закрытый или неустраненный клапанный пневмоторакс;
- выраженный парез кишечника после лапаротомии;
- септический шок;
- жировая эмболия.

Медицинская сортировка проводится на основе определения диагноза поражения (заболевания), его прогноза и, поэтому, носит диагностический и прогностический характер. Успех сортировки во многом зависит от возможностей выявления сортировочных признаков и определяется, с одной

В проведении сортировки принимает участие практически весь персонал этапа медицинской эвакуации. Вместе с тем следует подчеркнуть, что самая правильная и быстрая сортировка сама по себе не может заменить ни своевременно и правильно оказанной медицинской помощи, ни быстрой и четкой эвакуации.

На каждом этапе медицинской эвакуации сортировку начинают у въезда на площадку размещения — в приемно-сортировочном (приемно-эвакуационном) отделении. За счет сил и средств этих отделений организуют соответственно сортировочный пост (СП), сортировочную площадку. Сортировка поводится на сортировочных площадках или в сортировочных палатках (помещениях) (рисунок 2). Понятие «сортировочная площадка» вошло в терминологию медицинской службы сравнительно недавно. Однако практическое применение сортировки на ЭМЭ имеет более чем столетнюю историю. Родоначальником практического применения особых «складочных мест» для сортировки раненых в военно-полевых медицинских учреждениях был Н. И. Пирогов (1855), Во время Великой Отечественной войны для размещения и медицинской сортировки раненых на войсковых ЭМЭ использовались сортировочно-приемные и разгрузочные площадки.



При всем разнообразии терминологии, отражающей различные периоды развития представлений о сортировке на ЭМЭ, одним из определяющих ее признаков оставался порядок размещения на сортировочной площадке носилочных раненых. Еще Н. И. Пирогов в 1879 г. обращал внимание на размещение раненых «правильными рядами» с оставлением между ними широких проходов, обеспечивающих свободный доступ к каждому пострадавшему. Этот же общеизвестный принцип используется и в современных условиях.

Медицинская сортировка в приемно-эвакуационных (приемно-сортировочных) отделениях проводится **сортировочными бригадами**, состоящими из врача, двух медицинских сестер, двух регистраторов, звена санитаров-носильщиков, создаваемыми как за счет личного состава приемно-эвакуационных, так, при необходимости, и за счет других подразделений ЭМЭ.

В состав сортировочных бригад выделяются опытные врачи, способные быстро оценивать состояние раненого, по возможности не снимая повязки и не применяя трудоемких методов исследования, установить предварительный диагноз (при комбинированных травмах — ведущее поражение) и определить прогноз.

Работа сортировочной бригады для носилочных пораженных организуется в два этапа: последовательный обход «Пироговских рядов» в сочетании с выборочным методом — выявлением при первичном осмотре раненых, нуждающихся в первоочередном внимании врача.

Приняв сортировочное решение по первому раненому, дав указания регистратору и медицинской сестре, врач вместе со второй медицинской сестрой и вторым регистратором переходит ко второму раненому. В это время медицинская сестра, регистратор и звено санитаров-носильщиков выполняют сортировочное решение по первому раненому (медицинская сестра выполняет назначенные медицинские манипуляции, регистратор оформляет регистрационные документы и обозначает сортировочное решение соответствующей сортировочной маркой, звено санитаров-носильщиков транспортирует раненого в функциональное подразделение в соответствии с сортировочным решением). Затем, приняв сортировочное решение по второму раненому, врач переходит к третьему и так далее. Одна такая бригада может в течение часа работы провести сортировку 15–20 раненых (больных). Количество бригад, создаваемых для проведения сортировки, зависит от количества раненых (больных), поступающих на данный этап медицинской эвакуации.

Эффективность медицинской сортировки в значительной степени зависит от умелого обозначения ее результатов. Любое сортировочное заключение, если оно не может быть реализовано сразу (в присутствии лица, его принявшего), должно обязательно обозначаться. Результат сортировки на данном ЭМЭ обозначается цветной сортировочной маркой и соответствующей записью в медицинском документе, сопровождающем раненого или больного. Для оформления результатов медицинской сортировки ис-

пользуются стандартные цветные сортировочные марки, на которых обозначены функциональные подразделения (перевязочная, операционная, противошоковая, изолятор и т. д.) и очередность направления. Марка прикрепляется на видном месте к одежде (повязке) или навешивается на ручку носилок и остается до выполнения обозначаемого ею мероприятия, и вместе с первичной медицинской карточкой служит основанием для направления в соответствующее функциональное подразделение без дополнительных указаний. Снятая марка заменяется другой, с новым сортировочным заключением. Сортировочная марка окончательно отбирается у раненого лишь после погрузки на транспорт для дальнейшей эвакуации или при госпитализации. Результаты сортировки регистрируются в медицинских документах, сопровождающих раненого (первичная медицинская карточка, эвакуационный конверт, ведомость на эвакуированных раненых и больных).

Вместо сортировочных рядов возможно кольцевое размещение носилочных раненых, что создает более рациональные условия для работы сортировочных бригад, как при медицинской сортировке, так и в процессе оказания медицинской помощи. Сущность кольцевого размещения раненых на сортировочной площадке не противоречит организационным основам медицинской сортировки, предложенным Н. И. Пироговым, который главной ее цель считал «уничтожение хаоса и неразберихи вследствие беспорядочного размещения на них раненых».

4.6. Медицинская эвакуация

Составной частью лечебно-эвакуационных мероприятий, неразрывно связанной с процессом оказания медицинской помощи раненым и больным и их лечением, является медицинская эвакуация.

Медицинская эвакуация — совокупность мероприятий по доставке раненых и больных из района возникновения санитарных потерь на медицинские пункты и в лечебные учреждения для своевременного, полного оказания медицинской помощи и лечения.

Это вынужденная мера по перемещению раненых (больных) на следующий этап эвакуации, которая применяется во всех случаях, когда лечение раненых и больных на месте по тем или иным причинам невозможно или нецелесообразно (характер боевой обстановки не позволяет создать надлежащие условия для длительного стационарного лечения). Медицинская эвакуация, способствуя освобождению медицинских пунктов и лечебных учреждений, обеспечивает возможность их свертывания и следования за войсками.

Путь, по которому осуществляется вынос и транспортировка раненых и больных в тыл, получил наименование **пути медицинской эвакуации**. Совокупность путей эвакуации, развернутых на них этапов медицинской эвакуации и работающих санитарных транспортных средств, получила название **эвакуационного направления**.

Как правило, пути медицинской эвакуации должны соответствовать путям подвоза войскам различных материальных средств, что позволяет использовать для эвакуации раненых и больных дороги, обслуживаемые инженерными войсками и дорожной службой, а также обратные рейсы транспорта общего назначения, доставляющие в войска боеприпасы, продовольствие и другие материально-технические средства. Наиболее трудной является эвакуация раненых с поля боя, проводимая с помощью различных транспортных средств или путем выноса. На этом участке эвакуации личный состав и санитарно-транспортные средства работают под огнем противника. Вынос раненых с поля боя осуществляется санитарями медицинских подразделений, а также солдатами, выделенными для этой цели распоряжением командиров частей и подразделений.

Эвакуация раненых и больных организуется вышестоящим начальником медицинской службы и осуществляется подчиненными ему транспортными средствами. Например, начальник медицинской службы бригады направляет подчиненный ему санитарный транспорт медицинской роты на медицинские пункты батальонов и частей для эвакуации раненых и больных в омедо (медр). Такой порядок эвакуации называется **«эвакуацией на себя»**.

В отдельных случаях начальник медицинской службы может производить эвакуацию раненых и больных из подчиненных ему этапов медицинской эвакуации в тыл своим транспортом, т. е. **«от себя»**. Этот способ может применяться при незначительных санитарных потерях в частях второго эшелона, резерва, частях, дислоцированных в тыловой полосе, при передвижении частей.

Эвакуация **«за собой»** применяется в окружении, во время рейда в тылу противника, во время передвижения, когда нет поблизости лечебных учреждений.

Основным способом является «эвакуация на себя», при которой имеется возможность более эффективного использования транспортных средств в соответствии с обстановкой.

Начиная с этапа оказания квалифицированной медицинской помощи (омедо (медр)), эвакуация раненых и больных ведется по назначению — в госпитали и специализированные отделения лечебных учреждений Министерства здравоохранения.

Эвакуация по назначению — принцип медицинской эвакуации, при котором раненые и больные с этапов медицинской эвакуации, оказывающих квалифицированную медицинскую помощь, эвакуируются непосредственно в специализированные лечебные учреждения, где им может быть оказана исчерпывающая медицинская помощь и обеспечено специализированное лечение.

Эвакуация может проводиться штатным санитарным транспортом медицинской службы, а также транспортом общего назначения. Последний должен использоваться преимущественно для эвакуации легкораненых и легкобольных и при необходимости дополнительно оборудоваться.

В зависимости от обстановки, возможности, длительности эвакуации изменяется и порядок сортировки и оказания медицинской помощи.

Выделяется 3 варианта эвакуации.

1. Эвакуация возможна и осуществляется быстро, план ее основывается на возможности выбора средств оказания медицинской помощи, направления и средств эвакуации.

2. Эвакуация длительна и затруднена, что требует тщательного оказания медицинской помощи и точного выбора средств эвакуации.

3. Эвакуация практически невозможна в ближайшее время, сортировка может проводиться с целью выбора тех раненых, помощь которым может быть оказана на месте и обеспечить их выживание.

Быстрота отправки раненого определяется его транспортабельностью и наличием транспортных средств. Этот принцип может быть нарушен только в случае угрожающей боевой обстановки. Эвакуация «любой ценой» нарушает принцип щадящей эвакуации и создает опасность для жизни раненых. Для вывоза раненых с поля боя, транспортировки раненых и больных на этапы медицинской эвакуации, лечебные учреждения медицинская служба располагает различными санитарными средствами. Опыт медицинского обеспечения войск в ходе войны в Афганистане и Чечне показал необходимость создания бронированной медицинской техники для вывоза раненых с поля боя.

Санитарно-эвакуационные средства используются медицинской службой в различных условиях и с разными целями: для сбора раненых на поле боя, в зоне воздействия огневых средств противника и районах возможного радиоактивного и химического заражения, вывоза их на этапы медицинской эвакуации, для перевозки раненых и больных с одного ЭМЭ на другой.

Усложнение условий работы медицинской службы на театре военных действий, повышение маневренности, напряженности и динамики современного боя, утяжеление характера современной боевой травмы и все возрастающее значение своевременности в оказании медицинской помощи требуют от эвакуационно-транспортных средств обеспечения быстрой, безопасной и максимально щадящей доставки раненых и больных.

В ходе локальных военных конфликтов последних десятилетий для поиска, вывоза с поля боя и эвакуации раненых использовалась бронированная техника. Применение санитарных автомобилей на базе УАЗ-452 и АС-66 было невозможно, т. к. они уязвимы даже для стрелкового оружия.

В системе медицинского обеспечения войск в военное время особое место отводится войсковому звену. Именно в войсковом звене медицинской службы закладываются количественные и качественные основы возвращения в строй раненых и пострадавших.

В войсковом районе для доставки раненых с поля боя на передовые этапы медицинской эвакуации используется транспортная машина переднего края (ТПК) «Мул» на базе легкого многоцелевого транспортера-тягача МТ-ЛБ.

Для подготовки ТМПК «Мул» к перевозке раненых необходимо убрать тяжелое оборудование и развернуть мягкую подстилку площади пола.

При возникновении массовых санитарных потерь для эвакуации раненых и пораженных из очага будет широко привлекаться автомобильный транспорт общего назначения (грузовые автомобили).

Результаты анализа опыта медицинского обеспечения войск позволили сделать вывод о необходимости создания бронированных медицинских машин (БММ), обеспечивающих высокую мобильность и защищенность медицинских подразделений войскового звена, а также исключающих повторное поражение раненых. Отечественный и зарубежный опыт применения медицинских машин для вывоза раненых с поля боя свидетельствует о том, что наиболее оптимальными средствами для этого являются БММ на унифицированных шасси боевых колесных и гусеничных машин легкой категории по массе.

Высокая мобильность, наличие броневой защиты и защиты от поражающих факторов оружия массового поражения позволяют сохранить жизнь не только раненым, но и медицинскому персоналу. Реализация этого принципа может быть обеспечена путем создания и оснащения войск бронированными медицинскими машинами, как наиболее соответствующими задачам медицинского обеспечения, в условиях ведения современного боя. БММ нашли широкое применение в армиях многих государств (США, Германии, Великобритании, Франции, Китая и др.). Работы по созданию БММ ведутся и в нашей стране.

Автомобильный санитарный транспорт используется для эвакуации раненых и больных, а также для перевозки личного состава медицинской службы и медицинского имущества.

Войсковые санитарные автомобили имеют плавный ход, специальное оборудование для размещения носилок, отопительное устройство, вентиляцию (некоторые автомобили имеют фильтровентиляционные установки), улучшенное освещение, светомаскировочное устройство, а также оснащены предметами ухода за ранеными и больными.

Внутреннее оборудование в обычном положении позволяет размещать раненых (больных) на носилках или в положении сидя, а в свернутом состоянии — перевозить медицинское имущество. Размеры дверей и размещение носилок внутри кузова обеспечивают удобства погрузки и выгрузки раненых и необходимый доступ для осмотра и оказания помощи на транспорте. Крепление носилок подвижное, обеспечивающее амортизацию. Внутренняя отделка кузова позволяет производить влажную уборку и дезинфекцию.

Санитарный автомобиль УАЗ-452А является средством табельного оснащения медицинского пункта батальона и медицинской роты. Автомобиль предназначен для вывоза раненых с поля боя и очагов массовых санитарных потерь, перевозки раненых и больных, в пределах войскового тыла. Обладает улучшенной рессорной подвеской, высокой проходимо-

стью (обе оси ведущие), кузов герметичен, имеет фильтровентиляционную установку и отопительное устройство, приспособления для крепления носилок. Он рассчитан на перевозку 4 раненых на носилках и 1 сидя или 7 раненых в положении сидя. Погрузка и выгрузка раненых производится двумя санитарями. Максимальная скорость — 95 км/час, запас хода по контрольному расходу топлива — 620 км. Автомобиль может преодолевать препятствия с максимальным углом подъема 30° и броды глубиной до 0,6 м.

Автомобиль санитарный АС-66

Санитарный автомобиль АС-66, созданный на базе армейского автомобиля повышенной проходимости ГАЗ-66, оборудован отопительными приборами, светомаскировочным устройством и электрооборудованием, в кузове размещены ящики для предметов ухода и средств оказания медицинской помощи раненым и больным в пути. Максимальная скорость 90 км/ч, запас хода — 375 км. Автомобиль обладает высокой проходимостью, преодолевает препятствия с максимальным углом подъема 30° и брод глубиной до 0,3 м. Возможность изменять давление в шинах на ходу автомобиля повышает его проходимость и улучшает плавность хода.

Санитарные носилки в кузове устанавливаются в три яруса, сидячих раненых размещают на откидных съемных полумягких сиденьях с опорными спинками.

Оборудование автомобиля позволяет перевозить раненых в трех вариантах:

- на носилках — 9 человек, на сиденьях — 4 человек;
- на носилках — 6, на сиденьях — 10 человек;
- на сиденьях — 18 человек.

На подготовку оборудования для эвакуации раненых затрачивается: по первому варианту 3 мин 30 с, по второму — 6–7 мин, по третьему — 5 мин 30 с.

Производят погрузку (выгрузку) раненых и больных 3 человека, в том числе водитель автомобиля, который, как правило, работает в кузове, и двое подносят носилки с ранеными, после чего переходят в кузов для установки носилок в места крепления. Опыт работы показал, что при этом варианте около 50 % времени затрачивается санитарями на вход в кузов и выход из него. Поэтому, при наличии возможности, к погрузке необходимо привлекать пять человек, из которых трое будут работать в кузове.

В боевой обстановке для эвакуации раненых и больных будут широко использоваться грузовые автомобили различных марок. Возможно использование автомобильного транспорта общего назначения: так, автомобиль ГАЗ-66 вмещает около 20 легкораненых, а ЗИЛ-130 — около 25 сидячих раненых и больных. При необходимости, эти автомобили могут оснащаться необходимым оборудованием для перевозки носилочных раненых и больных.

Для размещения раненых на носилках, кузова грузовых автомобилей могут оборудоваться специальными приспособлениями. Раненых перевозят также на носилках, устанавливаемых непосредственно на полу грузо-

вой платформы по всей ее ширине, головами вперед. На оставшейся свободной от носилок площади платформы размещают легкораненых. В боевых условиях для эвакуации раненых на грузовых автомобилях могут быть использованы в качестве подстилки бытовые матрацы, обычный автомобильный брезент и подручный материал — сено, солома и др.

При жесткости рессор грузового автомобиля им следует давать полную нагрузку, что обеспечит более спокойные условия перевозки раненых. Для этого целесообразно применять комбинированное размещение раненых (на носилках и сидя) или добавлять в необходимых случаях дополнительный груз. Если балласта нет, то большая плавность хода автомобиля и повышение его проходимости достигаются понижением давления в шинах колес. При перевозке тяжелораненых в грузовых автомобилях без специального эвакуационного приспособления, на пол кузова надо положить сено, солому, ветки и покрыть их брезентом или одеялами. Перевозку раненых, особенно в непогоду, следует производить на автомобилях, оборудованных тентами.

Для эвакуации раненых могут использоваться приспособленные для этих целей автобусы, а в городах — трамваи, троллейбусы и другие виды городского транспорта.

Во время эвакуации оказывается первая медицинская и доврачебная помощь. В каждом автомобиле должен быть санитар или санитарный инструктор. В колонну санитарных автомобилей в составе отделения, состоящего из семи-восьми единиц транспортных средств, следует включать фельдшера, являющегося одновременно и начальником колонны.

Сопровождающий медицинский персонал обязан наблюдать за состоянием раненых в пути, при необходимости — оказывать медицинскую помощь, используя для этого короткие остановки.

В последнее время стал широко применяться воздушный санитарный транспорт. Использование авиатранспортных средств позволит на практике осуществить эвакуацию пострадавших из подразделений и частей медицинской службы, развернутых в районе боевых действий, непосредственно в специализированные лечебные учреждения по назначению.

4.7. Особенности организации и проведения лечебно-эвакуационных мероприятий при возникновении массовых санитарных потерь

Изложенные выше положения по организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск в полной мере сохраняют свое значение и при проведении ЛЭМ в связи с применением противником высокоточных средств поражения. Однако в районе применения противником этих средств создаются настолько сложные условия, что требуются несколько иные формы и методы работы медицинской службы по оказанию медицинской помощи пораженным и их эвакуации.

Условия деятельности медицинской службы при применении противником высокоточных средств поражения определяются, прежде всего, осо-

бенностями санитарных потерь, которые несут войска от этих видов оружия. При этом пораженные будут находиться, как правило, на относительно ограниченной территории, т. е. в очаге поражения.

Под **очагом массового поражения** понимают территорию с находящимися на ней людьми, животными, боевой техникой, транспортом и другим имуществом, подвергнутому непосредственному воздействию средств поражения, способных практически одновременно вызвать массовые потери личного состава войск.

Медицинская служба в условиях применения противником высокоточных средств поражения организует и осуществляет лечебно-эвакуационные мероприятия, как непосредственно в очаге поражения, так и за их пределами.

Деятельность медицинской службы в этих условиях может усложняться:

- невозможностью заблаговременного определения места, времени и масштаба применения противником средств поражения;
- наличием угрозы выхода противника в район очага массового поражения.

Объем медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации при этом сокращается. При отсутствии угрозы выхода наземных войск в район очага поражения, благоприятной радиационной, химической обстановке, силы и средства медицинской службы могут быть приближены непосредственно к очагу.

Лечебно-эвакуационные мероприятия в очагах массовых санитарных потерь осуществляются одновременно с восстановлением нарушенного управления и боеспособности частей (подразделений) в комплексе с другими мероприятиями. Они проводятся частями (подразделениями), подвергшимися воздействию средств массового поражения, а также специально предназначенным для этого спасательными отрядами.

В состав отряда, назначаемого командиром бригады, могут включаться медицинские пункты батальонов, отделение сбора и эвакуации раненых медицинской роты с соответствующим медицинским имуществом.

Медицинские пункты батальонов, медицинская рота, привлекаемые к оказанию помощи в очаге массовых санитарных потерь, располагаются, возможно, ближе к местам сосредоточения раненых (пораженных) и осуществляют лечебно-эвакуационные мероприятия в установленном объеме.

В организации лечебно-эвакуационных мероприятий в очагах массовых санитарных потерь имеются существенные различия, обусловленные характером поражающего действия применяемых видов оружия и условиями работы в очаге.

В зоне радиоактивного заражения ведение спасательных работ существенно затрудняет высокий уровень радиации, возможные обширные разрушения, пожары, задымленность. Большинство пострадавших будет находиться внутри поврежденной боевой техники, в разрушенных фортификационных сооружениях, что затрудняет их сбор и оказание медицинской помощи. Личный состав, участвующий в спасательных работах в зонах ра-

диоактивного заражения для ослабления воздействия проникающей радиации действует в защитных средствах, а перед входом в очаг принимает радиопротектор. Для учета фактической дозы облучения личного состава проводится дозиметрический контроль.

За военнослужащими, которые подверглись воздействию ионизирующего излучения, но сохранили боеспособность и не нуждаются в направлении на лечение, медицинская служба организует наблюдение.

При организации лечебно-эвакуационных мероприятий в очагах заражения отравляющими веществами, необходимо учитывать следующие особенности:

- быстрота наступления клинического эффекта от воздействия ОВ (СДЯВ);
- возможность возникновения при определенных условиях комбинированных поражений личного состава;
- необходимость оказания медицинской помощи по неотложным показаниям большому числу пораженных в кратчайшие сроки;
- возможность вторичных поражений раненых и больных, а также медицинского персонала вследствие десорбции ОВ с зараженного обмундирования эвакуируемых пораженных до проведения полной санитарной обработки и дегазации обмундирования.

Оказание медицинской помощи пораженным ОВ должно предусматривать:

- проведение мероприятий по срочному прекращению дальнейшего поступления ОВ в организм пораженного;
- обезвреживание (нейтрализация яда) в организме, уменьшение эффекта его действия с помощью специфических медикаментозных средств (антидотов);
- комплексное использование средств специфического и неспецифического лечения на этапах медицинской эвакуации для устранения основных патологических изменений, вызванных действием ОВ.

Особое внимание необходимо обратить:

- на своевременность оказания первой медицинской и доврачебной помощи в очаге;
- на организацию выноса (вывоза) раненых и больных на этапах медицинской эвакуации в возможно короткий срок;
- на приближение всех видов медицинской помощи к очагу;
- на сокращение сроков пребывания пораженных отравляющими веществами в средствах защиты.

Первая медицинская помощь раненым и больным в очагах поражения ИИ и ОВ (СДЯВ) оказывается в порядке само- и взаимопомощи, а также личным составом спасательного отряда. Санитарные инструкторы и фельдшеры из состава этих отрядов непосредственно руководят мероприятиями по оказанию первой медицинской помощи, оказывают ее наиболее тяжелораненым и тяжелопораженным. Раненые и больные подлежат вывозу (выносу) на незараженные участки местности в возможно короткие сроки с соблюдением необходимых мер защиты. После оказания раненым и

больным первой медицинской помощи они эвакуируются в медицинскую роту или отдельный медицинский отряд.

Личный состав этапа медицинской эвакуации работает с соблюдением мер защиты от поражающего действия ИИ и СДЯВ. Объем первой врачебной и квалифицированной помощи на этапах медицинской эвакуации сокращается до мероприятий по жизненным показаниям с целью скорейшей эвакуации в специализированные лечебные учреждения.

ГЛАВА 5

ОРГАНИЗАЦИЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

Исторически инфекционная заболеваемость личного состава во время войн и вооруженных конфликтов существенно влияла на величину и структуру санитарных потерь, а иногда и на исход военной кампании.

Эпидемии наносили ущерб, который сопоставим с ущербом от крупнейших вооруженных конфликтов и стихийных бедствий. Так, первая эпидемия чумы, известная под названием «юстиниановой чумы», возникла в середине VI в. в Эфиопии или Египте, впоследствии распространилась на большую часть Византии и охватила многие страны. От этой эпидемии погибло 40 % населения Константинополя. А за 50 лет погибло около 100 млн человек. В конце VI в. чума вернулась, на этот раз ее жертвой стала Европа, где погибло до 25 млн человек. Некоторые регионы Европы, например, Италия — почти обезлюдели и стали легкой добычей завоевателей.

В середине XIV в. мир поразила эпидемия «черной смерти» — бубонной чумы, которая уничтожила примерно треть населения Азии и четверть или половину (различные историки дают различные оценки) населения Европы. Общее число жертв оценивается в 130–140 млн человек.

В конце XIX в. возникла третья эпидемия чумы, при которой инфекцию распространяли крысы, жившие на морских кораблях, что привело к возникновению эпидемий в более чем 100 портах многих стран мира. Третья эпидемия чумы стала началом ее конца, благодаря усилиям ученых многих стран, в 1894 г. был открыт микроб — возбудитель чумы, а потом были найдены способы борьбы с чумой.

Холера была впервые описана в XVI в., в начале XIX в. она стала глобальной проблемой. Впоследствии мир пережил, как минимум, семь эпидемий холеры, которые поразили абсолютно все континенты.

В 1916 г. мир поразила эпидемия полиомиелита, повторившаяся в 1950-е гг. В 1970-е гг. было зафиксировано начало эпидемии лихорадки Эбола, которая убивала 90 % заразившихся.

Множество жизней уносят болезни, которые принято считать менее опасными. К их числу, например, относится грипп, вирусы которого име-

ют свойство мутировать в более опасную форму каждые 40 лет. В 1918 г. мир поразила эпидемия гриппа — «испанки», которая унесла по различным оценкам 25–40 млн жизней.

История наглядно свидетельствует о тесной связи эпидемий с войнами, именно тогда интенсивно поражались инфекционными болезнями армии воюющих государств. Например, в Европе с 1733 по 1865 гг. войны привели к гибели от ранений 1,5 млн человек, а от инфекционных болезней умерли 6,5 млн человек. В период русско-турецкой войны 1828–1829 гг. в русской армии соотношение боевых и не боевых потерь составило 1:5! И в войнах XX в. потери от инфекционных болезней продолжали оставаться значительными. Следует также учитывать, что почти все войны текущего столетия сопровождались выявлением и распространением неизвестных или малоизученных инфекционных болезней. Например, в период Первой мировой войны были описаны паратиф А, окопная, или траншейная лихорадка, эпидемический энцефалит, а во время Второй мировой войны массовое распространение получили такие малоизученные в то время инфекции, как туляремия, Ку-лихорадка, геморрагические лихорадки и др.

Содержание мероприятий по санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому обеспечению войск, используемые средства и методы определяются развитием различных разделов гигиены и эпидемиологии как общественных наук. Особенности организации гигиенического и противоэпидемического обеспечения войск определяется условиями жизни, боевой подготовки и боевой деятельности личного состава. Для организации гигиенического и противоэпидемического обеспечения существенное значение имеет характер военной и боевой техники, условия приготовления пищи и получения воды, свойства военной одежды и обуви, возможности выполнения правил личной гигиены и многое другое, так или иначе предназначенное для обеспечения боеспособности и боеготовности воинской части.

Существенное значение имеет порядок комплектования войск, их организационная структура, а также организация тыла и общая организация медицинского обеспечения. При организации и проведении гигиенических мероприятий важно учитывать, что в условиях боевой деятельности встречаются факторы внешней среды, необычные для мирных условий. При проведении противоэпидемических мероприятий следует учитывать, что во время войн изменяются эпидемиологические проявления традиционных инфекций мирного времени и появляется новая инфекционная патология.

Современные организационные формы гигиенического и противоэпидемического обеспечения войск и их содержание складывались и совершенствовались, с одной стороны, под влиянием достижений военной науки и оснащения армии новыми средствами ведения боя, с другой стороны, по мере развития гигиены и эпидемиологии как общемедицинских наук, а также по мере развития военной медицины и становления организационных форм медицинского обеспечения войск. Поэтому для понимания со-

временного состояния военной гигиены и эпидемиологии и перспектив развития этих наук целесообразно обратиться к некоторым вопросам истории.

Первые сведения о гигиенических и противоэпидемических мероприятиях в русских войсках относятся к XIV в. Уже тогда было известно о необходимости выбирать для расположения войск чистые места и об опасности употребления недоброкачественной воды.

С начала XVII в. в войсках стали служить врачи, которые выполняли, в основном, лечебные функции и являлись консультантами командиров по проведению профилактических мероприятий.

Петр Великий уделял внимание здоровью солдат — в начале XVIII в. по распоряжению Петра I в русской армии, одной из первых, введена была должность дивизионного врача.

Русские полководцы А. А. Суворов и М. И. Кутузов уделяли исключительно большое внимание здоровью солдат и требовали того же от своих подчиненных.

Одним из основоположников военной гигиены, как самостоятельной дисциплины, является профессор Московского университета видный терапевт своего времени М. Я. Мудров. В 1809 г. вышла его книга «Слово о пользе и предметах военной гигиены».

В 1871 г. в военно-медицинской академии начала функционировать самостоятельная кафедра гигиены, первым начальником которой, стал профессор А. П. Доброславин.

Во время русско-японской войны 1904–1905 гг. впервые была введена должность врача-гигиениста, врача-эпидемиолога и бактериолога, созданы летучие санитарно-гигиенические отряды с походными лабораториями.

Во время Первой мировой войны широко использовались подвижные лаборатории, стационарные и полевые бани, прачечные и дезкамеры. Впервые вводится обеззараживание воды хлорированием. Но для дореволюционного периода развития военной гигиены характерно отсутствие или слабое участие государства в разработке гигиенических мероприятий.

С первых дней установления Советской власти в корне изменилась социальная основа всей профилактической службы нашей страны: гигиенические мероприятия стали главной заботой государства, а профилактическое направление — главным направлением советской медицины. У истоков советского здравоохранения стояли выдающиеся представители отечественной профилактической медицины: Н. А. Семашко — первый народный комиссар здравоохранения и З. П. Соловьев — первый руководитель военно-медицинской службы Красной Армии.

Организационные формы гигиенического и противоэпидемического обеспечения войск получили дальнейшее развитие в ходе Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. Великая Отечественная война резко отличалась от всех прежних войн как по масштабам военных действий, так и по

характеру инфекционных заболеваний и степени поражения ими войск. Несмотря на сложность эпидемической обстановки, особенно при действиях на освобожденных от немецко-фашистских захватчиков территориях, в Советских войсках не наблюдалось массового распространения эпидемических заболеваний. И даже в самые тяжелые периоды войны инфекционные заболевания не достигли такого уровня, который мог бы сказаться отрицательно на боеспособности войск. Разнообразие гигиенической и эпидемической обстановки в различные периоды и на разных театрах военных действий определяют богатство опыта, накопленного военной гигиеной и военной эпидемиологией в ходе этой войны. Опыт обобщен в трудах начальника Главного военно-санитарного управления РККА периода войны Е. И. Смирнова, главного гигиениста Ф. Г. Короткова и главного эпидемиолога Т. Е. Болдырева.

После Великой Отечественной войны медицинская служба обобщила опыт гигиенического и противоэпидемического обеспечения войск и разработала на этой основе новые рекомендации.

В настоящее время в военной гигиене развивается направление, связанное с проблемами обитаемости, защиты от химических факторов и отыскания оптимальных условий для работы военных специалистов.

В области военной эпидемиологии решаются проблемы связанные с изменением структуры инфекционной заболеваемости в войсках.

В течение всего периода пребывания советских войск в Афганистане инфекционная заболеваемость войск выросла с 58 % в 1980 г. до 74 % в 1984 г. Наиболее распространенной инфекцией оставался вирусный гепатит, заболеваемость которым достигла 135–150 %. Заболеваемость тифопара-тифозными инфекциями в 1984 г. увеличилась по сравнению с 1980 г. более чем в 24 раза, а прочими кишечными инфекциями — более чем в 6 раз.

Исключительное многообразие условий, в которых пребывают войска в военное время, делает необходимым использование всех новейших достижений медицинской науки и практики в области профилактики инфекционных заболеваний и организации противоэпидемических мероприятий. Достижения медицинской науки находят свое специфическое преломление в практике противоэпидемической защиты войск в соответствии с особенностями, свойственными воинскому коллективу и его многообразной деятельности.

Общие закономерности современной эпидемиологии и методы противоэпидемической работы, которыми пользуется практическое здравоохранение, были фактически выявлены, разработаны и научно обоснованы, прежде всего, военными эпидемиологами и гигиенистами, объектом изучения которых являлись войска. Организационные принципы коллективного здравоохранения также нашли наиболее полное применение в войсках, что имело решающее значение для развития и становления эпидемиологии и гигиены как науки в армии раньше, чем где-либо.

В основу всей противоэпидемической работы в войсках положен принцип профилактики — предупреждение возможности появления и рас-

пространения инфекционных заболеваний среди личного состава. Он предусматривает, прежде всего, проведение мероприятий, направленных на повышение устойчивости личного состава к инфекционным заболеваниям и предупреждение заноса их в войска, создание системы противоэпидемических барьеров и реализацию комплекса мер медико-санитарного контроля за прибывающими в части пополнениями, заблаговременное эпидемиологическое изучение той территории, где предстоит действовать войскам. Реализация этого принципа на практике обеспечивает быструю локализацию очагов инфекционных заболеваний, предупреждает их распространение по путям эвакуации. Противоэпидемические мероприятия и порядок их реализации для защиты войск от инфекционных заболеваний должны соответствовать боевой и оперативной обстановке и способствовать успешному выполнению задач, поставленных перед войсками.

Таким образом, своевременное и полное проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в войсках является необходимым условием успешного решения задач медицинского обеспечения войск. Проведение этих мероприятий является обязанностью всего медицинского состава частей, соединений и медицинских учреждений.

Руководство организацией и проведением противоэпидемических мероприятий в войсках и контроль за их осуществлением возлагается на начальников медицинской службы частей и соединений. Успешное проведение всего комплекса мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний и борьбе с ними в частях возможно лишь при условии, что войсковой врач владеет основами военной эпидемиологии и проявляет достаточную настойчивость в реализации противоэпидемических мероприятий. Важную роль в проведении этих мероприятий играют врачи-специалисты военных санитарно-эпидемиологических учреждений и подразделений.

Следует учитывать, что организация и проведение многих мероприятий противоэпидемической направленности выходят за пределы возможностей медицинской службы и поэтому возлагаются на другие службы. Руководство проведением этих мероприятий осуществляют командиры частей и соединений, а медицинская служба проводит контроль за своевременностью, полнотой и качеством их выполнения. Поэтому начальник медицинской службы устанавливает взаимодействие с продовольственной, вещевой, квартирно-эксплуатационной и другими службами, которые являются непосредственными исполнителями ряда мероприятий, оказывающих существенное влияние на санитарно-эпидемическое благополучие войск.

Конкретное содержание и сроки реализации противоэпидемических мероприятий, а также их объем зависят от оперативно-тактической обстановки. Современные знания в области эпидемиологии, оснащение войск противоэпидемическими средствами позволяют надежно защитить войска от эпидемий инфекционных заболеваний в любой обстановке.

5.1. Определение понятия и содержание санитарно-гигиенических мероприятий, проводимых в войсках в боевой обстановке

Комплекс санитарно-гигиенических мероприятий представляет собой систему организационных, санитарно-технических, хозяйственных, медицинских, административных и других мер, осуществление которых обеспечивает поддержание санитарного благополучия войск, сохранение здоровья военнослужащих и их боеспособность. Они разрабатываются, планируются и осуществляются командованием, инженерной службой, службами тыла (медицинской, продовольственной, вещевой) в зависимости от создавшихся условий боевой обстановки, характера воинского труда, условий размещения личного состава, общей, профессиональной и инфекционной заболеваемости.

Санитарно-технические мероприятия осуществляет инженерная служба. К ним относятся:

- строительство полевых фортификационных сооружений, узлов связи, землянок и других полевых жилищ с учетом гигиенических норм и правил;
- добыча и очистка воды;
- строительство дорог и переправ;
- развертывание пунктов обогрева в холодное время года для передвигающихся войск.

Хозяйственные мероприятия проводятся командирами частей и подразделений, продовольственной и вещевой службами. Командиры подразделений обязаны путем назначения нарядов из числа военнослужащих содержать в надлежащем санитарном состоянии участки размещения войск.

Продовольственная служба организует питание личного состава в полевых условиях через полевые продовольственные пункты, обеспечивая личный состав рациональным питанием при строгом соблюдении санитарных правил хранения продовольствия, приготовления и раздачи готовой пищи для предупреждения пищевых токсикоинфекций и пищевых отравлений.

Вещевая служба обеспечивает своевременное снабжение личного состава одеждой и обувью, комплектами защитной и специальной одежды, организует банно-прачечное обслуживание.

На медицинскую службу возлагается разработка гигиенических норм и санитарных правил размещения, питания, водоснабжения личного состава, режимов его труда и отдыха, организация и проведение контроля за их выполнением, пропаганда выполнения правил личной и общественной гигиены.

Санитарный надзор и медицинский контроль представляют собой систему контроля за проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение и ликвидацию загрязнения внешней природной среды (водоемы, почва, атмосферный воздух), оздоровление условий военного труда и быта войск, сохранение и укрепление здоровья личного состава.

Медицинская служба изучает физическое развитие личного состава и влияние на здоровье военнослужащих различных факторов боевой обстановки. Она изучает общую, инфекционную и профессиональную заболеваемость, проводит ее гигиенический анализ, т. е. выявляет зависимость заболеваемости от условий военного труда, жизни и быта войск, разрабатывает гигиенические рекомендации по ее предупреждению. Оценивает и прогнозирует санитарно-гигиеническое состояние части. Ведет пропаганду гигиенических знаний и прививает личному составу санитарную культуру, личную и общественную гигиену.

Таким образом, санитарное благополучие части может быть достигнуто только совместными усилиями командования, начальников служб и всего личного состава. Командиры соединений, частей и подразделений, начальники служб и объектов несут непосредственную и полную ответственность за санитарное благополучие, выполнение личным составом санитарно-гигиенических норм и правил.

Должностные лица медицинской службы должны постоянно поддерживать взаимодействие с командирами подразделений и заместителями по идеологической работе, начальниками служб тыла, требовать строгого выполнения уставных норм и правил, обеспечивающих санитарно-гигиеническое благополучие войск.

Санитарно-гигиенические мероприятия — это система профилактических мер, направленных на сохранение боеспособности и укрепление здоровья военнослужащих путем строгого выполнения установленных гигиенических норм и правил.

На медицинскую службу возлагается следующие задачи по проведению санитарно-гигиенических мероприятий:

- медицинский контроль состояния здоровья военнослужащих;
- медицинский контроль за условиями военного труда, за размещением, питанием, водоснабжением, банно-прачечным обслуживанием личного состава, захоронением павших в бою (умерших) воинов;
- гигиеническое воспитание личного состава.

Медицинский контроль состояния здоровья военнослужащих

Медицинский контроль состояния здоровья военнослужащих осуществляется путем проведения:

- ежедневного медицинского наблюдения за личным составом в боевой обстановке и в быту;
- медицинских осмотров военнослужащих;
- углубленных и контрольных медицинских обследований военнослужащих;
- анализа заболеваемости, физического развития и других показателей здоровья военнослужащих.

Ежедневное медицинское наблюдение за личным составом направлено на определение их физического состояния, выносливости и переносимости военнослужащими условий боевой обстановки.

Медицинским осмотрам подвергаются:

- все солдаты и сержанты — в бане перед помывкой;
- личный состав — перед заступлением в караул;
- военнослужащие, работа которых связана с возможным воздействием неблагоприятных факторов;
- лица, постоянно работающие на полевых продовольственных пунктах, на продовольственных складах, объектах водоснабжения, банях, прачечных — один раз в неделю;
- все военнослужащие вновь прибывшие, а также возвратившиеся из отпусков, командировок и лечебных учреждений по выздоровлении — в день прибытия в воинскую часть, до направления их в подразделения.

Медицинскому (телесному) осмотру личный состав подвергается с целью своевременного выявления инфекционных, кожных и паразитарных заболеваний, контроля выполнения ими правил личной гигиены. Медицинские осмотры проводятся врачами, фельдшерами и санитарными инструкторами.

Медицинские обследования организуются и проводятся врачами подразделений, частей и медицинских учреждений. При этом особое внимание уделяется раннему выявлению больных острыми и хроническими (скрытыми формами) заболеваний, лиц с пониженным питанием, с начальными формами гипо- и авитаминозов, слабым физическим развитием.

Анализ заболеваемости и других показателей здоровья военнослужащих проводится для оценки эффективности проводимых санитарно-гигиенических мероприятий и определения наиболее актуальных направлений профилактической и оздоровительной работы в воинской части.

Медицинский контроль за условиями военного труда включает:

- контроль за выполнением гигиенических норм и требований при эксплуатации боевой техники и вооружения;
- проверку обеспеченности личного состава обмундированием в соответствии с погодно-климатическими условиями, средствами защиты и специальной одеждой;
- контроль за выполнением мероприятий по предупреждению профессиональных заболеваний и острых поражений при работе с агрессивными жидкостями, источниками ионизирующих излучений и др. вредными факторами;
- разработку предложений по обеспечению эффективности боевой деятельности военнослужащих путем оздоровления условий труда, применения медикаментозных средств.

Создание средств массового поражения потребовало специальных конструктивных решений для защиты экипажей и расчетов боевых машин от РВ, ОВ и БС. Это привело к герметизации обитаемых отделений боевых ма-

шин, подвижных командных пунктов и т. д. Поэтому в Вооруженных силах возникла проблема обитаемости наземных объектов и подземных сооружений.

Под **обитаемостью** понимают условия жизни, быта и деятельности личного состава, созданные в объектах военной техники и сооружениях для сохранения здоровья, работоспособности человека и эффективной эксплуатации (боевого применения) этих объектов.

В замкнутых пространствах обитаемых отделений обычные неблагоприятные факторы среды приобретают новые значения, как в количественном, так и в качественном выражении. В связи с этим важной частью проблемы обитаемости стала разработка нормативов воздействия этих факторов на человека, рекомендаций по режимам труда экипажей и расчетов боевой техники, а также методов профессионального отбора и тренировки людей для работы на конкретных объектах военной техники.

В настоящее время во всех видах Вооруженных сил и родах войск приобрели большое значение физические и химические факторы среды обитания. Их влияние на здоровье личного состава должно постоянно оцениваться медицинской службой. К неблагоприятно влияющим физическим факторам относится температура ограждений и воздуха на рабочих местах.

К неблагоприятным химическим факторам среды относятся газообразные, жидкие и твердые вещества, оказывающие воздействие на человека. Это горючие, смазочные материалы и тормозные жидкости, растворители, антидетонаторы, электролиты, дезинфекционные средства и т. д.

Перечень химических веществ и количество людей, контактирующих с ними, постоянно увеличиваются, и поэтому воздействие этих факторов на экипажи и расчеты объектов техники расширяется. Химические факторы могут вызывать острые и хронические заболевания (отравления).

Для профилактики отравлений необходимо знать виды работ, во время которых возможно отравление. К таким работам относятся:

- перекачка ядовитых технических жидкостей (ЯТЖ) на складах в транспортные средства (цистерны и другие емкости);
- регламентные работы;
- сбор, удаление и обезвреживание остатков и проливов ЯТЖ;
- зачистка резервуаров после слива ЯТЖ;
- отбор проб и производство анализов на определение качества ЯТЖ;
- применение ЯТЖ не по прямому назначению (вместо спиртных напитков, для отмывания загрязненных маслами рук и т. д.);
- ремонт и обслуживание боевых и транспортных машин в мастерских с неисправной или не включенной принудительной вентиляцией.

Кроме того, отравление может наступить при нарушении правил хранения специальной одежды (в плохо вентилируемых помещениях вследствие десорбции в воздухе могут создаваться высокие концентрации ЯТЖ), неправильном использовании средств индивидуальной защиты.

Во всех случаях при работе с ЯТЖ должны строго соблюдаться правила техники безопасности. При санитарном надзоре за работой с ядовитыми веществами нужно обращать внимание на защиту дыхательных путей, слизистых оболочек и кожных покровов. Нужно помнить, что общевойсковые противогазы не могут длительное время защищать от ряда химических веществ, от которых защищают промышленные противогазы со специальной шихтой, шланговые противогазы или противогазы изолирующего типа.

Изучая условия труда личного состава и сопоставляя их с общей и профессиональной заболеваемостью, врач должен найти слабые места в организации защиты личного состава части от вредных влияний ядовитых веществ и через командование принять меры к устранению недостатков.

Воинский труд в различных видах Вооруженных Сил и родах войск имеет свои особенности. Например, особенностями труда личного состава частей бронетанковых войск являются:

- интенсивное воздействие температурного фактора (низкие температуры воздуха и ограждений зимой и высокие летом). При этом радиационный путь отдачи тепла или его получение от ограждений превосходит конвекционный путь в несколько раз. Отдача (получение) тепла радиацией происходит не только с поверхности тела, но и из глубоких слоев, что ведет к интенсивному охлаждению или перегреванию. Для предотвращения переохлаждения танкистов используются специальная (меховая) одежда, обогревание обитаемых отделений. Защита от перегрева осуществляется вентиляцией обитаемых отделений, а также кондиционированием воздуха;
- высокие концентрации пороховых газов в обитаемых отделениях при стрельбе из пушки, курсовых пулеметов, личного оружия;
- запыленность воздуха внутри машин. Для предупреждения вредного воздействия на экипаж используются респираторы и очки;
- интенсивные шумы широкополосного спектра. Для снижения их действия используются шлемофоны;
- сильные толчки при движении по неровностям почвы и вибрация от работы двигателя. Действие этого фактора снижается поддрессированием рабочих мест экипажа.
- низкая освещенность шкал приборов (2–7 лк ночью), которая улучшается за счет покраски светящимися в темноте составами (без применения РВ);
- большие физические нагрузки при обслуживании самих машин (наладка, ремонт, чистка и т. д.), загрязнение кожи и обмундирования смазочными веществами и топливами.

Для осуществления медицинского контроля врач танковой части должен хорошо знать условия труда личного состава, особенности его воздействия на организм человека.

Медицинский контроль за размещением войск

Медицинский контроль за размещением личного состава включает:

- наблюдение за районом расположения части для выявления условий, отрицательно влияющих на санитарно-гигиеническое состояние;
- контроль за выполнением гигиенических требований при содержании инженерных сооружений, пунктов обогрева, полевых жилищ и укрытий;
- контроль за очисткой территории, обеззараживание и удаление нечистот и отходов.

С гигиенической точки зрения, полевое размещение имеет следующие особенности:

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

Существует 4 способа полевого размещения войск:

- в учебных центрах;
- бивачное;
- поквартирное;
- смешанное или квартирно-бивачное.

Бивачное размещение — это размещение, при котором жилые и хозяйственные постройки возводятся личным составом с использованием табельного имущества и подручных материалов.

Полевое размещение личного состава начинается с разведки района, предназначенного для его расположения. При размещении биваком штаб бригады по докладу разведывательной группы определяет участки для размещения батальонов. Лучше размещать часть в редком лесу, на сухом возвышенном месте с небольшим уклоном местности, с чистым грунтом, вблизи источников водоснабжения и вдали от источников загрязнения (свалки мусора, скотные дворы и т. п.). В любой обстановке нужно использовать местные возможности и создать условия для отдыха и восстановления сил личного состава части.

Начальник медицинской службы принимает участие в выборе участка и размещения на нем жилых и хозяйственных построек, проводит текущий надзор.

Участок для размещения должен иметь жилую зону, хозяйственную зону для полевого продовольственного пункта (ППП) и зону для размещения военной техники. Расстояние между зонами должно быть 30–75 м. В жилой зоне для укрытия от непогоды могут быть использованы походные палатки, шалаши из веток, землянки, полевые фортификационные сооружения. Во временных укрытиях используется подстилочный материал (сено, солома, лапник и др.).

Для размещения военнослужащих в полевых условиях выбирается незагрязненное, обеспеченное доброкачественной водой, соответствующей требованиям действующих санитарных правил, и укрытое от ветров, место для разбивки лагеря, оборудование которого осуществляется в соответствии с требованиями устава внутренней службы.

При размещении в полевых условиях на территории, не имеющей канализации, допускается устройство местных систем удаления и очистки сточных вод. Выбор и устройство местных систем канализации осуществляется по согласованию с органами государственного санитарного надзора по месту размещения полевого лагеря.

На выбранном участке для создания необходимых условий жизни и деятельности военнослужащих оборудуются различного рода временные сооружения (палатки, сборно-щитовые казармы, полевые вагончики, модули).

Палатки для размещения военнослужащих должны быть оборудованы деревянными нарами (при отсутствии кроватей) высотой не менее 0,4–0,5 м, железными печами-временками (вид топлива — уголь, дрова), а при наружной температуре воздуха ниже +5°C должны оборудоваться пункты обогрева в местах проведения занятий и вблизи не отапливаемых мест обслуживания вооружения и военной техники (далее — ВВТ). В пунктах обогрева должна поддерживаться температура воздуха не ниже +20°C.

Для топки печей назначаются истопники из числа солдат, которые должны быть предварительно обучены правилам топки и требованиям пожарной безопасности.

Уборка палаток должна проводиться ежедневно.

С целью просушивания обмундирования и обуви военнослужащих, должны оборудоваться полевые сушилки (стационарные помещения, блиндажи, палатки и другие, приспособленные для этого помещения, оборудованные железными печами-временками и обеспеченные приспособлением для развешивания обмундирования и обуви военнослужащих).

Размещение обмундирования и обуви в полевых сушилках должно соответствовать требованиям пожарной безопасности.

Температура воздуха в сушилках должна обеспечивать просушивание обмундирования и обуви военнослужащих в период отдыха и должна составлять не ниже +20°C и не выше +40°C.

Термометры вывешиваются в помещениях (палатках) на внутренних стенах, вдали от печей и нагревательных приборов, на высоте 1,5 м от пола.

Наблюдение за топкой печей в подразделениях возлагается на старшину роты и дежурного по роте, а контроль за поддержанием необходимого температурного режима — на командира подразделения.

На каждое подразделение должны оборудоваться умывальники полевого типа из расчета 1 кран (сосок) на 5–7 человек, не реже одного раза в 3 дня — очищаться с применением моющих и дезинфицирующих средств,

разрешенных Министерством здравоохранения в соответствии с инструкцией по их применению.

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

Наружные уборные с выгребами должны располагаться от жилых и служебных помещений (палаток), полевых продовольственных пунктов, площадок для отдыха и спорта не ближе 75 м и не более 100 м.

В условиях децентрализованного водоснабжения наружные уборные должны быть удалены от колодцев и каптажей родников на расстояние не менее 50 м ниже по потоку грунтовых вод.

Наружные уборные с выгребами должны оборудоваться из расчета: одно очко на 10–12 человек и должны иметь надземную часть и выгреб.

Надземные помещения сооружают из плотно пригнанных материалов (досок, кирпичей, блоков и т. д.). Выгреб должен быть водонепроницаемым, объем которого рассчитывают исходя из численности военнослужащих, пользующихся уборной.

Глубина выгребов зависит от уровня грунтовых вод, но не должна быть более 3 м. Не допускается наполнение выгребов нечистотами выше, чем до 0,35 м от поверхности земли. Территория, прилегающая к наружной уборной и помойнице, должна быть озеленена, иметь удобный подъезд.

Выгреба уборных должны очищаться при их заполнении не более чем на 2/3, но не реже одного раза в полгода.

Помещения уборных должны содержаться в чистоте. Уборку их следует производить ежедневно.

Пол, стены уборных на уровне 1 м от пола, а также нечистоты в выгребов должны ежедневно дезинфицироваться средствами, из числа разрешенных Министерством здравоохранения.

При размещении части на боевых позициях личный состав может занимать заранее оборудованные участки обороны или строит и оборудует полевые фортификационные сооружения. Полевые фортификационные сооружения могут быть открытого и закрытого типа. К сооружениям открытого типа относятся траншеи, ходы сообщения между ними, щели, ячейки (для одного солдата). Они не имеют перекрытий и служат для защиты от воздействия огневых средств противника. Траншеи и ходы сообщений должны иметь канавки для стока атмосферных осадков и грунтовых вод, ниши в подбрустверном пространстве для укрытия и отдыха. Для обогрева и отдыха строят землянки и блиндажи. Блиндажи защищают личный состав и от поражения огневыми средствами противника.

Полевые фортификационные сооружения (ПФС) закрытого типа предназначены для размещения командных пунктов, штабов, узлов связи,

огневых точек, медицинских и других подразделений. Их собирают из готовых конструкций в отрываемых в земле котлованах или строят из местных материалов (дерево, кирпич и др.).

Медицинский контроль за питанием войск в полевых условиях

Питание военнослужащих в полевых условиях организует заместитель командира воинской части по тылу через начальника продовольственной службы части из полевых кухонь.

С гигиенической точки зрения в организации питания военнослужащих в полевых условиях имеются 4 особенности, на что необходимо обратить внимание:

1. Повышенная возможность возникновения пищевых отравлений.
2. Возможность заражения пищевых продуктов ОБ (СДЯВ) и РВ.
3. Использование трофейного продовольствия и продуктов местного производства.
4. Низкое содержание в пище витаминов.

Медицинский контроль за питанием включает:

- контроль за количественной и качественной полноценностью питания, оценку фактического состояния питания личного состава;
- контроль доброкачественности пищевых продуктов, технологии приготовления и качества готовой пищи;
- медицинское наблюдение за состоянием здоровья работников продовольственной службы и выполнением ими правил личной гигиены;
- организация мероприятий по профилактике пищевых отравлений;
- разработку рекомендаций командованию по улучшению питания военнослужащих.

Для осуществления медицинского контроля за питанием войск в полевых условиях медицинскому работнику необходимо знать основные положения физиологии и гигиены питания человека, нормы потребления питательных веществ, правила хранения и обработки пищевых продуктов, приготовления и выдачи готовой пищи.

Пища должна быть приготовлена и выдана при первой возможности в любых условиях боевой обстановки, так как правильно организованное и полноценное питание необходимо для возмещения энергозатрат, поддержания и сохранения здоровья личного состава, обеспечения его выносливости и высокой боеспособности.

Большое значение имеет качественная сторона питания, т. е. химический состав пищи.

Рационально организованное питание здорового человека должно отвечать следующим требованиям:

- суточный рацион должен покрывать затраты энергии человека;
- суточный рацион должен иметь оптимальный химический состав, т. е. содержать необходимое количество питательных веществ;

- приготовленная пища должна быть легкоперевариваемой и хорошо усваиваться организмом;
- пища должна готовиться из разнообразных продуктов, иметь хороший вид, вкус и приятный запах;
- пища не должна содержать радиоактивных, отравляющих, ядовитых веществ, патогенных бактерий и токсинов.

В суточном рационе человека должны содержаться в определенном сочетании продукты как животного, так и растительного происхождения. Здоровому, физически развитому человеку необходимо в сутки не менее 100 г белка (1,5 г на 1 кг массы тела), при этом 1/3 белка должна быть животного происхождения для получения незаменимых аминокислот; 60–80 г жира (1–1,2 г на 1 кг массы тела), 1/3 из них растительного происхождения; 500 г и более углеводов (6–10 г на 1 кг массы тела); полный комплекс витаминов и микроэлементов.

Вооруженные силы снабжаются научно обоснованными, сбалансированными пайками. Их химический состав (белки, углеводы, минеральные вещества, витамины) соответствует потребностям организма и обеспечивает энергетические затраты военнослужащих. Набор продуктов этих пайков и нормы снабжения содержатся в руководящих документах продовольственной службы.

Опыт прошлых войн показывает, что армии всех стран страдали от недостатка продуктов, вследствие чего наступали белковое голодание, авитаминозы. В годы Великой Отечественной войны для борьбы с авитаминозом С широко применялись дикорастущая зелень (щавель, крапива и др.), хвойные настои, настой из листьев других пород деревьев, проросшие зерна злаковых и бобовых культур, а также витаминные препараты в виде драже (водорастворимые витамины) и масляных концентратов (жирорастворимые витамины).

В современных условиях войска имеют подвижные запасы продовольствия. Пищевые продукты должны перевозиться на транспортных машинах, оборудованных тентами, хлеб — в хлебных фургонах или специальных деревянных ящиках с крышками, мясо и мясопродукты — в рефрижераторах. Предпочтение отдается консервам и концентратам, не требующим длительной обработки, обладающим меньшей массой.

В полевых условиях питание войск организуется через полевые продовольственные пункты (ППП), разворачиваемые силами и средствами хозяйственного отделения взвода снабжения батальона. Он должен находиться вблизи источника доброкачественной воды, на достаточном удалении от загрязненных объектов (мусорные свалки, скотные дворы и т. п.). Если поблизости нет пригодного водного источника, вода подвозится с пункта водоснабжения бригады.

На оснащении каждого ППП имеются походные кухни (КП-130) на автоприцепе, кипятильник, цистерны для подвоза воды, каркасные палатки для укрытия кухонь и организации разделочных, термоса, разделочные

столы и другое имущество. Для развертывания ППП требуется площадка размерами около 100×80 м. Она должна быть пригодной в санитарном отношении. Перед развертыванием ППП выбранный участок очищают от мусора, выравнивают. На нем устанавливают каркасные палатки, а в них — полевые кухни на расстоянии 30 м одна от другой, кипятильники, походные разделочные столы. Отводят место для очистки овощей (в 15 м от палаток), отрывают яму для отходов (в 50 м от палаток), которую оборудуют крышкой. На расстоянии не ближе 75 м от кухонь устраивают отхожее место для личного состава хозяйственного отделения, отрывают щели для укрытия.

В случае, когда прием готовой пищи осуществляется на ППП, оборудуются столы из жердей для приема пищи личным составом, место для мытья котелков, ложек и кружек, где устанавливаются кипятильники для воды или термосы.

Если пищу принимают на боевых позициях батальона, то порядок выдачи и доставки пищи каждый раз определяет командир батальона в зависимости от конкретной боевой обстановки.

Полевые кухни с готовой пищей, как правило, выдвигаются на ротные пункты ее выдачи, назначаемые по решению командиров рот в ближайших к боевым порядкам подразделений укрытиях. При необходимости старшины подразделений организуют встречу и сопровождение кухонь на эти пункты, для чего высылают проводников. Если обстановка позволяет максимально приблизить ротный пункт выдачи пищи к переднему краю и организовать его в укрытии, к которому имеются скрытые подходы, то пища может выдаваться военнослужащим непосредственно в котелки. В большинстве же случаев горячую пищу доставляют в термосах от ротных до взводных пунктов раздачи пищи подносчики, выделяемые от взводов.

Одновременно подносчики доставляют термосы с кипятком для пополнения запасов воды во флягах и мытья котелков.

Очередность получения горячей пищи для взводов и порядок ее доставки устанавливает командир (старшина) роты.

Пища готовится по раскладке продуктов, составляемой начальником продовольственной службы воинской части совместно с начальником медицинской службы воинской части на неделю. При этом используется постоянный суммарный набор продуктов для первых и вторых блюд.

Выдача горячей пищи проводится после того как ее проверит фельдшер батальона с разрешения командира или начальника штаба батальона. Горячая пища должна выдаваться личному составу 3 раза в сутки. При трехразовом питании на завтрак и ужин готовят по одному второму блюду и чай, на обед — два блюда (первое и второе). Если невозможно организовать трехразовое питание в связи с боевыми действиями, пища готовится 2 раза в сутки. На третий прием выдают мясные или мясорастительные консервы и хлеб (сухари) из расчета 15–20 % от суточного рациона. При двухразовом

питании, как правило, большая часть рациона (40–45 %) используется для приготовления ужина.

Медицинский контроль за питанием при ведении боевых действий состоит в том, чтобы не допустить на довольствие недоброкачественные продукты и предупредить заболевания, связанные с употреблением пищи. Разделка продуктов, их обработка должны исключать загрязнение их радиоактивными, отравляющими веществами и ядами, и патогенными микроорганизмами.

Оценка качества питания осуществляется также по физическому состоянию личного состава части и его заболеваемости, состоянию пищевого статуса, отсутствию белковой и витаминной недостаточности.

Несоблюдение санитарных правил хранения, перевозки, разделки продуктов и приготовления пищи может привести к пищевым отравлениям. К ним относятся острые заболевания, возникающие при употреблении пищи, содержащей микроорганизмы, токсины или ядовитые вещества. Бактериальные пищевые отравления делятся на пищевые токсикоинфекции и пищевые интоксикации, или токсикозы. Пищевые токсикоинфекции чаще вызываются микроорганизмами из группы сальмонелл, а также условно-патогенными бактериями (отдельные типы кишечной палочки и др.). Пищевые токсикозы возникают при употреблении пищи, содержащей бактериальные токсины (стафилококковая интоксикация, ботулизм и др.).

Возможны пищевые отравления при попадании в пищу ядовитых продуктов (ядовитые грибы, ядовитые ягоды, плоды растений) или химических ядовитых веществ, используемых для борьбы с мухами, амбарными вредителями и грызунами.

Необходимо отметить, что пищевые отравления в воинских коллективах носят, как правило, массовый характер. Вследствие этого они могут выводить из строя целые подразделения и тем снижать их боеспособность. Для предупреждения пищевых отравлений необходимо проводить систематический санитарный надзор за условиями хранения продовольствия, требовать от должностных лиц продовольственной службы соблюдения санитарных правил хранения, транспортировки продуктов, приготовления и выдачи готовой пищи. Эти требования сводятся к следующему:

- подвижные запасы продовольствия должны быть укрыты в кузовах транспортных средств (защищены от пыли, атмосферных осадков), храниться по ассортименту (по товарным группам);

- особое внимание должно быть уделено скоропортящимся продуктам, в частности мясу и мясным изделиям, особенно в теплое время года, когда они подвержены быстрой порче и становятся непригодными к употреблению. Испорченные продукты не допускаются к приготовлению пищи.

В процессе обработки продуктов, приготовления и раздачи пищи повара должны строго соблюдать правила личной гигиены:

- перед началом работы вымыть руки с мылом и щеткой;

- работать только в чистой и регулярно сменяемой спецодежде;
- руки содержать в чистоте, ногти коротко остриженными;
- иметь индивидуальное полотенце и чистый носовой платок;
- соблюдать чистоту на рабочем месте в процессе работы;
- не курить при кулинарной обработке продуктов, приготовлении пищи и ее раздаче.

После первичной обработки продукты немедленно закладываются в котел.

Приготовленная горячая пища должна сразу выдаваться военнослужащим. Хранение готовой пищи в котлах кухонь и в термосах свыше двух часов запрещается.

Перед раздачей пищи поверхность полевых кухонь тщательно очищается от пыли и промывается.

Отпускать пищу в грязные, немытые термоса и котелки категорически запрещается.

Котлы кухонь, инвентарь и посуда после каждого приготовления и раздачи пищи моются, котлы после мытья заполняются водой, и кухни готовятся к очередному приготовлению пищи.

Разделочные доски, ножи и другой инвентарь после мытья ошпариваются кипятком, просушиваются и убираются в ящики. Ящики для принадлежностей периодически промываются горячей водой и просушиваются. В них запрещается хранить остатки пищи, продукты и посторонние предметы.

Категорически запрещается использовать воду для питья, мытья котелков, ложек и других хозяйственно-бытовых нужд из рек, озер, ручьев, родников и других необследованных источников.

На весь специальный транспорт, а также на прицепы, контейнеры или специально оборудованные ящики, предназначенные для подвоза продовольствия и воды, начальник медицинской службы воинской части (санитарно-эпидемиологического органа) оформляет санитарный паспорт.

Работники питания (личный состав хозяйственных отделений батальонов и все лица, связанные с хранением, доставкой продовольствия и его обработкой) должны проходить медицинское обследование перед назначением на должности и периодически обследоваться при исполнении служебных обязанностей.

Специалисты продовольственной службы и хозяйственных отделений ППП перед назначением на должность подвергаются обследованию:

- на носительство возбудителей кишечных инфекций (трехкратное исследование испражнений с интервалом в 1 сутки, в дальнейшем — по эпидемическим показаниям, но не реже одного раза в квартал);
- на тифопаратифозное носительство (исследуется моча, дуоденальное содержимое) по показаниям;
- на гельминты однократно, в дальнейшем — по показаниям;
- на гонококки однократно, в дальнейшем — по показаниям;

- кровь на РВ однократно, в дальнейшем — по показаниям;
- рентгеноскопия (флюорография) органов грудной клетки при поступлении на работу, в дальнейшем — один раз в год.

Медицинские осмотры проводятся раз в неделю. Результаты медицинского обследования заносятся в личные санитарные книжки врачом или фельдшером.

Медицинский контроль за полевым водоснабжением

В военное время вода становится предметом снабжения. В полевых условиях она необходима для удовлетворения физиологических потребностей личного состава, выпечки хлеба и приготовления пищи, помывки личного состава, стирки белья. Вода нужна также для обеспечения технических нужд (заправка автомобилей, их мойка, дегазация, дезинфекция и др.).

Обеспечение войск питьевой водой осуществляется из пунктов водоснабжения, оборудованных силами инженерной службы. В качестве источников воды используются, как правило, только водоисточники закрытого типа (буровые скважины, артезианские колодцы и другие).

Выбор источника воды для целей водоснабжения производится в ходе разведки, планируемой штабом части и организуемой начальником инженерной службы. Она ведется инженерно-разведывательными дозорами с участием химической и медицинской служб. В задачи разведки источника воды входит:

- сбор всех данных санитарного характера, необходимых для решения вопроса о снабжении войск водой наиболее быстрыми, простыми и надежными способами;
- санитарно-эпидемиологическое обследование населенного пункта (местности), в котором располагается источник воды;
- санитарно-топографическое, радиологическое и химическое обследование источника воды и окружающей его местности;
- гигиеническое обоснование заключения о необходимости улучшения качества воды.

Подозрения о плохом качестве воды могут вызвать такие сведения, как разрушение промышленных предприятий, водопроводных и канализационных сетей, заболевания острыми кишечными инфекциями и другими болезнями водного происхождения среди гражданского населения и воинских частей, пользующихся водой из данного источника; эпизоотии среди домашних животных и грызунов в районе расположения источника воды, неудовлетворительное санитарное состояние ближайших населенных пунктов, связанных с источником воды.

Результаты разведки командир инженерно-разведывательного дозора докладывает начальнику, организовавшему разведку, в письменном донесении с приложением схемы. Эти данные обобщаются штабом, докладываются командиру и по его указанию доводятся до исполнителей, непо-

средственно развертывающих и оборудующих пункты водоснабжения на базе выбранных водоисточников.

Ответственность за подвоз воды возлагается на заместителя командира воинской части по тылу. Подвоз воды осуществляется с использованием штатных средств. Контроль за санитарным состоянием источников воды, ее качеством осуществляют специалисты медицинской службы.

Медицинская служба обязана проводить систематическую лабораторную проверку воды из используемых источников и на месте потребления, за соблюдением количественных норм водоснабжения, снабжать личный состав средствами индивидуального обеззараживания воды. Вода в полевых условиях должна отвечать следующим требованиям: иметь прозрачность по шрифту не менее 30 см, быть бесцветной, общее содержание минеральных солей должно быть не более 1000 мг/л, обладать приятным вкусом и не иметь запаха.

В случае загрязнения воды при перевозке и хранении, она подвергается обеззараживанию — хлорированию. В полевых условиях вода в емкостях обеззараживается путем добавления 10 % раствора хлорной извести из расчета 300 мл раствора на 1 м³ воды (30 г сухой хлорной извести). При этом общий остаточный хлор в воде должен находиться в пределах 0,8–1,2 мг/л.

Емкости для перевозки и хранения воды устанавливаются на подставках под навесом. Они очищаются и дезинфицируются не реже одного раза в неделю. После очистки внутренние поверхности орошаются трех- пяти- процентным раствором хлорной извести или протираются ветошью, смоченной этим же раствором. Через 30 минут емкости ополаскиваются чистой водой. Разбор воды из емкости проводится только с помощью кранов или насосов. Все водопроводящие части, всасывающие или переливные рукава содержатся в чехлах из плотного материала. Перед погружением в чистую воду они дезинфицируются трехпроцентным раствором хлорной извести. Запасы воды в емкостях освежаются через одни – двое суток.

Только в тех случаях, когда невозможно получить воду из подземных источников, пункт водоснабжения организуется у поверхностных источников воды — рек, озер, прудов. При этом забор воды должен производиться из рек: на расстоянии 70–100 м выше места расположения войсковых подразделений, а из озер, прудов — не ближе 500 м от места купания или другого использования водных источников. Вода из поверхностных водных источников подвергается обязательному обезвреживанию. Санитарное состояние района вокруг источника водоснабжения должно быть безупречным. Он ограждается и охраняется.

Врач должен знать нормы водоснабжения и контролировать их выполнение. Потребности в воде зависят от климатических условий, времени года, характера местности и боевых действий войск.

Медицинский контроль за водоснабжением включает:

- участие в разведке источников воды (по плану начальника инженерной службы);
- контроль санитарного состояния пунктов водоснабжения, водозаборных пунктов, средств подвоза и хранения воды;
- лабораторный контроль качества воды в местах ее добычи и потребления;
- контроль за доведением норм снабжения водой и обеспечением личного состава средствами обеззараживания воды, обучение правилам пользования ими;
- проведение медицинского наблюдения за состоянием здоровья личного состава, связанного с добычей, хранением и отпуском воды. Работники водоснабжения (водители автоцистерн) подвергаются медицинским осмотрам и обследованиям так же, как и работники питания.

Важно также контролировать питьевой режим, особенно при выполнении тяжелых физических нагрузок, на марше и др.

В настоящее время обоснованным и целесообразным признается питьевой режим, при котором рекомендуется своевременное утоление жажды умеренными порциями воды.

Для санитарной обработки и помывки установлена норма в 45 л на человека. Суточная потребность в воде медицинского пункта батальона — 0,3–0,5 м³. Потребность в воде для отдельного медицинского отряда (медицинской роты) механизированной бригады за сутки работы составляет до 7,0 м³.

Таблица 2 — Минимальные нормы потребления воды для питьевых и хозяйственных нужд в полевых условиях

Назначение воды	Потребление воды, литров в сутки на человека	
	при умеренной погоде	в жаркую погоду
1. Приготовление чая и запас воды во флягах	2,5	4,0
2. Приготовление пищи и мытье кухонного инвентаря	3,5	3,8
3. Мытье индивидуальной посуды	1,0	1,2
4. Умывание	3,0	6,0
Итого	10,0	15,0
Только для питья	2,5	4,0

При исключительной обстановке допускается уменьшение суточного потребления воды в условиях умеренной погоды — только для питья в условиях умеренного климата — 2,5 л на человека в течение не более 5 суток и в условиях жаркого климата — 4 л в течение не более 3 суток.

Индивидуальные запасы воды, носимые во флягах, обеззараживают средством «Нео-Акваसेпт» или «Оазис-3000» из расчета 1 таблетка на 0,75 л воды.

Солдаты и офицеры, осуществляющие получение, хранение, транспортировку и раздачу воды личному составу, подвергаются медицинским осмотрам и обследованиям так же, как и работники продовольственного снабжения.

Экспертиза продовольствия и воды в полевых условиях

При ведении боевых действий окружающая среда, в том числе продукты питания и вода, могут быть заражены РВ, ОВ (СДЯВ). Употреблять такие продукты или воду можно только с разрешения командира после заключения представителя медицинской службы об их пригодности к употреблению. Право принимать решение о пригодности зараженных или подозрительных на заражение продовольствия и воды предоставлено только врачу.

Для принятия решения осуществляется ряд мероприятий, проведение которых называется экспертизой. Задачей экспертизы является комплексное всестороннее исследование продовольствия или воды с целью их гигиенической оценки и предупреждения заражения личного состава. Для оценки пригодности к употреблению продовольствия и воды врач руководствуется установленными на военное время величинами удельной зараженности РВ, допустимыми концентрациями ОВ и других ядовитых веществ, правилами отбора проб и производства анализов, изложенными в руководящих документах.

Медицинский контроль за банно-прачечным обслуживанием

Банно-прачечное обслуживание войск включает в себя:

- организацию и проведение регулярной помывки личного состава в бане с обязательной сменой всего нательного и постельного белья и портянок;
- стирку, дезинфекцию, дезинсекцию белья и обмундирования, его химчистку и ремонт;
- снабжение мылом, продезинфицированными мочалками и другими моющими средствами.

Банно-прачечное обслуживание организует и обеспечивает вещевая служба, а контроль его качества осуществляет медицинская служба.

Для проведения медицинского осмотра и оказания медицинской помощи при помывке личного состава назначается дежурный фельдшер (санитарный инструктор).

Медицинский контроль за банно-прачечным обслуживанием в стационарных и полевых условиях заключается в гигиенической оценке и контроле:

- регулярности помывки и полноты охвата ею военнослужащих, смены нательного и постельного белья, а также обеспеченности банными полотенцами, мылом и мочалками;
- санитарного состояния войсковых бань, прачечных;
- выполнения технологии стирки нательного, постельного белья, обмундирования, специальной одежды;
- своевременности и полноты медицинских обследований и осмотров персонала бань и прачечных;
- дезинфекции и дезинсекции обмундирования, белья и постельных принадлежностей.

Медицинский контроль за захоронением павших в бою и умерших воинов

В задачи медицинской службы по санитарной очистке поля боя входит:

- наблюдение за обеспечением всех членов команды по уборке поля боя специальными комбинезонами или рабочей одеждой, перчатками, фартукам из плотной ткани;
- наблюдение за сжиганием санитарно-опасных материалов на поле боя (перевязочного, подстилочного материала, обрывков одежды), а также за уборкой отходов в ямы или воронки от снарядов.
- участие в выборе места для погребения военнослужащих, погибших в бою (возвышенный участок, незатопляемый во время дождей и весеннего паводка, с уклоном от ближайшего водоема, с песчаной, супесчаной, или суглинистой почвой, хорошо проветриваемый и освещаемый).

Совместно с начальником команды по погребению трупов представитель медицинской службы определяет размеры могил, наблюдает за их рытьем и погребением павших (умерших).

Также он организует санитарно-дезинфекционные мероприятия и оформляет санитарные документы о выполненной работе с обозначением места погребения на карте и подробным перечнем всех санитарных мероприятий в форме докладной записки на имя начальника медицинской службы бригады.

Применение дезсредств производится только при погребении трупов заразных больных.

Гигиеническое воспитание проводится в целях повышения санитарной культуры военнослужащих, профилактики заболеваний, распространения знаний о здоровом образе жизни. Гигиеническое воспитание осуществляется в процессе военно-медицинской подготовки, санитарно-просветительной работы, а также в процессе повседневной деятельности.

5.2. Определение понятия и содержание противоэпидемических мероприятий, проводимых в войсках в боевой обстановке

Противоэпидемические мероприятия — это система мероприятий, направленных на предупреждение возникновения инфекционных заболеваний в войсках, а при их появлении — на быстрейшую локализацию и ликвидацию возникших эпидемических очагов.
--

Это достигается проведением комплекса мероприятий по нейтрализации источников инфекции, разрыву механизма передачи инфекции и созданию невосприимчивости организма к инфекционным заболеваниям.

Они включают в себя:

Мероприятия по предупреждению заноса инфекционных заболеваний с прибывающим в часть пополнением и заражению личного состава от населения, военнопленных и в природных очагах инфекционных заболеваний

Эти мероприятия состоят из:

- медицинского осмотра вновь прибывшего личного состава, возвращающихся из отпусков, командировок и лечебных учреждений, контроля за их санитарной обработкой (при необходимости);

- выявления и учета лиц, переболевших инфекционными заболеваниями;
- изучения санитарно-гигиенического состояния района действий части;
- ограничения контактов с местным населением;
- привлечения местных органов власти, учреждений здравоохранения и населения к проведению противоэпидемических мероприятий;
- оценки степени эпидемической опасности природного очага и риска заражения личного состава, с представлением командиру предложений по защите личного состава от заражения и контроля их выполнения;
- обучения личного состава правилам поведения на территории природного очага.

Медицинский осмотр прибывающего пополнения направлен на предупреждение заноса в войска инфекционных заболеваний. Все новобранцы подлежат медицинскому осмотру с целью выявления среди них инфекционных больных.

Если позволяет боевая обстановка, то за прибывшим пополнением устанавливается наблюдение сроком на 14 суток, а в случае обнаружения инфекционных заболеваний устанавливаются обсервация или карантин на срок не менее одного инкубационного периода выявленного заболевания. Медицинским осмотрам и санитарной обработке подвергаются также лица, прибывшие в часть группами или в одиночном порядке из госпиталей, командировок, отпусков.

Раннее активное выявление инфекционных больных, их немедленная изоляция и эвакуация в инфекционные лечебные учреждения. Эти мероприятия направлены на быстрейшую локализацию возникших в подразделениях и частях эпидемических очагов, на предотвращение распространения инфекционных заболеваний в войсках.

В воинской части выявление инфекционных больных и носителей осуществляется:

- на утренних осмотрах и вечерних поверках командирами подразделений и медицинскими работниками путем опроса личного состава;
- при медицинском осмотре лиц, назначаемых в наряд по столовой, а так же при медицинском обследовании работников питания, водоснабжения и банно-прачечного обслуживания;
- на амбулаторном приеме;
- при телесных осмотрах военнослужащих в бане;
- при плановых медицинских осмотрах и обследованиях.

Все инфекционные больные подлежат изоляции и срочной госпитализации. Для изоляции их и оказания им медицинской помощи в составе медицинского пункта части, медицинской роты, развертываются изоляторы на две инфекции. Инфекционные больные в изоляторах находятся короткое время и оттуда эвакуируются на специально выделенном санитарном транспорте непосредственно в инфекционное лечебное учреждение, минуя, по возможности, другие этапы медицинской эвакуации.

Эпидемиологическое обследование очага инфекционного заболевания в войсках — это способ выявления источника инфекции или условий, вызвавших данное заболевание в воинской части (подразделении). Оно необходимо для принятия более эффективных мер по предупреждению распространения инфекции. Желательно, чтобы эпидемиологическое обследование проводил эпидемиолог, однако в случаях, когда это невозможно, эпидемиологическое обследование проводят врачи частей.

При проведении эпидемиологического обследования уточняется эпидемическая ситуация в воинской части и районе ее расположения, проводится опрос и обследование больного и личного состава, с которым он мог контактировать, осуществляется обследование внешней среды. Все данные анализируются, определяются границы очага и вырабатываются рекомендации.

Медицинский работник, проводящий обследование в очаге инфекционного заболевания, сразу сообщает командиру свое предварительное заключение и дает рекомендации на проведение дезинфекционных, дезинсекционных и других профилактических мероприятий, направленных на ликвидацию очага.

Начальник медицинской службы о каждом случае инфекционного заболевания обязан доложить старшему медицинскому начальнику.

«Карточка эпидемиологического обследования при инфекционном заболевании» заполняется в ходе эпидемиологического обследования случаев острозаразных заболеваний, за исключением гриппа и ангины. Она заполняется врачом части или эпидемиологом и не позднее следующего дня отсылается непосредственному начальнику медицинской службы. Карточка не заполняется при возникновении массовых, однородных инфекционных заболеваний, обусловленных общим, уже установленным источником заражения. В случае возникновения особо опасных инфекции или других необычных для данного района инфекционных заболеваний, начальник медицинской службы немедленно докладывает об этом по команде, используя все наличные средства связи (радио, телефон), соблюдая при этом правила скрытого управления войсками.

Выявление, учет и лечение лиц с хроническими формами инфекционных заболеваний и бактерионосителей. Выявление, учет и санация бактерионосителей, а также больных с затяжными и хроническими формами инфекционных заболеваний, возникновение которых в условиях армейского коллектива особенно вероятно, является постоянной задачей военномедицинской службы. Все выявленные бактерионосители, лица с затяжными, хроническими и скрытыми формами заболеваний немедленно направляются в инфекционные госпитали с соблюдением правил, установленных для эвакуации заразных больных. После эвакуации таких больных в подразделении (части) проводятся заключительная дезинфекция и весь комплекс противоэпидемических мероприятий.

Проведение режимно-ограничительных мероприятий в эпидемическом очаге, обеспечивающих особый режим поведения личного состава. Характер этих мероприятий определяется эпидемиологическими особенностями инфекции и конкретными условиями обстановки.

Дезинфекция, дезинсекция, дератизация

Дезинфекция — комплекс мероприятий, направленных на снижение или уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний на объектах окружающей среды.
--

Выделяют профилактическую и очаговую (текущая и заключительная) дезинфекции.

Профилактическая дезинфекция проводится систематически в местах возможного скопления возбудителей инфекционных болезней (объекты питания и размещения личного состава, места общего пользования и т. д.). Профилактическая дезинфекция организуется и проводится силами и средствами воинской части (соединения) и с участием тыловой службы.

Текущая дезинфекция проводится в изоляторе с момента изоляции до эвакуации (выздоровления) инфекционного больного на следующий этап медицинской эвакуации. Заключительная дезинфекция проводится однократно не позднее трех часов после изоляции и эвакуации больного или подозрительного на инфекционное заболевание.

Медицинская служба организует и проводит дезинфекционные мероприятия, обеспечивает подразделения дезинфекционными средствами, осуществляет медицинский контроль и методическое руководство при проведении дезинфекционных мероприятий.

Дезинсекция представляет собой уничтожение насекомых на предметах обмундирования и белье, в помещениях, полевых сооружениях и на местности; предотвращение нападения насекомых (клещей, блох, комаров и др.) на человека и проникновения их в места расположения личного состава.

Дератизация предусматривает уничтожение грызунов различными методами в закрытых объектах, а по показаниям — и на местности, также меры по предупреждению проникновения грызунов в места расположения личного состава, на продовольственные объекты.

Иммунопрофилактика — это мероприятия, проводимые с целью создать у военнослужащих искусственный иммунитет путем заблаговременной вакцинации (проведения прививок). Прививки могут проводиться в плановом порядке (профилактические прививки) и по эпидемическим показаниям (экстренная профилактика).

Профилактические прививки проводятся в соответствии с принятым календарем прививок. Экстренная профилактика проводится при подозрении на заражение личного состава, находящегося в эпидемическом очаге или при применении противником бактериологического оружия.

Санитарно-просветительная работа должна включать ознакомление личного состава с санитарно-эпидемическим состоянием района действий войск, разъяснение мер личной и коллективной профилактики инфекционных заболеваний.

Объем и характер проводимых в войсках противоэпидемических мероприятий зависят от оценки санитарно-эпидемического состояния войск и района их расположения и диктуются боевой обстановкой. Каждый начальник медицинской службы обязан постоянно иметь отчетливое представление о санитарно-эпидемическом состоянии войск и занимаемого ими района.

На практике используются четыре оценочных качественных показателя санитарно-эпидемического состояния воинских частей, соединений и районов их размещения: благополучное, неустойчивое, неблагополучное и чрезвычайное.

Благополучной в санитарно-эпидемическом отношении считается часть:

- если отсутствуют острозаразные заболевания;
- если имеются единичные инфекционные заболевания среди личного состава не связанные между собой эпидемической цепочкой;
- если отсутствуют условия для их заноса в часть (благополучное санитарно-эпидемическое состояние района);
- если точно известно, что противник не применял бактериологического оружия.

Благополучным в санитарно-эпидемическом отношении считается район:

- если отсутствуют острозаразные заболевания среди населения или есть единичные случаи, не представляющие опасности для заноса их в войска;
- если эпизоотическая обстановка не представляет опасности для войск.

Неустойчивой в санитарно-эпидемическом отношении считается часть:

- при появлении единичных, не наблюдавшихся ранее острозаразных инфекционных заболеваний;
- при появлении единичных инфекционных заболеваний, связанных между собой эпидемической цепочкой;
- при появлении групповых инфекционных заболеваний, но без тенденции к росту;
- при не соблюдении санитарно-гигиенических требований к размещению, водоснабжению, питанию, банно-прачечному обслуживанию личного состава (неудовлетворительное санитарно-гигиеническое состояние части);
- при неустойчивом или неблагополучном санитарно-эпидемическом состоянии района действий части;
- при наличии в соседних районах локализованных очагов бактериального заражения.

Неустойчивым в санитарно-эпидемическом отношении считается район при:

- возникновении среди местного населения не наблюдавшихся ранее групповых инфекционных заболеваний или единичных острозаразных инфекционных заболеваний, связанных общей причиной;

- наличии эпизоотических очагов зоонозных инфекций, представляющих угрозу заноса их в войска;

- санитарно-гигиеническое состояние района действий войск неудовлетворительное.

Неблагополучной в санитарно-эпидемическом отношении считается часть при:

- появлении среди личного состава групповых инфекционных заболеваний, имеющих тенденцию к их дальнейшему распространению;

- появлении массовых инфекционных заболеваний неясной этиологии;

- наличии единичных случаев заболеваний особо опасными инфекциями (ООИ);

- наличии в районе размещения части и в соседних районах очагов ООИ.

Неблагополучным в санитарно-эпидемическом отношении считается район при:

- нарастании количества инфекционных заболеваний среди местного населения;

- обнаружении единичных заболеваний ООИ.

Чрезвычайной в санитарно-эпидемическом отношении считается часть при:

- нарастании числа инфекционных больных среди личного состава в короткий срок, что приводит к потере боеспособности;

- регистрации повторных случаев заболеваний ООИ.

Чрезвычайным в санитарно-эпидемическом отношении считается район при:

- возникновении среди местного населения групповых заболеваний ООИ;

- широком распространении других опасных инфекционных заболеваний;

- активизации природных очагов чумы и появлении заболеваний этой инфекции среди населения.

5.3. Организация обсервации и карантина в войсках

Режимно-ограничительные мероприятия — это комплекс мероприятий, проводимых в целях предупреждения заноса инфекционных заболеваний и их распространения при возникновении эпидемических очагов.

В зависимости от эпидемиологических особенностей инфекции и эпидемической (биологической) обстановки они делятся на усиленное медицинское наблюдение, обсервацию и карантин.

Усиленное медицинское наблюдение — это режимно-ограничительные мероприятия, направленные на раннее активное выявление инфекционных больных и лиц с подозрением на инфекционное заболевание среди военнослужащих.
--

Активное выявление инфекционных больных или лиц, подвергшихся риску заражения, проводится путем опроса, осмотра, термометрии и специальных исследований на этапах медицинской эвакуации, а также в подразделениях.

Показанием для введения усиленного медицинского наблюдения является неустойчивое санитарно-эпидемиологическое состояние воинской

части (соединения) и района ее размещения. Усиленное медицинское наблюдение проводится по указанию начальника медицинской службы.

Обсервация — это комплекс изоляционно-ограничительных мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очага заражения, и предупреждение выноса инфекции за пределы района обсервации.

Ограничительные мероприятия должны предусматривать:

- ограничение общения между военнослужащими подразделений воинской части с военнослужащими других воинских частей (населением);
- запрещение выезда без предварительного проведения экстренной профилактики, полной (частичной) санитарной обработки с дезинфекцией белья, обмундирования одежды), а также ограничения въезда и транзитного проезда через район обсервации;
- запрещение вывоза из района обсервации вооружения, боевой техники и материальных средств без предварительного их обеззараживания;
- выполнение военнослужащими установленных правил поведения в очаге.

В перечень противоэпидемических и лечебно-профилактических мероприятий входит:

- опрос и осмотр военнослужащими (среди населения — путем подворных обходов);
- изоляция, оказание медицинской помощи, лечение раненых и больных, их госпитализация;
- проведение текущей и заключительной дезинфекции, по показаниям — санитарной обработки;
- экстренная профилактика и вакцинация;
- введение строгого противоэпидемического режима работы на этапах медицинской эвакуации в очаге заражения и запрещение эвакуации за пределы омеда;
- контроль за санитарно-эпидемиологическим состоянием воинской части (соединения) и района ее размещения (действия).

Показанием для введения обсервации является неблагополучное санитарно-эпидемиологическое состояние воинской части (соединения) и района ее размещения. Обсервация вводится и отменяется приказом командира воинской части (соединения).

Карантин — комплекс режимных, противоэпидемических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на полную изоляцию очага и ликвидацию инфекционной заболеваемости в нем.

Режимные мероприятия карантина включают:

- вооруженную охрану и оцепление района карантина;
- запрещение выезда из района карантина и строгое ограничение въезда в него;
- максимальное разобщение военнослужащих;
- организацию комендантской службы;

- снабжение воинской части (соединения) через перегрузочные пункты (площадки).

Противоэпидемические и лечебно-профилактические мероприятия в условиях карантина дополнительно предусматривают обязательную ежесуточную двукратную термометрию, которая по времени может совмещаться с проведением специальной экстренной профилактики, также проводится полная санитарная обработка с дезинфекцией обмундирования, обуви и снаряжения, заключительная дезинфекция.

Для проведения в карантине противоэпидемических мероприятий выделяются специалисты из санитарно-эпидемиологических и лечебных учреждений. Показанием для введения карантина является чрезвычайное санитарно-эпидемиологическое состояние воинской части (соединения) и района ее размещения.

Обсервация и карантин отменяются по истечении срока максимального инкубационного периода данного инфекционного заболевания с момента изоляции последнего больного, проведения заключительной дезинфекции и санитарной обработки военнослужащих.

ГЛАВА 6 МЕДИЦИНСКАЯ РАЗВЕДКА

6.1. Задачи медицинской разведки и ее виды

Опыт противоэпидемической защиты войск в локальных войнах, вооруженных конфликтах показал исключительно большое значение медицинской разведки, санитарно-эпидемиологического наблюдения и прогнозирования обстановки.

Медицинская разведка — это сбор данных о природных и социально-экономических условиях территории, о противнике и его медицинской службе, проводимой в интересах организации медицинского обеспечения войск.

Данные медицинской разведки способствуют принятию обоснованного решения по организации медицинского обеспечения войск.

По своему назначению медицинская разведка подразделяется на два вида: медико-тактическую и санитарно-эпидемиологическую.

Медико-тактическая разведка проводится с целью сбора данных для организации лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках и медицинского снабжения.

Задачи медико-тактической разведки:

1. Выявление условий эвакуации раненых и больных, маневра силами и средствами медицинской службы. Для этого:

а) изучаются дороги, определяются условия движения по ним санитарного транспорта, устанавливаются объездные маршруты при разрушении мостов;

б) намечаются вероятные пути выноса там, где не может быть использован транспорт;

в) определяется наличие и планируется использование местных средств эвакуации.

2. Выявление условий для развертывания и работы медицинских подразделений, частей и учреждений. В этих целях определяются помещения, а также участки местности, которые могут быть использованы для развертывания медицинских пунктов и учебных учреждений. Наряду с этим выявляются местные ресурсы, которые могут быть привлечены к штатным средствам в интересах создания лучших условий для размещения, обслуживания и лечения раненых и больных. К ним относятся гражданские лечебные учреждения различных типов и их персонал, предприятия по производству мебели, хозяйственного инвентаря, белья, склады имущества.

3. Выявление местных ресурсов медицинского снабжения (предприятий, производящих медикаменты и их склады, предприятий химической и др. отраслей промышленности, продукция которых может быть использована для медицинского снабжения и т. д.).

Санитарно-эпидемиологическая разведка (СЭР) — мероприятие медицинской службы, направленное на заблаговременное получение и изучение данных о санитарно-эпидемиологическом состоянии района предполагаемого размещения (действия) воинской части (соединения), путей передвижения, а также данных о санитарно-эпидемиологическом состоянии других воинских частей (соединений), находящихся в районе размещения (действия) войск.

Основными задачами санитарно-эпидемиологической разведки являются:

- оценка санитарно-эпидемиологического состояния района размещения (действия) воинской части (соединения), населенных пунктов и его возможного влияния на эпидемическую обстановку в воинской части (соединении);

- оценка сил и средств территориальных медицинских организаций здравоохранения;

- определение возможности взаимодействия с ними в интересах проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий в воинской части (соединении);

- разработка мероприятий по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний в воинской части (соединении).

Санитарно-эпидемиологическая разведка проводится всеми звеньями медицинской службы. Начальник медицинской службы организует СЭР на участке (в полосе, районе) действий своей воинской части (соединения, учреждения).

Основные задачи и объем мероприятий СЭР зависят от оперативно-тактической и санитарно-эпидемиологической обстановки, а также от сил и средств, которыми располагает медицинская служба воинской части (соединения, учреждения).

В зависимости от условий и задач, СЭР проводится медицинскими работниками, разведывательными медицинскими группами, медицинскими работниками в составе общевойсковой разведки, специалистами санитарно-эпидемиологического учреждения (подразделений).

Проведение СЭР предусматривает:

- опрос медицинских, ветеринарных работников, местного населения;
- обследование санитарного состояния населенных пунктов, источников водоснабжения, продовольственных и коммунальных объектов;
- отбор проб материала от людей, животных и на объектах окружающей среды для лабораторного исследования;
- определение возможности использования местных территориальных медицинских и санитарно-эпидемиологических организаций;
- эпидемиологическое обследование выявленных эпидемических, эпизоотических очагов, организация в них первичных мероприятий;
- определение эпидемических показаний к условиям размещения (действия) воинской части (соединения).

Основными методами проведения СЭР являются опрос и визуальное обследование, дополняемые отбором проб материала для лабораторного исследования. В ходе проведения разведки выясняют эпидемические особенности инфекционной заболеваемости населения, наличие эпизоотии у сельскохозяйственных и домашних животных, среди синантропных грызунов, наличие и активность природных очагов инфекционных заболеваний, наличие переносчиков. Кроме того, выявляют инфекционных больных, изучают возможные пути распространения инфекционных заболеваний на данной территории (система сбора и удаления нечистот, мусора и отходов, организация питания и водоснабжения, состояние жилого фонда и др.), санитарное состояние населенных пунктов и территории, систему противоэпидемического обеспечения населения, возможность использования военно-медицинской службой территориальных ресурсов (врачей-специалистов, санитарно-эпидемиологических и медицинских организаций, прачечных, бань и т. п.) для обеспечения эпидемического благополучия населения и воинской части (соединения).

На заключительном этапе СЭР обобщается весь собранный информационный материал и на основании его подготавливаются выводы и предложения, которые исполнители направляют начальнику, организовавшему разведку.

В обороне СЭР часто переходит в санитарно-эпидемиологическое наблюдение, т. е. постоянное наблюдение за ранее обследованной территорией.

Санитарно-эпидемиологическое наблюдение — это метод непрерывного изучения и оценки санитарно-эпидемиологического состояния определенной территории (района дислокации войск), получения сведений о возможности заноса на данную территорию инфекций из эпидемических и эпизоотических очагов, а также об изменениях на ней санитарно-гигиенических условий.

Результаты, полученные при проведении СЭР, служат основанием для объективной оценки санитарно-эпидемиологического состояния воинской части (соединения) и района размещения (действия).

Мероприятия медико-тактической и санитарно-эпидемиологической разведки могут проводиться, как правило, одновременно.

Медицинскую разведку в подразделениях и частях ведут санитарные инструкторы рот, начальники медицинских пунктов батальонов или фельдшера МПБ.

Химическая и радиационная разведка ведется лишь в интересах обеспечения только данного подразделения или части (учреждения) медицинской службы и в план медицинской разведки не включается. Для ведения радиационной и химической разведки медицинская служба имеет приборы, которые позволяют установить уровень радиации (ДП-5В) и наличие основных отравляющих веществ и ядов (ПХР-МВ) на местности, в продуктах питания и воде.

К медицинской разведке, как и ко всем видам разведок, предъявляются следующие общие требования: непрерывность, активность и целеустремленность, своевременность, достоверность и действенность.

Требование **непрерывности** обусловлено тем, что только постоянная осведомленность об изменяющихся условиях в районе размещения и боевых действий войск и санитарно-эпидемическом состоянии войск противника позволяет принять своевременные меры по сохранению боеспособности войск и наиболее эффективно организовать их медицинское обеспечение.

Активность медицинской разведки заключается в настойчивом стремлении всех начальников медицинской службы и лиц, ведущих разведку, всеми средствами и способами добыть необходимые сведения.

Целеустремленность достигается правильным определением объектов, районов и задач медицинской разведки, ведением ее по единому плану и концентрацией основных усилий на выполнение главных задач.

Медицинская разведка должна проводиться **своевременно**, чтобы полученные данные могли быть вовремя и с наибольшей эффективностью использованы для наилучшей организации медицинского обеспечения войск. Запоздалые сведения не имеют практической ценности.

Данные медицинской разведки должны быть **достоверными**. Получение недостоверных данных может привести к проведению мероприятий, не соответствующих реальным условиям обстановки. Достоверность сведений обеспечивается правильным подбором и квалифицированным инструктажем лиц, привлекаемых к разведке, наличием у них необходимого оснащения, сопоставлением их с данными, полученными из других источников.

Действенность медицинской разведки достигается путем принятия неотложных мер по выявленным фактам.

Медицинская разведка ведется всеми звеньями медицинской службы.

Санитарный инструктор роты ведет медицинскую разведку в районе размещения личного состава и боевых действий роты. Главными его

задачами являются выявление (путем опроса) больных с подозрением на инфекционное заболевание и других возможных источников заражения личного состава; выявление удобных путей вывоза (выноса) раненых, наличия складов местности для размещения укрытий для раненых.

Начальник медицинского пункта батальона организует и проводит медицинскую разведку по оси движения МПБ в наступлении и в батальонном районе обороны, в местах размещения личного состава в исходном районе, на марше, привалах и в районах дневного (ночного) отдыха.

Начальник медицинской службы отдельной механизированной бригады организует медицинскую разведку в полосе наступления (обороны) бригады, в исходном районе, на маршрутах движения, в районах привалов.

ГЛАВА 7

ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМ ИМУЩЕСТВОМ И ТЕХНИКОЙ

Учение о войне и армии глубоко раскрывает объективную закономерность повышения роли тыла в войне по мере развития военного дела. На всех этапах развития армии и способов ведения вооруженной борьбы победа в войне все больше зависит от возможности тыла выполнять стоящие перед ним задачи, соответствия способов его работы требованиям военного искусства.

Особое место в системе тыла Вооруженных сил занимает медицинское обеспечение войск и одна из его составных частей — медицинское снабжение и военная фармация.

Профилактика заболеваний, своевременность установления и достоверность диагноза, эффективность лечения и проведения других мероприятий по оказанию медицинской помощи раненым и больным находятся в прямой зависимости от обеспеченности медицинской службы разнообразным медицинским имуществом (лекарственными средствами, перевязочными и шовными материалами, инструментами, приборами и аппаратами и т. д.) Определяя значение медицинского снабжения в годы Великой Отечественной войны, Е. И. Смирнов писал: «В восстановлении здоровья раненых и больных солдат и офицеров исключительно большую роль играет наличие необходимого перечня лекарственных и перевязочных средств, а также хирургического инструментария. Медицинские работники без них не могут сделать ни одного успешного шага в своей деятельности, особенно хирургии...» и далее «Без медикаментов нет практической медицины. Медикаменты были и тогда, когда еще не было врачебной медицины».

Существующая в настоящее время система комплектно-табельного оснащения (КТО) медицинской службы Вооруженных сил прошла длительный период становления и развития. Ее возникновение предопределил характер вооруженной борьбы, коренным образом изменившийся в начале XX в.

Так, в 1925 г. в Главном военно-санитарном управлении (ГВСУ) Красной Армии впервые были сформулированы требования к медицинскому имуществу (МИ), предназначенному для оснащения военных санитаров, фельдшеров и медицинских подразделений воинских частей. Это МИ было сгруппировано по функциональным признакам и особенностям использования в боевой обстановке. Тогда же было предложено дифференцировать номенклатуру МИ для воинских частей в зависимости от выполняемых ими боевых задач, сформулированы основные требования, предъявляемые к МИ для оснащения полевых военно-санитарных учреждений. Было определено, что комплектно-табельное оснащение должно быть минимальным по габаритам и массе, прочным и лучшим по качеству из существующих аналогов, обеспечивающим возможность разделения медицинских формирований на несколько автономных частей, предусматривающим возможность максимального использования нового гражданского оснащения, соответствующим принятым нормам снабжения.

В 1937 г. под руководством ГВСУ начались работы по созданию на автомобильных шасси перевязочных, лабораторий, рентгеновских, стоматологических кабинетов и других медицинских подразделений.

В сентябре 1940 г. на пленуме Учёного медицинского совета при начальнике ГВСУ обсуждались новые подходы к формированию КТО медицинской службы с учетом опыта медицинского обеспечения боевых действий войск в районе озера Халхин-Гол (1939 г.) и Советско-финляндской войне (1939–1940 гг.). За 6 месяцев до начала Великой Отечественной войны был введен в действие новый сборник описей комплектов МИ, составленный на основе последних достижений медицины и позволяющий оперативно вносить изменения в нормирующие документы за счет использования одних и тех же комплектов для норм снабжения различных подразделений, частей и учреждений.

Несмотря на то, что система снабжения медицинским имуществом, работавшая в предвоенные годы, в ходе войны себя в основном оправдала, реальные условия медицинского обеспечения ВС потребовали серьезных корректив в ее структуре и принципах функционирования. Высокая мобильность боевых действий, приводившая к сокращению объемов помощи в полевых условиях, обусловила резкое сокращение номенклатуры функциональных войсковых (в 3–5 раз) и госпитальных (в 2 раза) комплектов. Из имеющихся в начале войны 73 наименований комплектов, сумок и подвижных медицинских установок к 1945 г. на оснащении Красной Армии осталось 45.

Таким образом, опыт медицинского снабжения Красной Армии в годы Великой Отечественной войны подтвердил обоснованность использования комплектов для оказания медицинской помощи раненым и обеспечения развертывания медицинских подразделений, частей и учреждений.

Появление новых средств вооруженной борьбы, а также развитие взглядов на лечебно-эвакуационное обеспечение войск предопределили необходимость дальнейшего совершенствования КТО.

В послевоенные годы были разработаны новые подходы к формированию системы КТО, методология нормирования и определения уровней запасов МИ и комплектов для различных видов ВС и родов войск. В 1960–1962 гг. впервые были разработаны комплекты МИ для оказания помощи раненым и обожженным, пораженным ионизирующим излучением и отравляющими веществами. Одновременно с ним были резко увеличены объемы содержания МИ специального назначения в функциональных комплектах.

В 1975–1990 гг. были разработаны концептуальные подходы к перспективному развитию системы КТО, предназначенной для использования в крупномасштабной войне. Для их реализации, в частности, применялось нормирование медицинского имущества методами многофакторного логико-математического моделирования на основе новых взглядов на построение системы КТО этапов медицинской эвакуации и управления ею.

Однако опыт обеспечения медицинским имуществом подразделений, частей и соединений в Афганистане (1979–1989 гг.) выявил целый ряд противоречий между:

- практикой медицинского обеспечения войск и подходами к медицинскому снабжению;
- величиной и структурой санитарных потерь и номенклатурой, а также количеством медицинского имущества для оказания медицинской помощи;
- реальными возможностями этапов медицинской эвакуации по оказанию медицинской помощи раненым (больным) и уровнями установленными в этих целях запасов медицинского имущества.

Большие проблемы возникли в Афганистане с эксплуатацией стерилизационно-дистилляционных установок (СДП-2, СДП-3) и установок для получения медицинского кислорода (АКДС-70). Во многом эти проблемы были обусловлены жарким климатом, высокогорьем, отсутствием источников водоснабжения и т. д. Комплекты медицинского имущества, за исключением сумок санитара и сумок медицинских войсковых (СМВ), на этапах медицинской эвакуации практически не использовались.

Снизить негативное влияние указанных противоречий на систему медицинского снабжения удалось путем организации обеспечения войск МИ по номенклатуре наиболее важных средств медицинского применения.

На рубеже конца 80-х и начала 90-х годов планировалось начать работу по приведению системы КТО к существовавшим потребностям медицинской службы ВС. Однако распад СССР и последовавшие кардинальные изменения государственного устройства Беларуси вызвали глубокий кризис в военном строительстве, и, как следствие этого, до середины 90-х годов работы по пересмотру и реформированию системы КТО не проводились.

Исходя из этого, при разработке системы КТО был принят ряд компромиссных решений, некоторые из которых, как показала практика применения конкретных образцов комплектов МИ (аптечек, сумок, наборов медицинских), оказались не вполне корректными.

Анализ опыта практического применения комплектно-табельного оснащения Вооруженными силами России в ходе медицинского обеспечения контртеррористических операций на Северном Кавказе показал, что многие средства медицинского применения, входящие в состав комплектов медицинского имущества, не использовались в боевой обстановке. Вместе с тем, штатное оснащение младшего и среднего медицинского персонала практически всегда дополнялось стерильными перевязочными средствами, инъекционными растворами и средствами их введения, шинами и т. д. Комплекты для оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи приходилось доукомплектовывать современными средствами анестезии и реанимации, антибиотиками широкого спектра действия и т. д. Кроме того, специалистами было установлено, что:

- на оснащении отсутствовали в необходимом ассортименте и количестве медицинская техника для рентгенологических исследований, искусственной вентиляции легких, электрохирургическая аппаратура, современные аппараты для сшивания различных органов и т. д.;

- фактический расход медицинского имущества не соответствовал показателям нормирующих документов (наркотические анальгетики, катетеры подключичные и уретральные, устройства для переливания крови и кровезамещающих жидкостей, шприцы для инъекций одноразовые и т. д.);

- некоторые комплекты медицинского имущества не соответствовали реальным потребностям медицинской службы (например, комплект Б-4 — перевязочные средства для обожженных стерильные и др.);

- практически не находили применения в аптеках лекарственные средства, используемые как субстанции для экстенпорального изготовления соответствующих препаратов;

- многие функциональные комплекты медицинского имущества не в полной мере обеспечивали выполнение задач оснащаемых подразделений. В частности, комплекты для аптек не позволяли экстенпорально изготавливать лекарственные средства и проводить контроль их качества;

- стол перевязочный полевой складной в укладочном ящике (СППУ) не обеспечивал полноценного выполнения хирургической обработки ран при их различной локализации;

- типовое оборудование для развертывания этапов медицинской эвакуации морально и физически устарело, часто выходило из строя.

Таким образом, анализ опыта использования комплектов медицинского имущества (аптек, сумок, наборов медицинских), находившихся на обеспечении федеральной группировки войск, подтвердил, что и в современных условиях проблема совершенствования комплектно-табельного оснащения продолжает оставаться актуальной. В практику военной медицины должны внедряться принципиально новые комплекты медицинского имущества, как правило, «двойного назначения», пригодные для применения в стационарных и полевых условиях, отвечающие формируемому со-

временному облику медицинской службы, а также позволяющие принципиально повысить эффективность оказания медицинской помощи раненым и пострадавшим в военных конфликтах и чрезвычайных ситуациях.

В новых условиях к оснащению полевых медицинских подразделений, частей и учреждений предъявляются другие требования, основными из которых являются обеспечение достаточного уровня их мобильности, в т. ч. сокращение сроков развертывания (свертывания), возможность деления на несколько автономных частей и повышение оперативности работы органов медицинского снабжения.

Следовательно, в настоящее время перед медицинской службой Вооруженных сил стоит серьезная задача реформирования комплектно-табельного оснащения медицинских подразделений и частей, в целях приведения ее в соответствие с современным уровнем развития военной медицины.

7.1. Задачи и принципы медицинского снабжения в Вооруженных силах Республики Беларусь в военное время

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

Основные задачи по обеспечению воинских частей медицинским имуществом в военное время:

- планирование, своевременное и полное обеспечение медицинским имуществом частей и соединений;
- создание и эшелонирование запасов медицинского имущества;
- организация и осуществление централизованных и децентрализованных заготовок медицинского имущества;
- контроль порядка истребования, приема, хранения, отпуска и учета медицинского имущества в воинских частях, соединениях и на складах;
- разработка и организация выполнения мероприятий по защите медицинского имущества от воздействия поражающих факторов современных видов оружия, контролю и экспертизе медицинского имущества;
- проведение мероприятий по совершенствованию обеспечения медицинским имуществом;
- участие в разработке и совершенствовании организационно-штатной структуры органов управления и учреждений медицинского снабжения, а также полевого медицинского оснащения;
- разработка и пересмотр норм снабжения медицинским имуществом;
- разработка правовых актов Министерства обороны по организации обеспечения медицинским имуществом;
- контроль выпуска предприятиями промышленности основных видов медицинской техники и имущества для нужд Вооруженных сил;
- организация технического обслуживания и ремонта медицинского имущества и техники;

- осуществление мероприятий по экономному расходованию медицинского имущества, организация использования местных ресурсов;
- организация контрольно-ревизионной работы;
- обобщение опыта организации обеспечения медицинским имуществом и доведение его до воинских частей.

Естественно, что полный перечень и содержание задач по обеспечению медицинским имуществом не одинаковы для мирного и военного времени, так же как и способы, их решения в различных звеньях медицинской службы.

В современных условиях успешному выполнению ряда задач по медицинскому снабжению способствует применение ЭВМ, средств механизации и автоматизации.

Принципы обеспечения медицинским имуществом

Формы и методы организации снабжения медицинским имуществом зависят от принятых общих принципов тылового и медицинского обеспечения Вооруженных сил, а также от экономических возможностей республики, уровня развития отечественной медицинской науки и практики.

Обеспечение медицинским имуществом в Республике Беларусь базируется на сформировавшихся организационных принципах, вытекающих из **централизованного, планового и нормированного натурального довольствия**.

Значимость отдельных принципов более четко может проявиться в мирное время и, наоборот, снижается в военное время, особенно в ходе боевых действий. Некоторые из них имеют прямую или косвенную связь с принципами лекарственного обеспечения, принятыми в нашей республике.

Основными организационными принципами обеспечения медицинским имуществом и техникой Вооруженных сил является **полное и бесперебойное снабжение** воинских частей и учреждений во все периоды их деятельности. Этот принцип является главенствующим.

Принцип бесперебойного снабжения медицинским имуществом позволяет в лучшей мере распорядиться даже крайне ограниченными запасами. В его основу положено централизованное управление запасами медицинского имущества — распределение и подача имущества по распоряжениям органа управления медицинской службы. Он заключается в периодичности представления различных донесений и заявок на медицинское имущество и отпуске его по планам органа управления медицинской службой. Строгое соблюдение этого принципа во всех звеньях создает условия для более ритмичной работы органов управления медицинской службой, медицинских складов как в мирное, так и военное время. Для действующих войск принцип плановости заключается еще и в том, что организация снабжения медицинским имуществом является составной частью общего плана медицинского обеспечения.

Принцип экономичности и бережливости всегда имеет большое значение. Заключается он в продуманном и обоснованном истребовании,

правильном и бережном хранении и использовании, хозяйском и целенаправленном расходовании медицинского имущества.

Принцип высокой готовности заключается в быстром развертывании сил и средств медицинского снабжения. Во многом это достигается чётким мобилизационным планированием и содержанием запасов медицинского имущества в готовности к немедленному отпуску и использованию по прямому назначению.

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

Принцип нормированного натурального довольствия заключается в отпуске медицинского имущества натурой в пределах установленных норм снабжения. Накопленный за длительный период практический опыт показывает, что система натурального довольствия, несмотря на ряд отрицательных сторон (принудительность ассортимента, ограничение номенклатуры, установление норм снабжения и др.), наиболее рационально решает вопросы обеспечения войск медицинским имуществом в различных условиях. В частности, при развертывании, в ходе боевых действий, при перемещении воинских частей и соединений. Некоторые негативные стороны этого принципа удается преодолеть за счет децентрализованных закупок, на что органам управления медицинской службы могут выделяться денежные средства для закупки медицинского имущества непосредственно воинскими частями и соединениями.

Принцип обеспечения главным образом комплектами медицинского имущества отвечает одному из современных важнейших требований, предъявляемых к военно-медицинской службе — быстроте отмотивизованния и оперативности снабжения в ходе боевых действий.

7.2. Медицинское имущество и его классификация

Понятие «медицинское имущество» очень широкое. Оно включает медикаменты, кровезаменители, хирургические инструменты, оборудование специальных кабинетов, подвижную санитарную и медицинскую технику и многое другое. Номенклатура медицинского имущества, применяемого для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных, за исключением отдельных специфических средств (антидотов), аналогичная той, которая используется в гражданских лечебных учреждениях. Однако в практике военно-медицинской службы, особенно в военное время, применяется сокращенный перечень лекарственных средств и медицинской техники, наиболее эффективных и самых необходимых.

Медицинское имущество делится на три основных класса:

1. Медикаменты и расходное имущество (медикаменты, антибиотики, витамины, органотерапевтические и гормональные препараты, бакте-

рийные препараты, реактивы, кровезаменители, дезинфекционные средства, перевязочные и шовные материалы, медицинские расходные предметы, зубоврачебные зуботехнические материалы и принадлежности (расходные), фотолабораторные предметы и рентгеновская пленка (расходные), лабораторная посуда, материалы и принадлежности (расходные), очки и стекла очковые).

2. Медицинское оборудование, техника аппаратура, приборы и инструментарий (врачебные предметы, приборы, аппараты, хирургические инструменты, наборы, аппараты для травматологии, ортопедии и механотерапии, аппараты и приборы для анестезиологии и искусственного дыхания, стерилизационное оборудование, медицинская мебель и оборудование, санитарно-хозяйственное имущество, тара укладочная, медицинская и санитарная техника на шасси, дезинфекционное оборудование, зубоврачебные и зубопротезные приборы, аппараты и инструменты, рентгеновские аппараты и приборы, аппараты для физиотерапевтического кабинета (отделения), электродиагностические приборы и аппараты, аптечное оборудование и мебель, лабораторные приборы, аппараты и инструменты, радиометрическая и дозиметрическая аппаратура, запасные части и инструменты).

3. Комплекты медицинского имущества

Медицинское имущество **по группам** подразделяется на: лекарственные средства, бактериальные препараты и дезинфицирующие средства, реактивы и химикаты, перевязочные средства и шовные материалы, аппараты, приборы, предметы, мебель, санитарно-хозяйственное имущество и др.

По предназначению (порядку использования) медицинское имущество подразделяется на медицинское имущество текущего обеспечения и неприкосновенного запаса («НЗ»), а в военное время, кроме того, на **имущество специального и общего назначения**.

К **медицинскому имуществу специального назначения** относится сравнительно ограниченный перечень наименований предметов, расходуемых в период боевых действий в больших количествах как на поле боя, так и на этапах медицинской эвакуации. Номенклатуру этого имущества определяет военно-медицинское управление. К медицинскому имуществу специального назначения относятся основные антибиотики, кровезаменители, перевязочные материалы, шины, индивидуальные противохимические пакеты, средства для обработки ран, наркозные средства, релаксанты, средства профилактики лучевой болезни, антидоты, сердечно-сосудистые препараты, шприцы, иглы, перчатки хирургические, первичные медицинские карточки.

В ходе боевых действий этот перечень может быть сокращен или расширен, однако во всех случаях он должен включать лишь самые необходимые средства.

Медицинское имущество неприкосновенного запаса предназначено для обеспечения развертывания и функционирования воинских частей и военных

медицинских организаций по штатам и табелям военного времени. Оно включает в себя медицинское имущество как специального, так и общего назначения. Неприкосновенные запасы медицинского имущества имеют различное предназначение и подразделяются на войсковые, оперативные и запасы центра.

К медицинскому имуществу общего назначения относятся расходные и инвентарные предметы медицинского имущества для обеспечения текущих потребностей медицинской службы.

По учетному признаку медицинское имущество делится на **расходное (некатегорийное)** и **инвентарное (категорийное)**.

К **расходному имуществу** относятся предметы разового пользования, используемые непосредственно при их применении (медикаменты бактериальные препараты шовные материалы перевязочные средства и т. п.), а также приходящие в негодность при кратковременном применении (иглы хирургические, боры зубоврачебные, пробирки, аптечная посуда, сетчатые шины и другое имущество).

Это имущество считается израсходованным при выдаче его из аптеки и в медицинских пунктах, отделениях, как правило, не учитывается. Контроль за расходом этого имущества осуществляется по историям болезней, журналам назначений, амбулаторным, операционным журналам. Ведется только учет ядовитых наркотических препаратов и спирта.

Основанием для списания расходного имущества служит рецепт или требование, подписанное начальником — врачом. В действующих войсках расходное имущество выдается на 1–2 дня, в тыловых частях и в мирное время — на 2–5 дней работы.

К **инвентарному имуществу** относятся предметы длительного пользования и применяющиеся многократно (аппараты, приборы, хирургические инструменты, сложные приборы из стекла, резиновые изделия и т. д.).

В условиях мирного времени для этого имущества установлены сроки эксплуатации, а, кроме того, для аппаратуры — межремонтные сроки, от одного ремонта прибора (аппарата) до другого. Учет инвентарных предметов в военное время проводится по их количеству, а также по следующим категориям:

- *первая категория* — имущество новое, не бывшее в употреблении;
- *вторая категория* — имущество, находящееся в эксплуатации и годное к использованию по прямому назначению. К этой категории относится и имущество, подлежащее текущему ремонту, а также после среднего и капитального ремонта;
- *третья категория* — имущество, подлежащее среднему ремонту;
- *четвертая категория* — имущество, подлежащее капитальному ремонту;
- *пятая категория* — имущество, негодное для дальнейшего использования и ремонта (подлежащее списанию).

По нормам снабжения медицинское имущество подразделяется также на **табельное** и **нетабельное**.

Табельным называется такое имущество, которое отпускается вновь формируемой воинской части по нормам и табелям (перечням к штатам). Табель, как принято, разрабатывается с учетом удовлетворения только основных функций данной воинской части.

Нормы снабжения данным имуществом определяются в расчете на личный состав или количество коек, от количества предполагаемых санитарных потерь, от вида и объема медицинской помощи, методами профилактики, диагностики и лечения. Это имущество представлено комплектами, наборами, сумками, аптечками, носилками и т. д.

Материального обеспечения эпизодических или специальных заданий табельное медицинское имущество не предусматривает, поэтому допускается дополнительное истребование имущества.

Все, не вошедшее в нормы снабжения и табеля имущество, называется **нетабельным**. Сюда входят устаревшие, снятые со снабжения предметы, а также новые образцы имущества, которые еще не вошли прочно в практику работы медицинской службы и поэтому не включены в нормы снабжения и табеля.

Медицинская служба Вооруженных сил Республики Беларусь использует, главным образом, лекарственные средства, инструменты, приборы и аппараты, принятые на снабжение гражданских органов здравоохранения. Наряду с этим, медицинской промышленностью специально для военно-медицинской службы изготавливаются некоторые предметы оснащения, которые не имеют гражданские органы здравоохранения (столы операционные полевые складные, полевые рентгеновские аппараты и т. п.).

7.3. Комплект медицинского имущества

Комплектом медицинского имущества называют набор (ассортимент) различных предметов медицинского имущества, специально подобранных по составу, количеству и предназначенных для оказания определенного объема медицинской помощи раненым и больным (в перевязочной, операционной и т. п.) или для оснащения этапов медицинской эвакуации, уложенных в специальную тару.
--

Комплекты формируются по специальным описям, где указаны сроки хранения всех медикаментов. Вся номенклатура медикаментов закодирована, каждый комплект имеет назначение (шифр) с указанием веса, объема, количества мест (ящиков).

Комплектование медицинским имуществом осуществляется в соответствии с табелем и штатами части, учреждения. Так как основу табелей медицинского имущества составляют комплекты, оснащение военно-медицинской службы принято называть комплектно-табельным. В его состав входят аптечки, сумки, наборы, комплекты и отдельные наименования медицинского имущества и техники.

Комплекты медицинского имущества по назначению делятся на **функциональные** и **специального назначения**.

Функциональные комплекты предназначены для обеспечения работы соответствующего функционального подразделения медицинского пункта части, госпиталя, например, перевязочной, приемно-сортировочной. В состав функциональных комплектов входят медикаменты, медицинские расходные предметы и материалы, приборы, аппараты, хирургические инструменты необходимые для выполнения медицинских мероприятий в данном подразделении.

Функциональные комплекты в свою очередь подразделяются на группы:

1. Аптечки: индивидуальная (АИ), войсковая (АВ), десантная (АД) и др.
2. Комплекты для оказания первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи:
 - сумка санитара (СС);
 - сумка медицинская войсковая (СМВ);
 - сумка врача войскового (СВВ);
 - фельдшерский (ПФ);
 - перевязочная большая (В-1);
 - приемно-сортировочный (В-2);
 - специальная помощь (В-3);
 - автоперевязочная (АП-2).
3. Комплекты медицинского имущества для оказания квалифицированной медицинской помощи:
 - операционная малая (Г-7);
 - операционная большая (Г-8);
 - операционные материалы (Г-9);
 - операционные предметы (Г-10);
 - палатный (Г-12);
 - предметы ухода (Г-13);
 - анестезиологический (АН);
 - противошоковый (Ш-1).
4. Комплекты для оснащения аптек и медицинских складов:
 - аптека медицинского пункта части (В-4);
 - аптека ассистентская (Г-5);
 - аптека инъекционная (Г-6);
 - аптечный хозяйственный инвентарь (Г-15);
 - полевая фармацевтическая лаборатория (ПФЛ).
5. Стоматологические комплекты:
 - стоматологический (ЗВ);
 - зубопротезный (ЗП);
 - зуботехнический (оборудование) (ЗТ-1);
 - зуботехнический (инструменты) (ЗТ-2);
 - челюстно-лицевой (УЧ).

6. Комплекты для специальных отделений (кабинетов):

- рентгеновский комплект (АР-2У1);
- рентгеновский (ОР);
- физиотерапевтический малый (ОФ-1);
- физиотерапевтический большой (ОФ-2);
- электродиагностический (ОЭ).

7. Комплекты для оказания специализированной хирургической помощи:

- хирургический (УХ-1);
- торакоабдоминальный (УХ-2);
- травматологический (УХ-3);
- нейрохирургический (УН);
- урологический (УУ);
- гинекологический (УГ);
- ожоговый (УОЖ);
- оториноларингологический (УЛ);
- офтальмологический малый (УО-1);
- офтальмологический большой (УО-2);
- врачебные предметы и хирургические инструменты (Г-21).

8. Комплекты для оказания специализированной терапевтической помощи:

- психоневрологический (УП);
- токсико-радиологический (УТ);
- врачебные предметы и хирургические инструменты на 100 коек терапевтического профиля (Г-22).

9. Комплекты для лабораторий, санитарно-эпидемиологических отрядов и станций переливания крови:

- лаборатория клиническая войсковая (Л-1);
- лаборатория клиническая госпитальная (Л-2);
- лаборатория санитарно-бактериологическая (АЛ-3);
- лаборатория медицинская полевая (ЛМП);
- лаборатория гигиеническая войсковая (ЛГ-1);
- лаборатория гигиеническая основная (ЛГ-2);
- медицинское имущество для заготовки и переработки крови (ПК-1, ПК-2);

10. Комплекты для дезинфекции и санитарной обработки:

- дезинфекция (В-5);
- санитарная обработка (СО).

Комплекты специального назначения предназначены для оперативного снабжения медицинским имуществом войск и медицинских учреждений во время боевых действий, а также срочной подачи имущества в очаги массовых санитарных потерь. Эти комплекты содержат, в основном, медикаменты и другое расходное медицинское имущество и материалы для оказания медицинской помощи определенному контингенту пораженных (имущество специального назначения). К комплектам специального назначения относятся перевязочные средства стерильные (Б-1), шины (Б-2),

перевязочные средства нестерильные (Б-3), перевязочные средства для обожженных (Б-4) и др.

Содержимое комплектов (аптечек, сумок, наборов) устанавливается в соответствии с их предназначением, видом и объемом медицинской помощи. Учитывается и необходимость обеспечения соответствующим оснащением различных медицинских специалистов на том или ином этапе медицинской эвакуации. Количество расходных предметов обеспечивает оказание медицинской помощи конкретному числу раненых и больных.

На разных этапах медицинской эвакуации (омедо (медр), госпитали) некоторые подразделения имеют сходные функции (операционная, аптека, лаборатория и др.), однако объем медицинских мероприятий в них выполняется различный. Для обеспечения их работы требуются разные комплекты, так как простого увеличения количества содержимого одного и того же комплекта недостаточно.

В комплекты, которые предназначены для обеспечения хирургической помощи, включено большое количество хирургических инструментов. Для сокращения времени на подготовку их к операции, предохранения от повреждений при транспортировании, инструменты включаются в комплекты в виде **наборов**. Каждый набор содержит необходимые инструменты в расчете на определенный объем хирургической помощи. Так, в малый перевязочный набор включено 16 наименований инструментов; в большой перевязочный — 50; в малый операционный — 74; в большой операционный — 113 и т. д. Количество инструментов, входящих в набор, обеспечивает замену вышедших из строя инструментов во время операции.

Принятый в военно-медицинской службе на военное время принцип обеспечения медицинским имуществом преимущественно в комплектах, имеет ряд достоинств перед снабжением по отдельным наименованиям. Он позволяет организовать оперативное снабжение войск всем необходимым в ассортименте. Точное расчетное обоснование каждого комплекта значительно сокращает время на выполнение расчетов потребности в имуществе. С помощью комплектов в полевых условиях можно быстро оборудовать и подготовить к приему раненых соответствующее функциональное подразделение, а после окончания работ свернуть его и подготовить к перемещению. Специальные укладки комплектов (чехлы, укладочные ящики) обеспечивают сохранность имущества, особенно при транспортировке.

7.4. Основы организации обеспечения медицинским имуществом и техникой частей и соединений

Снабжение медицинским имуществом и техникой войсковых частей и соединений в военное время осуществляется в соответствии с Инструкцией о порядке обеспечения медицинским имуществом и техникой Вооруженных сил Республики Беларусь.

За организацию обеспечения медицинским имуществом и техникой частей и соединений отвечают соответствующие начальники медицинской службы. Они обязаны:

1. Знать действующие руководящие документы (приказы, наставления, положения и т. п.), регламентирующие организацию медицинского снабжения и руководствоваться ими, проявляя разумную инициативу и настойчивость.

2. Организовывать своевременное истребование и получение положенного медицинского имущества, обеспечение им подразделений, частей, учреждений, а также личного состава

3. Проверять наличие, правильность учета, хранения и расходования медицинского имущества, в том числе ядовитых и наркотических веществ.

4. Руководить экономической работой по медицинскому снабжению.

5. Представлять установленную отчетность.

Снабжение войск медицинским имуществом в военное время осуществляется по схеме: ВМУ МО (отдел медицинского снабжения) — база хранения медицинской техники и имущества — вид ВС (медицинский склад бригады материального обеспечения оперативного командования) — соединение (аптека омедо, отделение медицинского снабжения медр) — воинская часть (аптека) — рота (санитарный инструктор роты).

Санитарный инструктор роты получает медицинское имущество в медицинском пункте батальона.

Начальник медицинского пункта батальона представляет заявку начальнику медицинской службы отдельной механизированной бригады и получает имущество в аптеке омедо (медр).

Начальник медицинской службы отдельной механизированной бригады представляет донесение и заявки на медицинское имущество начальнику медицинской службы оперативного командования, по указанию которого из соответствующего медицинского склада выделенные средства отпускаются в омедо (медр).

Основная задача обеспечения медицинским имуществом состоит в том, чтобы в сложных условиях современных боевых действий своевременно обеспечивать войска всем необходимым, оперативно маневрировать запасами медицинского имущества, иметь его в нужное время и в достаточном количестве, и ассортименте там, где оно наиболее необходимо.

Потребность в медицинском имуществе военных медицинских частей и медицинских подразделений соединений (воинских частей) в медицинском имуществе и медицинской технике в военное время определяется на предстоящий бой или на определенный календарный период. При этом руководствуются нормами имущества, предусмотренными табелем к штату соединения (воинской части) и учитывают потребность войск и медицинских подразделений в период подготовки и в ходе боевых действий.

В целом нормы, предназначенные для обеспечения оказания помощи раненым и больным, подразделяются:

- для оказания доврачебной помощи в медицинском пункте батальона;
- для оказания первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи в омедо (медр) и др.

Пополнение воинских частей медицинским имуществом специального назначения начинается с первого дня боя по фактической потребности, к концу боя табельные запасы доводятся до установленных норм.

При определении потребности в медицинском имуществе учитываются:

- численность личного состава;
- ожидаемые санитарные потери;
- положенные нормы;
- расход за прошедший период снабжения и фактическое наличие медицинского имущества в воинской части;
- установленная периодичность обеспечения и необходимость накопления положенных запасов;
- потребность воинских частей, временно прикрепленных на обеспечение;
- сезонность и другие факторы, в том числе особые условия боя (операции) и организации обеспечения имуществом.

При определении потребности в медицинском имуществе специального назначения используются расчетно-снабженческие единицы (РСЕ). Одна РСЕ содержит запас медицинского имущества для оказания определенного вида медицинской помощи 1000 раненым и больным.

Истребование медицинского имущества осуществляется:

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

Донесения и заявки-наряды представляются в порядке и в сроки, установленные Табелем срочных донесений на военное время.

Отпуск (подвоз) медицинского имущества осуществляют:

- воинским частям, входящим в состав соединения, — медицинский склад и аптека отдельного медицинского отряда (медицинской роты);
- воинским частям, не имеющим по штату медицинского состава, — аптека воинской части, к которой они прикреплены на медицинское обеспечение;
- соединениям, отдельным медицинским отрядам и другим воинским частям, подчиненным оперативным командованиям, — медицинские склады бригад материального обеспечения оперативных командований;
- госпиталям и другим воинским частям — подвижные медицинские склады;
- военным медицинским организациям центрального подчинения, подвижным медицинским складам — база хранения медицинской техники и имущества и предприятия промышленности.

Военно-медицинское управление на основании заявок и планов снабжения выдает наряд (разнарядку) на отпуск имущества из подчиненных медицинских складов. В исключительных случаях склады могут отпускать медицинское имущество на основании телеграфных распоряжений (телефонограмм), которые в последующем подтверждаются нарядом (разнарядкой).

Медицинские склады упаковывают, отпускают и отгружают медицинское имущество с соблюдением правил, изложенных в нормативно-технической документации, а также на основании указаний в наряде (разнарядке).

Медицинская и санитарная техника, смонтированная на автомобилях, отпускается приемщику (водителю машины), который командирован на склад по вызову (извещению) довольствующей медицинской службы или склада, а также может быть отгружена железнодорожным транспортом.

Отпуск медицинского имущества и техники из склада непосредственно приемщику проводится на основании документа, удостоверяющего его личность, и доверенности установленного образца. В отдельных случаях отпуск медицинского имущества может проводиться без доверенности по удостоверению личности приемщика, если на то имеется разрешение военно-медицинского управления.

При получении груза, прибывшего железнодорожным, автомобильным или воздушным транспортом, грузополучатель проверяет исправность пломб, тары, упаковки и количество мест, а, при необходимости, соответствие веса груза указанному в транспортном документе.

Дефекты имущества или другие нарушения, возникшие при железнодорожной (автомобильной, воздушной) перевозке по вине транспортных органов или поставщика (отправителя) и выявленные при приеме груза на железнодорожной станции (в аэропорту), фиксируются в коммерческом акте или акте общей формы, который составляют грузополучатель и представитель транспортного органа.

Медицинское имущество, поступившее в воинскую часть, принимает начальник аптеки. При отсутствии сопроводительных документов или обнаружении повреждений тары, недостачи или порчи имущества для его приема командир воинской части назначает комиссию. Если имущество доставлено приемщиком (сопровождающим), то его прием проводится в присутствии последнего.

Медицинскую и санитарную технику, сложную медицинскую аппаратуру при приеме в воинской части проверяют на комплектность и подвергают испытаниям по основным параметрам. Выявленные неисправности указываются в акте приема и принимаются меры по приведению техники в порядок.

Акт приема имущества составляется по правилам и в сроки, которые установлены соответствующими правовыми актами Республики Беларусь. При получении имущества без дефектов и расхождений с сопроводительными документами акт приема не составляется, а грузоотправителю высылается извещение о получении груза.

В полевых условиях, при хранении медицинского имущества, особое внимание уделяется обеспечению его сохранности, защите от воздействия поражающих факторов современного оружия и внешней среды. С этой целью используются защитные свойства местности, различные сооружения (траншеи, землянки), а также принимаются меры по укрытию и рассредоточенному хранению имущества.

Медицинское имущество, оказавшееся в зоне воздействия современного оружия, может быть использовано только после соответствующей

экспертизы на зараженность и специальной обработки (дезактивации, дезинфекции, дегазации).

Плановое пополнение расходного медицинского имущества общего назначения в межбоевой период осуществляется один раз в месяц по заявкам-нарядам из медицинских складов.

Внеочередная заявка на истребование медицинского имущества и техники пишется по произвольной форме.

Наряду с плановым пополнением и боевым обеспечением может осуществляться экстренная подача расходного и инвентарного имущества для покрытия нужд по распоряжению старшего начальника медицинской службы, не ожидая заявок от частей, соединений, медучреждений («автоматическая выдача»).

7.5. Довольствующие органы, организации и подразделения медицинского снабжения

Обеспечение воинских частей медицинским имуществом организуют органы управления медицинской службы и осуществляют организации (подразделения) медицинского снабжения.

Основными функциями органов управления медицинской службы являются организация обеспечения медицинским имуществом и руководство деятельностью организаций (подразделений) медицинского снабжения.

Важнейшими задачами органов управления являются бесперебойное, своевременное снабжение медицинским имуществом войск и медицинских учреждений, особенно в ходе боевых действий, восполнение его расхода и боевых потерь.

Органами управления медицинской службы являются:

- Военно-медицинское управление МО РФ;
- Медицинская служба ВВС и ПВО;
- Медицинские службы оперативных командований;
- Медицинская служба Транспортных войск МО;

К организациям (подразделениям) медицинского снабжения относятся:

- база хранения медицинской техники и имущества;
- медицинские склады бригад материального обеспечения оперативных командований;
- подвижные медицинские склады;
- отделение медицинского снабжения отдельных медицинских отрядов (медицинских рот);
- аптеки воинских частей и госпиталей.

На организации (подразделения) медицинского снабжения возлагаются прием, хранение, учет медицинского имущества, обслуживание и ремонт медицинской техники, приготовление, комплектование, расфасовка, учет, отчетность и отпуск медицинского имущества.

ГЛАВА 8

ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБОЙ

Исторический опыт свидетельствует, что наличие на оснащении войск даже самого первоклассного оружия и обученного личного состава еще не гарантирует достижения победы в бою. Для разгрома противника надо умело организовать боевые действия и рационально применить имеющиеся силы и средства, гибко и надежно управлять войсками при выполнении боевых задач.

Противоборствующие стороны в любых условиях обстановки будут стремиться к подавлению и уничтожению системы управления, используя самые разнообразные современные средства.

Исследования показывают, что 98 % неудач в деятельности медицинской службы или любого военного медицинского учреждения (части) прямо связаны со слабостью управления. В эти 98 % неудач, в частности, входят:

- управленческая некомпетентность начальника — 45 %;
- пренебрежение функциональными (служебными) обязанностями — 3 %;
- отсутствие опыта в данной области — 9 %;
- отсутствие опыта руководящей работы — 18 %;
- недостаточность специальных знаний — 20 %.

В 63% случаев причинами неудачной работы организации являлись некомпетентность в управлении и отсутствие управленческого опыта.

В медицинской службе, как и в других организационных структурах Вооруженных сил, стремительно растет цена ошибочных решений. Поэтому высокий, качественно отличный от существующего, уровень подготовки всех категорий военно-медицинских специалистов в области теории и практики управления является необходимым и насущным требованием.

Термин «управление» объединяет все направления, аспекты и школы управленческой деятельности — организационные, психологические, методологические, экономические и др. В своей совокупности они представляют уже сложившуюся науку — общую теорию управления, а в военной области — теорию управления войсками.

Опыт медицинского обеспечения локальных войн и вооруженных конфликтов последних лет, последствий чрезвычайных ситуаций обуславливает коренные преобразования в руководстве подчиненными силами и средствами, способствует организационному становлению теории управления медицинской службой и выделению ее в относительно самостоятельную отрасль военно-медицинской науки.

8.1. Определение понятия и принципы управления медицинской службой

Управление медицинской службой заключается в повседневном руководстве ее силами и средствами, направленном на оптимальное их применение при решении задач медицинского обеспечения войск.

Сущность управления медицинской службой состоит в целенаправленной деятельности начальника медицинской службы (органов управления) по всесторонней подготовке и поддержанию в постоянной боевой и мобилизационной готовности подчиненных подразделений, военных медицинских частей и организаций к медицинскому обеспечению Вооруженных сил, в сосредоточении основных усилий на успешном выполнении задач, стоящих перед медицинской службой, путем наиболее эффективного использования всех имеющихся сил и средств.

Обязательными элементами системы управления являются:

1. Орган военного управления.
2. Объекты военного управления (подчиненные органу управления подразделения, воинские части, организации или отдельные исполнители).
3. Средства управления, обеспечивающие прямую и обратную связь между органом и объектом управления.

Управление медицинской службой включает:

- непрерывное добывание, сбор, изучение и оценку данных обстановки, необходимых для организации медицинского обеспечения;
- принятие решения, планирование медицинского обеспечения войск и постановку задач подчиненным;
- руководство подготовкой частей и подразделений по медицинскому обеспечению боя, их деятельностью при выполнении поставленных задач и оказание им помощи;
- организацию и осуществление мероприятий по повышению (поддержанию) боевой готовности частей и подразделений медицинской службы и идеологической работе в них;
- обеспечение взаимодействия между подчиненными частями и подразделениями медицинской службы, а также взаимодействие с другими службами и медицинской службой соседних соединений (частей);
- организацию руководства медицинской службой.

Вышей и конечной целью процесса управления является оптимизация действий подчиненных, т. е. получение возможно больших полезных результатов при наименьших усилиях и затратах материальных средств.

Оптимизация достигается:

- полнотой информации, ее своевременностью;
- компетентностью (квалификацией) органов управления;
- своевременностью команд;
- готовностью управляемой системы выполнить команду;
- постоянством контроля и помощи подчиненным;
- непрерывностью прямой и обратной связи.

Управление медицинской службой должно быть устойчивым, непрерывным, оперативным и скрытым.

Устойчивость и непрерывность управления достигается:

- постоянным знанием реально сложившейся обстановки;

— правильным уяснением задачи;
— своевременным принятием решения и четкой постановкой задач подчиненным;

— наличием связи с начальниками и подчиненными и надежностью ее работы.

Оперативность управления заключается:

— в быстром реагировании на изменения обстановки;
— в своевременной коррекции принятого решения и поставленных подчиненным задач;

— в умении применить наиболее целесообразные методы работы и выполнять поставленные задачи в установленные сроки.

Скрытное управление медицинской службой заключается в сохранении в тайне всех мероприятий, связанных с подготовкой и ведением боя. Это достигается доведением до подчиненных только тех данных обстановки (решения), которые необходимы для выполнения стоящих задач, соблюдением правил и порядка переговоров по техническим средствам связи, кодированием документов, использованием таблиц позывных и сигналов, переговорных таблиц и кодированных карт.

Принципы управления медицинской службой:

- принцип единства государственного и военного управления;
- принцип единоначалия, централизации управления с предоставлением подчиненным инициативы в определении способов выполнения поставленных задач;
- принцип личной ответственности начальников (командиров) за принимаемые решения, применение подчиненных сил и средств и результаты выполнения поставленных им задач.

Теория управления медицинской службой имеет свою методологию, которая представляет собой комплексную систему знаний различных областей наук об объекте исследования и предполагает применение совокупности (системы) методов, методик и моделей, ведущих к достижению цели. Она решает свои задачи путем теоретического обобщения фактического материала на основе абстрактного научного познания и практической проверки выдвигаемых положений и выводов.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что теорию управления медицинской службой можно рассматривать как составную часть военно-медицинской науки, занимающуюся всесторонним исследованием процессов управления медицинской службой и разработкой научных рекомендаций по его совершенствованию.

8.2. Методы и последовательность работы начальника медицинской службы части при выработке решения и оформлении плана медицинского обеспечения

Под методами управления понимается определенный порядок и приемы работы начальника медицинской службы (и его органа управления) при решении конкретных задач управления в период подготовки и в ходе боя.
--

Во всех случаях организация и методы работы должны обеспечивать:

- твердое и непрерывное управление подчиненными силами и средствами;
- своевременное принятие решений, планирование и организацию медицинского обеспечения;
- предоставление подчиненным максимально возможного времени для подготовки к выполнению поставленных задач;
- оперативное реагирование на изменения обстановки;
- наиболее эффективное использование штатных и приданных сил и средств.

Работа начальника медицинской службы по организации медицинского обеспечения может проводиться методом параллельной или последовательной работы, а иногда и в сочетании.

Метод параллельной работы является основным. Этот метод применяется при коротких сроках, отводимых на подготовку медицинского обеспечения войск. При таком методе организации работы мероприятия по подготовке медицинского обеспечения осуществляется относительно одновременно во всех звеньях управления. Каждая нижестоящая инстанция приступает к постановке задач подчиненным и планированию после того, как вышестоящая инстанция примет решение и поставит задачу подчиненным устно (письменно) до завершения планирования на своем уровне.

При этом начальник медицинской службы приступает к постановке задач подчиненным и планированию после ознакомления с решением своего командира и устными (письменными) указаниями вышестоящего начальника медицинской службы.

Метод последовательной работы применяется при длительных сроках подготовки боя. При этом методе каждая нижестоящая инстанция начинает работать после принятия решения и завершения планирования в вышестоящей инстанции на основе полученной выписки из боевого приказа. Начальник медицинской службы включается в работу после ознакомления с решениями командира и указаниями вышестоящего начальника медицинской службы. К работе привлекается строго ограниченный круг должностных лиц.

Метод последовательной работы позволяет готовить в полном объеме необходимые расчетно-справочные данные, тщательно оценивать различные варианты решений. Он в большей степени обеспечивает скрытность разработки намечаемых мероприятий.

Он дает возможность вышестоящему начальнику медицинской службы после окончания им планирования активно помогать подчиненным в планировании медицинского обеспечения их частей.

Основной недостаток метода состоит в том, что при такой организации работы процесс планирования занимает слишком много времени.

Основным и важнейшим содержанием работы начальника медицинской службы (и его органа управления) в период подготовки боя является:

- уяснение замысла и решения командира;

- постановка задач подчиненным;
- оформление своего решения в виде плана медицинского обеспечения соединения.

Последовательность работы начальника медицинской службы и содержание этой работы при планировании медицинского обеспечения следующая:

1. Сбор исходной информации.
2. Уяснение задачи.
3. Расчет времени.
4. Подготовка и отдача предварительных распоряжений.
5. Оценка обстановки.
6. Изучение решений командира и начальника тыла — заместителя командира по тылу.
7. Принятие решений и доклад предложений по медицинскому обеспечению.
8. Планирование медицинского обеспечения.
9. Оформление результатов планирования на рабочей карте, в пояснительной записке, в распоряжениях по службе, представление плана медицинского обеспечения на утверждение командиру.
10. Постановка задач подчиненным, организация взаимодействия.
11. Практическая работа в подразделениях.
12. Доклад о готовности медицинской службы и выполненных мероприятиях.

Основным содержанием работы начальника медицинской службы в подготовительном периоде является **принятие решения на организацию медицинского обеспечения бригады в предстоящем бою.**

Исходными данными для принятия решения начальником медицинской службы на организацию медицинского обеспечения бригады в предстоящем бою являются:

- данные тактической, тыловой и медицинской обстановки;
- решение командира на организацию боя и заместителя командира по тылу на организацию тылового обеспечения бригады;
- указания начальника медицинской службы оперативного командования об организации медицинского обеспечения бригады в предстоящем бою, донесения, представляемые подчиненными о состоянии медицинской службы части (соединения).

От командира бригады (начальника штаба) начальник медицинской службы получает следующую информацию:

- цели, задачи и размах предстоящего боя;
- замысел командира и намечаемый боевой порядок своих войск и направление главного и других ударов;
- общая характеристика противника и его возможности по воздействию на наши войска, в том числе по применению средств массового поражения;
- силы и средства, придаваемые для ведения боя, районы и сроки их прибытия;

- перечень вопросов по медицинской службе, интересующих командира;
- сроки готовности войск к предстоящему бою;
- сроки представления начальниками служб (в том числе начальником медицинской службы) предложений по организации материального (медицинского) обеспечения и планов для их утверждения.

От заместителя командира по тылу — сведения о расположении тыловых частей и подразделений, порядке и путях подвоза материальных средств, возможности использования транспорта для эвакуации раненых и больных, об организации управления, охраны и обороны тыла и т. д.

Начальник медицинской службы бригады устанавливает рубежи и сроки развертывания омедо (медр), объем медицинской помощи раненым и больным на этапах медицинской эвакуации, порядок эвакуации раненых и больных, сообщает данные о выделении средств усиления, об организации взаимодействия.

Подчиненные представляют начальнику медицинской службы сведения о количестве раненых и больных в подразделениях и в медицинских пунктах батальонов и медицинской роте, наличии имущества специального назначения, потерях в личном составе и оснащении, санитарно-эпидемическом состоянии личного состава в районе расположения бригады.

Содержание работы начальника медицинской службы

После тактического (оперативного) ориентирования начальник медицинской службы уясняет задачу медицинской службы.

Уяснить задачу медицинской службы — значит понять цель и характер боевых действий бригады, задачи, поставленные командованием и вышестоящим начальником медицинской службы, условия, в которых их предстоит решать, срок подготовки медицинской службы.

На организацию медицинского обеспечения бригады могут оказать решающее влияние:

- глубина задач, ширина полосы наступления (обороны);
- время и место применения средств массового поражения;
- санитарно-эпидемическое состояние своих войск, войск противника и района боевых действий;
- особенности рельефа местности, метеоусловия;
- силы и средства медицинской службы, выделяемые старшим начальником.

Фактически в ходе уяснения задачи начальник медицинской службы формулирует предварительный замысел своего решения на организацию медицинского обеспечения боя.

Уяснив задачу, он определяет мероприятия, которые нужно провести немедленно для быстрой подготовки службы к выполнению задачи, производит расчет времени, ориентирует своих подчиненных о предстоящей задаче и отдает им **предварительные распоряжения**.

Расчет времени производится с целью определения бюджета времени, которым располагает медицинская служба для подготовки к обеспечению боевых действий, наиболее рационального его распределения по мероприятиям, направленным на эту подготовку.

Расчет времени проводится для своевременного проведения медицинской службы в состоянии полной готовности к обеспечению бригады в предстоящем бою.

При расчете времени определяется:

- общий бюджет до начала боя;
- время, которым располагает начальник медицинской службы для ориентирования подчиненных, отдачи предварительных распоряжений,
- время, необходимое для планирования медицинского обеспечения, постановки задач подчиненным и организации сил и средств медицинской службы.

Во всех случаях начальник медицинской службы возможно большее количество времени выделяет подчиненным, оставляя для себя лишь необходимый минимум.

Общий бюджет времени исчисляется с момента ориентирования (получения задачи) до срока готовности медицинской службы к бою.

Предварительные распоряжения

В ходе выработки решения начальник медицинской службы отдает предварительные распоряжения подчиненным с целью своевременного ориентирования их о предстоящей боевой задаче и проведении необходимых подготовительных мероприятий по службе. Особое значение приобретает отдача предварительных распоряжений при ограниченном времени на подготовку сил и средств к медицинскому обеспечению предстоящего боя.

Предварительные распоряжения отдаются устно, а также через связных или по техническим средствам связи. Об отданных распоряжениях начальник медицинской службы делает запись в журнале отданных и полученных распоряжений. Содержание предварительных распоряжений зависит от конкретной обстановки и задач, стоящих перед медицинской службой, и обычно включает:

- порядок и сроки высвобождения омедо (медр) (МПБ) от раненых и больных, подготовки к свертыванию и перемещению;
- порядок и сроки пополнения запасов имущества, ремонта техники;
- объем и сроки проведения боевой подготовки личного состава;
- порядок инженерного оборудования развешиваемых этапов медицинской эвакуации;
- состав и сроки подготовки групп для проведения медицинской разведки;
- срок подготовки транспорта медицинской службы к выдвигению;
- порядок, место и время постановки задач подчиненным;
- порядок организации связи и другие наиболее срочные и трудоемкие мероприятия.

Оценка обстановки

Сущность оценки обстановки состоит в ее анализе с целью выявления условий и факторов, оказывающих положительное или отрицательное влияние на медицинское обеспечение войск и здоровье личного состава бригады, в определении мероприятий, обеспечивающих наиболее эффективное использование положительных и максимальное ослабление действия отрицательных факторов обстановки.

При оценке обстановки обычно анализируются противник, свои войска и соседи, местность, метеорологические условия, время года и суток, радиационная и химическая обстановка, организация тыла, силы и средства медицинской службы.

Оценку каждого из элементов обстановки завершают выводы, важные для организации медицинского обеспечения войск. На основе выводов намечаются необходимые мероприятия медицинской службы, которые отражаются в предложениях начальника медицинской службы по организации медицинского обеспечения бригады в предстоящем бою.

Выводы, сделанные после оценки каждого элемента обстановки, сопоставляются между собой и учитываются во взаимосвязи. При оценке обстановки начальник медицинской службы анализирует тактические и медицинские ее факторы в неразрывной связи.

Цель анализа тактической обстановки заключается в том, чтобы определить степень напряженности предстоящих боевых действий, вероятную величину и структуру санитарных потерь и их распределение по периодам боя; условия деятельности медицинской службы в данной конкретной обстановке, организацию медицинского обеспечения бригады при выполнении стоящей боевой задачи.

Оценка противника

При оценке войск противника изучаются и анализируются:

- а) состав (группировки войск), их вооружение и техническое оснащение;
- б) возможности по применению различных средств поражения;
- в) возможный характер действий;
- г) санитарно-эпидемическое состояние.

Оценка своих войск и соседей

При оценке своих войск и соседей оцениваются:

- а) состав, положение, боеспособность своих войск;
- б) боевые задачи бригады, характер действий войск при их выполнении;
- в) действия соседей и условия взаимодействия с ними;
- г) санитарно-эпидемическое состояние.

Оценка местности, метеорологических условий

При оценке местности и метеоусловий анализируются:

- а) характер местности, рельеф, растительность, населенные пункты, дорожная сеть, водоемы, вероятные объекты воздействия средств массового поражения;

- б) метеорологические условия (состояние погоды, время года и суток);
- в) санитарно-эпидемическое состояние района боевых действий.

Оценка радиационной, химической и бактериологической обстановки

В ходе оценки радиационной, химической и бактериологической обстановки анализируются:

- а) наиболее вероятные районы (объекты) ударов ОМП в ходе боя;
- в) направление распространения радиоактивного облака, паров ОВ (СДЯВ);
- г) возможные меры защиты личного состава войск, сил и средств медицинской службы.

Возможные выводы:

Возможная величина санитарных потерь

На основе оценки противника, своих войск, местности, метеоусловий, радиационной, химической и бактериологической обстановки производится расчет возможных санитарных потерь бригады в предстоящем бою.

Вероятные санитарные потери, характер и рубежи их возникновения начальник медицинской службы бригады определяет на основе данных, полученных от командования. При отсутствии таких данных оценивается вероятность их возникновения и возможные рубежи наибольших санитарных потерь.

Расчет санитарных потерь производится в абсолютных числах и в процентах от численности личного состава, отдельно от обычного оружия, а также больными и при возможном применении противником ОМП.

Если ожидаемые санитарные потери определить не представляется возможным, то планирование работы этапов медицинской эвакуации осуществляется путем анализа опыта организации медицинского обеспечения предшествующих боевых действий, определения содержания и объема работы ЭМЭ, при поступлении различного числа раненых и больных.

Оценка организации тыла

При оценке тыла анализируются:

- а) размещение тыловых подразделений, предполагаемый маневр ими в ходе боя;
- б) порядок подвоза материальных средств в период подготовки и в ходе боя;
- в) пути подвоза материально-технических средств и эвакуации раненых;
- г) организация защиты, охраны и обороны тыла бригады.

Оценка сил и средств медицинской службы

При оценке сил и средств медицинской службы анализируют:

- а) укомплектованность ее личным составом, транспортом и медицинским имуществом;
- б) опыт работы медицинской службы в боевых условиях, состояние транспортных средств и имущества;

в) расположение сил и средств медицинской службы, соответствие этого расположения боевой задаче бригады и условиям обстановки;

г) загрузка медпунктов (медицинской роты) ранеными и больными и их эвакуационная характеристика, порядок медицинской эвакуации;

д) возможности медицинской службы по оказанию медицинской помощи и эвакуации раненых и больных;

е) соответствие имеющихся сил и средств медицинской службы объему работы в предстоящем бою.

В соответствии с полученными данными оценки обстановки планируются:

- возможный маневр силами и средствами медицинской службы;
- потребность и обеспеченность силами и средствами медицинской службы, состояние и готовность их к выполнению предстоящей задачи;
- возможный объем медицинской помощи в омедо (медр), в МПБ;
- порядок медицинской эвакуации;
- порядок обеспечения медицинским имуществом в ходе боя;
- резерв сил и средств медицинской службы;
- необходимая помощь командира бригады и вышестоящего медицинского начальника в выполнении задач медицинской службы.

После оценки сил и средств медицинской службы делаются выводы:

• об обеспеченности силами и средствами медицинской службы, их состоянии и готовности к выполнению предстоящей задачи, ориентировочной потребности в средствах усиления;

• о соответствии сил и средств медицинской службы боевой задаче, которая поставлена бригаде;

• о необходимости мероприятий по изменению места расположения медпунктов.

В ходе оценки обстановки определяются вопросы, подлежащие согласованию с начальниками других служб.

Работу по оценке обстановки начальник медицинской службы завершает общими выводами, которые берутся в основу решения начальника медицинской службы бригады в предстоящем бою.

В выводах отражаются:

• наиболее важные условия организации медицинского обеспечения войск в предстоящем бою и задачи медицинской службы;

• основные мероприятия по подготовке медицинской службы к предстоящему бою;

• ожидаемые санитарные потери;

• потребность в силах и средствах медицинской службы и обеспеченность ими;

• наиболее целесообразная группировка (расположение) сил и средств медицинской службы к началу боевых действий и намечаемый маневр ими в ходе боя;

- основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, а также мероприятия медицинской службы по защите личного состава войск от средств массового поражения;

- необходимая помощь со стороны командования и вышестоящего начальника медицинской службы.

Для принятия решения и планирования начальнику медицинской службы необходимы следующие основные расчетные данные:

- величина и структура санитарных потерь, их распределение по видам оружия;
- потребность в транспортных средствах для эвакуации раненых и больных;
- потребность в силах и средствах для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных;
- потребность в медицинском имуществе специального назначения;
- потребность в крови, ее препаратах и заменителях.

Организация медицинской разведки (рекогносцировки)

Медицинская разведка в бригаде организуется лично начальником медицинской службы, выполняется назначаемыми им должностными лицами.

Организация и задачи медицинской разведки зависят от конкретной обстановки и от бюджета времени, которым располагает начальник медицинской службы. При недостатке времени он может ограничиться получением сведений из штаба, от вышестоящего начальника медицинской службы, а также изучением топографической карты и др. документов.

Принимая решение по организации медицинской разведки, начальник медицинской службы определяет:

- задачи, объекты и районы, на которых следует сосредоточить основные усилия разведки;
- состав разведывательной группы, необходимое имущество и средства передвижения, а также маршруты движения, сроки начала и окончания разведки;
- сроки, место и порядок предоставления донесений о результатах разведки.

В ходе медицинской разведки уточняются на местности условия сбора и выноса (вывоза) раненых, пути эвакуации, районы развертывания этапов медицинской эвакуации, возможность использования местных ресурсов, санитарно-эпидемическое состояние и другие вопросы.

Доклад по медицинской службе командиру бригады

В период разработки решения на предстоящий бой командир бригады может заслушать предложения по организации медицинского обеспечения. Поэтому начальник медицинской службы должен быть всегда готов к докладу этих предложений, а также соответствующих справок и расчетов.

На основании решения начальник медицинской службы бригады осуществляет планирование медицинского обеспечения соединения (части).

При этом уточняются содержание мероприятий медицинского обеспечения, последовательность, сроки их выполнения, исполнители, проводятся необходимые расчеты и разрабатываются документы управления.

План медицинского обеспечения подписывается начальником медицинской службы. План утверждается заместителем командира бригады по тылу и оформляется на карте с приложением пояснительной записки.

На карте отражаются:

- линия соприкосновения войск с противником;
- задачи своих войск;
- разграничительные линии;
- расположение сил и средств медицинской службы бригады в исходном положении, перед началом боя и предполагаемый маневр ими в ходе боя;
- силы и средства вышестоящего начальника, выполняющие задачи в интересах медицинской службы бригады;
- пути эвакуации раненых и больных;
- пункты управления и другие данные в объеме, необходимом для руководства медицинской службой.

План медицинского обеспечения подписывается начальником медицинской службы. План утверждается заместителем командира бригады по тылу и оформляется на карте с приложением пояснительной записки.

Пояснительная записка содержит расчетно-информационные таблицы, а также те положения решения, которые не могут быть изображены на карте графически.

В таблицах представляются расчет возможных санитарных потерь, нуждаемость в эвакуации раненых различными видами транспорта, потребность и обеспеченность силами и средствами медицинской службы.

В пояснительной записке содержатся положения плана, которые не могут быть изображены графически.

Пояснительная записка включает следующие разделы:

1. Основные задачи медицинской службы.
2. Состав сил и средств медицинской службы.
3. Возможные санитарные потери.
4. Лечебно-эвакуационные мероприятия.
5. Санитарно-эпидемиологический надзор и противоэпидемические мероприятия.
6. Мероприятия по медицинской защите личного состава войск от ОМП, защита, охрана и оборона частей и учреждений медицинской службы.
7. Организация обеспечения медицинским имуществом, техническое обеспечение медицинской службы.
8. Организация взаимодействия.
9. Управление медицинской службой.

8.3. Управление медицинской службой в ходе боевых действий, порядок поддержания связи

Управление медицинской службой в ходе боя должно быть направлено в первую очередь на обеспечение непрерывности и своевременности в проведении всех мероприятий, предусмотренных решением на организацию медицинского обеспечения боевых действий. Это может быть достигнуто лишь при соблюдении требований к управлению рассмотренных выше.

Резкая изменчивость обстановки может приводить к тому, что ранее установленный порядок медицинского обеспечения уже не будет ей соответствовать (полностью или частично). Потому начальник медицинской службы должен постоянно следить за изменениями обстановки, своевременно уточнять ранее принятое решение и об этих изменениях ставить в известность подчиненных.

Для достижения оперативности, твердости, непрерывности, скрытности и гибкости управления медицинской службой в ходе боя ее начальнику необходимо:

- своевременно добывать и анализировать данные обстановки, которые могут оказать влияние на медицинское обеспечение;
- принимать (уточнять) решения по организации медицинского обеспечения, настойчиво добиваться выполнения подчиненными поставленных задач;
- при необходимости докладывать командиру бригады и начальнику медицинской службы оперативного (оперативно-тактического) командования об изменениях обстановки и принимаемых решениях;
- поддерживать постоянную связь с подчиненными и приданными подразделениями медицинской службы, своевременно ставить им задачи и контролировать их исполнение;
- оказывать помощь подчиненным и при необходимости усиливать подразделения медицинской службы личным составом, транспортом и медицинским имуществом;
- своевременно представлять установленные донесения (отчеты).

Сбор и обобщение данных обстановки проводится непрерывно, активно и целеустремленно. В первую очередь собираются данные, необходимые начальнику медицинской службы для принятия решения по внесению изменений в организацию медицинского обеспечения бригады в соответствии с требованиями конкретно сложившейся обстановки.

Источниками информации об обстановке являются:

- указания командира бригады о тактической обстановке;
- решения заместителя командира по тылу об организации тыла, материальном и техническом обеспечении войск в ходе боевых действий;
- данные о медицинской обстановке от подчиненных и при личном посещении медицинских подразделений;
- указания вышестоящего начальника медицинской службы по организации медицинского обеспечения в ходе боевых действий.

В целях своевременного получения информации об обстановке начальник медицинской службы постоянно поддерживает связь с командиром, заместителем командира по тылу. Он может находиться на КП бригады для уточнения обстановки, доклада о состоянии медицинской службы и принимаемых им решениях по медицинскому обеспечению, а также для получения указаний от командира.

Последовательность и методика оценки обстановки и принятия решения начальником медицинской службы в ходе боя

Оценка обстановки в ходе боя будет осуществляться начальником медицинской службы в условиях, когда он не будет располагать достаточным временем для всесторонней ее оценки в той последовательности и объеме, как рассмотрено выше. В этих условиях он должен принимать решения в крайне сжатые сроки, что требует умения выделять главные, решающие элементы обстановки.

Поступившие данные об изменении боевой, тыловой и медицинской обстановки сравниваются с имеющимися, обобщаются, анализируются и наносятся на рабочую карту начальника медицинской службы.

В результате анализа обстановки начальник медицинской службы делает выводы:

- о степени выполнения подчиненными поставленной перед ними задачи;
- о возможном характере боевых действий в ближайшее время;
- об условиях деятельности медицинской службы и стоящей перед ней задачи в сложившейся обстановке;
- о характере санитарных потерь (величине и структуре), загруженности этапов медицинской эвакуации в данный момент и организации лечебно-эвакуационных мероприятий;
- о соответствии сил и средств медицинской службы в создавшейся обстановке и о маневре ими в ходе боя;
- о необходимости маневра объемом и видами медицинской помощи;
- о нуждаемости в помощи со стороны командира бригады, старшего начальника медицинской службы.

На основании выводов из оценки обстановки начальник медицинской службы принимает решение по организации медицинского обеспечения в ходе боя, которое включает следующие вопросы:

- уточнение задач медицинской службы в сложившейся обстановке, объема медицинской помощи в оmedo (медр), МПБ;
- уточнения в организации выноса (вывоза) раненых с поля боя и очагов массовых санитарных потерь;
- необходимость усиления подразделений средствами сбора и эвакуации раненых и больных;
- использование резерва сил и средств медицинской службы;

- конкретизация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, необходимость проведения которых вытекает из сложившейся обстановки;

- проведение мероприятий по защите медицинской роты от оружия массового поражения, ее охране и обороне;

- уточнение организации обеспечения медицинским имуществом;

- управление и связь в ходе боя.

В соответствии с принятым решением начальник медицинской службы отдает подчиненным боевые распоряжения. Для ускорения оформления и передачи распоряжения рекомендуется использовать бланки формализованных документов, содержание которых отражается и учитывается в журнале отданных и полученных распоряжений.

Порядок управления медицинской службой бригады в ходе боя определяется изменениями боевой, тыловой и медицинской обстановки. Эти изменения приводят к несоответствию ранее установленной организации медицинского обеспечения.

Для приведения в соответствие организации медицинского обеспечения конкретным изменениям обстановки начальник медицинской службы использует маневр подчиненными ему силами и средствами.

Под **маневром силами и средствами медицинской службы** понимается проведение мероприятий, направленных на наиболее рациональное их использование при выполнении задач, возникающих перед медицинской службой в изменяющихся условиях.

Конкретные формы маневра определяются условиями обстановки, задачами, возникающими перед медицинской службой, а также характером самих сил и средств.

Основными видами маневра силами и средствами медицинской службы бригады являются:

1. Перемещение медицинской роты бригады:

- а) перемещение скачком;

- б) эшелонированное перемещение;

- в) рассредоточение по фронту.

2. Маневр объемом медицинской помощи.

3. Маневр личным составом (кадрами).

4. Маневр санитарным транспортом и медицинским имуществом.

Разнообразие форм маневра еще больше возрастает, если учесть, что начальник медицинской службы при организации маневра медицинской службой может использовать несколько способов в зависимости от конкретной обстановки.

Каждый из видов маневра имеет свои достоинства и недостатки, которые необходимо учитывать при организации медицинского обеспечения бригады.

При маневре перемещением скачком медицинская рота свертывается, перемещается на новый рубеж и развертывается для приема раненых и больных. Маневр перемещением скачком используется при отсутствии в распоряжении у начальника медицинской службы подвижного отделения. Недостаток маневра — нарушение непрерывности в оказании установленного вида медицинской помощи в период свертывания, перемещения и развертывания медицинской роты.

Маневр эшелонированным перемещением предусматривает деление медицинской роты на две части: основная часть медицинской роты и подвижное отделение (автоперевязочная), одна из которых развертывается в исходном положении, а другая на последующем рубеже развертывания. Достоинством маневра является возможность обеспечения непрерывности оказания установленного вида медицинской помощи, а недостатком — уменьшение суммарной пропускной способности обеих его частей, по отношению к пропускной способности при работе их совместно на одной площадке.

При рассредоточении по фронту медицинская рота делится на две части, которые развертываются на одном рубеже. Такой маневр используется при наличии необходимости в организации оказания медицинской помощи на обоих флангах бригады при наличии вдоль полосы обороны препятствий для эвакуации раненых и больных (горной гряды, рек, болот и т. д.). Достоинства и недостатки маневра рассредоточением по фронту такие же, как и при эшелонированном перемещении.

Маневр объемом медицинской помощи осуществляется путем сокращения перечня мероприятий установленного вида медицинской помощи на данном этапе медицинской эвакуации. Сокращение объема медицинской помощи увеличивает пропускную способность этапа медицинской эвакуации.

Маневр личным составом (кадрами) предусматривает возможность использования для оказания медицинской помощи на этапе медицинской эвакуации врачебных бригад из свернутых подразделений медицинской службы. Целью маневра кадрами являются привлечение к проведению лечебно-эвакуационных мероприятий максимального количества медицинского персонала, увеличение пропускной способности и объема медицинской помощи.

Маневр санитарным транспортом и медицинским имуществом включает распределение до начала боя и перераспределение их в ходе боя в соответствии со сложившейся обстановкой.

Правильный выбор вида маневра и успешная его реализация основываются на постоянном и точном знании начальником медицинской службы боевой, тыловой и медицинской обстановки, поддержании на необходимом уровне резерва сил и средств, четкой организации управления медицинской службой. Выбирая вид маневра, начальник службы должен избегать шаблона и принятия решения по организации медицинского обеспечения.

Для своевременного и непрерывного обеспечения бригады в ходе боя особое значение имеет создание, систематическое восстановление и правильное использование резерва сил и средств медицинской службы.

Под резервом сил и средств понимают силы и средства медицинской службы, не используемые в данный момент и предназначенные для решения задач медицинского обеспечения войск при изменениях обстановки.

Резерв сил и средств медицинской службы бригады используется:

- для усиления медицинских пунктов батальонов;
- для восполнения потерь в силах и средствах медицинской службы;
- для использования его при применении противником оружия массового поражения.

Резерв находится, как правило, в омедо (медр).

Начальник медицинской службы отдельной механизированной бригады должен стремиться осуществлять руководство медицинской службой, находясь там, где его присутствие наиболее необходимо.

В соответствии с требованием регламентирующих документов начальник медицинской службы в ходе боя должен находиться на командном пункте. Однако с разрешения командира он должен находиться там, где в данный момент наиболее необходимо, где он может своевременно получить максимальную информацию об обстановке и откуда может наиболее оперативно руководить действиями подчиненных.

В различные периоды боя, в зависимости от конкретной обстановки, начальник медицинской службы может находиться на ТПУ, в омедо (медр), в других медицинских подразделениях, в районе массовых санитарных потерь. О месте своего нахождения начальник медицинской службы должен своевременно ставить в известность подчиненных и докладывать старшему начальнику.

Содержание мероприятий по восстановлению нарушенного управления

В результате массированного применения противником различных средств поражения подразделения, в т. ч. и медицинские, могут частично или полностью утратить боеспособность.

Для восстановления в сжатые сроки управления медицинской службой необходимо заблаговременно провести ряд мероприятий, включающих в себя:

- составление плана взаимозаменяемости личного состава медицинской службы с практической отработкой с ним новых функциональных обязанностей;
- повышение морально-психологической устойчивости личного состава медицинской службы с целью подготовки его к работе в условиях сложной обстановки, значительного психологического и физического напряжения;
- определение запасных способов и средств связи с вышестоящим начальником медицинской службы;
- выделение сил и средств медицинской службы в отряды ликвидации последствий применения противником высокоточных средств поражения;
- создание резерва сил и средств медицинской службы.

Восстановление нарушенного управления медицинской службой проводится с целью непрерывности медицинского обеспечения и включает:

- сбор данных и оценку состояния боеспособности подразделений медицинской службы, оказавшихся в районах применения противником средств массового поражения;
- анализ информации, поступившей из подразделений, оказавшихся в очагах массовых санитарных потерь;
- назначение приказом новых должностных лиц вместо выбывших из строя;
- уточнение прежних или постановка новых задач подразделениям медицинской службы в соответствии с решением командира в сложившейся тактической и медицинской обстановке;
- определение способов восстановления боеспособности подразделений медицинской службы;
- направление резерва сил и средств медицинской службы для замены подразделений, утративших боеспособность.

Таким образом, основная цель восстановления нарушенного управления медицинской службой состоит в том, чтобы в предельно сжатые сроки восстановить нарушенную связь с медицинскими подразделениями бригады, определить их боеспособность, произвести перегруппировку сил и средств в соответствии с обстановкой, провести мероприятия по восстановлению утраченной боеспособности подразделений медицинской службы и максимально использовать для достижения непрерывности медицинского обеспечения подразделений, продолжающих боевые действия.

ГЛАВА 9

ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ЧАСТЕЙ И СОЕДИНЕНИЙ

Прошло более 70 лет с момента создания в Рабоче-крестьянской Красной Армии отдельного медико-санитарного батальона (ОМСБ) дивизии — «войсковой операционной», прославленной в боях и в мирное время.

Появление этого медицинского формирования стало результатом обобщения и претворения исторического и новейшего (в тот период) опыта организации медицинской помощи в звене «полк — дивизия».

Начало XIX в. ознаменовалось формированием в Европе массовых регулярных армий, усовершенствованием прежних и поступлением на вооружение новых средств ведения войны. Это привело к возрастанию величины и усложнению структуры санитарных потерь, введению в практику медицинского обеспечения боевых действий эвакуационной системы. Возникла настоятельная потребность в эшелонировании оказываемой раненым и больным медицинской помощи.

В Русской армии штатный этап оказания медицинской помощи в действующих войсках появился в 1798 г., когда 12 марта было высочайше утверждено «Положение об учреждении лазаретов при полевых полках».

В 1805 г. инспектор медицинской части Я. В. Виллие утвердил «Положение о подвижном корпусном госпитале», который обязан был принимать раненых из полковых лазаретных обозов.

Введенным в 1807 г. в действие «Положением о порядке в учреждении при заграничных армиях госпиталей» предусматривалось устройство трех типов нештатных временных госпиталей первой, второй и третьей линии. Первые предназначались для приема «не могущих перенести дальнейшей перевозки или тех, кои весьма легко ранены», вторые — для тех, «кои имеют раны не увечные и по излечении к продолжению фронтовой службе не препятствующие», третьи — для тех, «кои по излечении должны быть вовсе от службы отставлены или назначаемы к другим должностям по мере их сил и возможностей». За полгода до начала Отечественной войны 1812 г., а именно 27 января, было введено в действие «Положение для временных военных госпиталей при Большой действующей армии», которое окончательно закрепило в практике медицинского обеспечения русских войск эвакуационную систему в сочетании с лечением раненых на месте. Как и Положением 1807 г., в нем предусматривалось создание трех типов нештатных временных госпиталей за счет медицинских сил и средств полков, дивизий и их резерва при главнокомандующем: развозных, подвижных и главных. Если первые выполняли функции перевязочных лазаретов и транспортировали раненых в развернутые за ними подвижные временные госпитали, то подвижные и главные должны были решать задачи, свойственные госпиталям второй и третьей линии.

В 1829 г. была введена в действие «Инструкция главного по армии медицинского инспектора полковым штаб-лекарям и батальонным лекарям», в которой впервые появилось понятие «перевязочный пункт». В том же году были изданы «Правила об учреждении при действующей армии подвижных и временных госпиталей». Развозные госпитали упразднились, а при каждом корпусе впервые учреждались штатные подвижные госпитали на 150 раненых. Лечебная работа в таком госпитале проводилась под руководством старшего доктора, имевшего под своим началом 6 лекарей и 7 подлекарей.

При оказании раненым помощи после их обследования из ран извлекались инородные тела (пули, осколки). В качестве перевязочного средства применялась корпия в сочетании с различного рода мазями, использовались компрессы, пластыри, припарки. Практиковалась частая смена повязок. Вплоть до первой половины XIX в. отмечалось крайнее злоупотребление ампутациями поврежденных конечностей. В последующем в хирургическую практику постепенно внедряются выжидательный метод при лечении огнестрельных переломов длинных трубчатых костей, поверхностные

и глубокие разрезы тканей с введением в рану всевозможных бальзамов, мазей с тампонадой ее корпией. Ампутации применялись лишь при развитии гангрены или сепсиса. При транспортировке раненых с переломами костей конечностей для их иммобилизации были введены в практику наложение шин из лубковых дощечек, узких мешочков с песком, крахмальных и гипсо-крахмальных повязок.

По инициативе Н. И. Пирогова в работу военно-полевых хирургов внедряются обезболивание с помощью сернистого эфира и хлороформа (1847 г.), а также иммобилизация переломов костей конечностей с помощью наклепной алебастровой (гипсовой) повязки (1854 г.). Однако так называемое «миазматическое» заражение ран приводило к огромной смертности оперированных раненых.

Предложение Дж. Листером в 1867 г. антисептического метода лечения огнестрельных ран совершило революцию в военно-полевой хирургии. Требовалось его настойчивое внедрение в хирургическую практику на этапах медицинской эвакуации, обеспечение их соответствующим образом обученными и оснащенными хирургами.

В качестве таких этапов, на которых раненые стали получать квалифицированную (в современном понимании термина) хирургическую помощь, со второй половины XIX в. были главные перевязочные пункты дивизий. Примером явились три таких пункта, действовавшие в осажденном Севастополе в период Крымской войны 1853–1856 гг. под руководством Н. И. Пирогова, О. И. Рудинского и Х. Я. Гюббенета. Н. И. Пирогов, «действуя вначале административно, а затем врачебно», впервые применил медицинскую сортировку раненых и таким образом упорядочивал напряженную работу своего пункта при их массовом поступлении.

В процессе предпринятых после Крымской войны военных реформ было высочайше утверждено и приказом военного министра от 29 июля 1869 г. № 260 введено в действие «Положение о врачебных заведениях на военное время». Оно предусматривало развертывание в каждой дивизии за счет войсковых (полковых) лазаретов передовых и задних перевязочных пунктов, а за счет дивизионного лазарета — главного перевязочного пункта. Задний пункт оборудовался лишь при отсутствии работающего главного с целью «производства хирургических операций».

Главный перевязочный пункт развертывался средствами одного или нескольких дивизионных подвижных лазаретов в составе двух отделений всего на 160 мест. Каждый из таких штатных лазаретов имел 9 врачей, фармацевта, 16 медицинских и аптечных фельдшеров. В нем состояло 196 человек административно-хозяйственного разряда, конный грузовой и санитарный транспорт (24 большие четвероконные линейки и 6 легких пароконных линеек с носилками), а также рота носильщиков под командованием офицера (17 унтер-офицеров и 200 рядовых, 54 единицы носилок). Работой

главного перевязочного пункта обязан был руководить лично дивизионный врач, имевший преимущественно хирургическую подготовку. За главными перевязочными пунктами по распоряжению главнокомандующего развевались цепочкой (линиями) военно-временные госпитали, формировавшиеся при постоянных госпиталях по объявлении мобилизации за счет неприкосновенных запасов, хранившихся в постоянных госпиталях.

Развивались и методы оказания раненым хирургической помощи. В 1873 г. Ф. Эсмарх предложил для временной остановки кровотечения специальное устройство — жгут, который помог радикально решить одну из серьезных проблем полевой медицины. Тремя годами позже он же, придя к заключению, что всякая огнестрельная рана может заживать асептично, если в нее не вносится извне инфекция, впервые предложил образец индивидуального перевязочного пакета.

В конце XIX в. окончательно побеждает консервативное направление в лечении огнестрельных ран, связанное с ошибочным положением Э. Бергмана, что «огнестрельная рана должна считаться практически стерильной». Продолжалось глубокое изучение эфирного и хлороформного наркоза, разрабатывались методы местной анестезии. Корпия как перевязочный материал окончательно вытесняется из употребления и заменяется нормальной гигроскопической повязкой трех типов на основе марли и ваты.

Первую большую проверку главные перевязочные пункты, сформированные в соответствии с Положением 1869 г., прошли в Русско-турецкой войне 1877–1878 гг. Однако они были развернуты лишь на половину своей штатной емкости и каждый раз оказывались чрезвычайно переполненными. Через главные перевязочные пункты в эту кампанию прошли 35453 раненых, из них оперативным вмешательствам подверглись 7067 человек, были эвакуированы далее 32338, выписаны после выздоровления 1848, умерли (в т. ч. после операций) 1267 человек.

К концу XIX в. окончательно сформировались научные основы раневой баллистики. Русские военные врачи создали теорию ударного действия огнестрельного снаряда в живом организме, которую положили в основу учения об огнестрельной ране.

Лечение огнестрельных переломов костей и повреждений суставов конечностей проводилось в основном консервативным способом (иммобилизация, холод на рану в первые дни, в последующем — тепло до очищения раневого канала). Общим правилом было наложение глухой антисептической повязки и стремление получить заживление ран «под струпом».

В 1894 г. М. Я. Преображенский предложил метод «физической антисептики», а годом позже В. К. Рентген открыл X-лучи, что дало начало применению рентгеновских исследований в диагностической практике.

После окончания русско-турецкой войны 1877–1878 гг. с учетом ее опыта приказом военного министра № 140 в 1887 г. вводится новое «По-

ложение о военно-врачебных заведениях военного времени». Дивизионные лазареты были официально включены в состав «войсковых» военно-врачебных учреждений. Они продолжали возглавляться дивизионными врачами. Кроме того, в их штат входили 3 младших врача, старший и 2 младших медицинских фельдшера, старший аптечный и младший ветеринарный фельдшеры. Сохранившаяся рота носильщиков включала фельдфебеля, 4 старших и 12 младших унтер-офицеров, 200 носильщиков. Общая численность личного состава составляла 292 человека. Обоз лазарета насчитывал 78 лошадей, 9 четверочных и 15 парных лазаретных повозок, а также несколько аптечных двуколок. В бою за счет этих сил и средств развертывался главный перевязочный пункт. В нем оборудовались приемная, операционно-перевязочная, госпитальные палатки отдельно для тяжелораненых, легкораненых, безнадежных, для соматических и инфекционных больных, устраивалась аптека, кухня, канцелярия и помещение для личного состава.

Начало XX в. знаменуется описанием К. Ландштейнером первых трех, а Я. Янским — четвертой группы крови, что обеспечило внедрение в лечебное дело методов переливания крови на подлинно научной основе.

В ходе русско-японской войны 1904–1905 гг. главные перевязочные пункты размещались за линией передовых перевязочных пунктов, в 4–6 км от переднего края. Через них прошло лишь 31,4 % всех раненых при весьма низкой хирургической активности, составлявшей от 1,65 % (в боях под Мукденом) до 4,2 % (в боях под Лаояном).

Вскоре после начала Первой мировой войны приказом военного министра от 13 августа 1914 г. № 529 вводится в действие новое «Положение о военно-санитарных учреждениях и заведениях военного времени». Вместо ранее существовавшего в дивизии лазарета предусматривалось с объявлением мобилизации формирование перевязочного отряда. В бою его средствами развертывался все тот же главный перевязочный пункт. По штату в отряде числилось 4 врача (один из них хирург), 8 фельдшеров, 20 санитаров, 81 человек хозяйственного разряда и 200 человек в составе роты носильщиков.

Отряд располагал 20 санитарными двуколками на 2 раненых каждая, двумя аптечными и 6 хозяйственными двуколками, 10 парными повозками с санитарным имуществом, а также 60 носилками с тюфяками (в их числе 50 для роты носильщиков), 60 санитарными сумками, 4 большими (на 20 человек) и 3 походными палатками, 2 походными кухнями, 100 запасными перевязочными пакетами, карманными врачебными и фельдшерскими наборами (по числу соответствующих специалистов).

Перевязочные отряды дивизий (главные перевязочные пункты) не были приспособлены к временной госпитализации значительного количества раненых: здесь могли на какое-то время задерживаться не более 80 человек. Для госпитализации в дивизии имелись два штатных лазарета, каждый на 210 мест. В них и должны были получать квалифицированную хирурги-

ческую помощь тяжелораненые, для чего в штате каждого лазарета имелось 5 врачей, 13 фельдшеров и 185 человек хозяйственного разряда.

В течение всей Первой мировой войны при организации лечебно-эвакуационного процесса господствовала система развоза раненых без широко поставленной в войсковом тылу хирургической работы. В. А. Оппель писал о чрезвычайно низком проценте оперируемых раненых в перевязочных отрядах дивизий и подвижных госпиталей.

Данное обстоятельство, личный опыт побудили его впервые «заговорить» в октябре 1915 г. о необходимости внедрения в эвакуационную практику принципа этапного лечения раненых. Однако внедрить повсеместно этот принцип в работу имевшихся этапов эвакуации ему не удалось.

В Советской России при формировании Красной Армии руководство эвакуационным процессом было передано медицинской службе, и оппелевский принцип этапного лечения был положен в основу лечебно-эвакуационного обеспечения в военное время. В войсковом звене медицинской службы существовали в соответствии с «Временной инструкцией по эвакуации больных и раненых от боевой линии до головного эвакуационного пункта» (1918 г.) примерно те же этапы медицинской эвакуации, что и в Первую мировую войну. Лишь в декабре 1919 г. приказом РВСР и НКЗ РСФСР № 2314 вводится в действие оригинальная «Схема эвакуации больных и раненых от боевой линии до фронтового распределителя», которая предусматривала наличие дивизионного заградителя-распределителя с эвакоприемником на 420–630 коек, предназначенных для лечения на месте преимущественно легкораненых и временно нетранспортабельных.

После Гражданской войны приказами РВС СССР № 176 и № 1039 (1923 г.) в дивизии в составе санитарных формирований предусматривались перевязочный отряд, который при боевых действиях обеспечивал работу дивизионного перевязочного пункта (ДПП) на 60 мест; дивизионный госпиталь (ДГ) на 200 коек, эвакуационный, противоэпидемический, банно-прачечный и дезинфекционный отряды.

В 1929 г. приказом РВС СССР и НКЗ РСФСР № 161 вводится в действие «Руководство по санитарной эвакуации в РККА». Оно сохраняло древний тип эвакуации, эвакуацию по направлению с обязательным соблюдением принципа этапного лечения раненых. В дивизии сохранялся перевязочный отряд для развертывания главного пункта медицинской помощи (ГПМ) со стационаром, как и ранее, на 60 мест. Его штат и имущество были рассчитаны на оказание в течение суток неотложной квалифицированной хирургической помощи до 1000 раненым. В отдельных случаях имевшийся в дивизии перевязочный отряд мог, кроме главного, развертывать вспомогательный пункт медицинской помощи. Продолжали оставаться в дивизии противоэпидемический, банно-прачечный, дезинфекционный, эвакуационный отряды и полевой подвижной госпиталь (ППГ) на 200 коек.

Приказом РВС СССР 1933 г. № 178 Руководство 1929 г. было заменено «Уставом военно-санитарной службы Красной Армии (войсковой район)» (УВСС-33). ГПМ, развертываемый, как и ранее, перевязочным отрядом, переименовывался в дивизионный пункт медицинской помощи (ДПМ), ППГ преобразовывался в моторизованный ДГ. При дивизионном обменном пункте организовывался за счет ДГ пункт сбора легкокораненых. Сохранялись в комплекте средств и другие отряды, существовавшие согласно Руководству 1929 г. Таким образом, УВСС-33 сохранял рассредоточение сил и средств медицинской службы войскового соединения, что не соответствовало принятым уже тогда формам ведения глубокого боя, оперативно-тактическим взглядам того времени. Это и побудило создать в 1935 г. в стрелковых дивизиях ОМСБ взамен громоздких и трудно управляемых дивизионных перевязочного, эвакуационного и противоэпидемического отрядов. В комплекте частей дивизии сохранялся и моторизованный ДГ.

С такой организацией дивизионное звено медицинской службы Красной Армии действовало в локальных вооруженных конфликтах у оз. Хасан, на р. Халхин-Гол и в Советско-финляндской войне 1939–1940 гг.

В ходе боевых действий ОМСБ развертывал ДПМ на удалении от 8 до 10 км от переднего края. Иногда это расстояние сокращалось до 3–6 км (в зависимости от боевой обстановки, рельефа местности, наличия дорог), а в других случаях увеличивалось до 20–25 км. В течение суток в ДПМ поступало до 850 раненых. В Советско-финляндской войне нашла дальнейшее развитие тенденция превращения его в центр оказания раненым квалифицированной медицинской помощи в войсковом районе. Такую помощь здесь получали до 60,6–65 % всех раненых, как правило, не позже 2–10 ч с момента ранения. Летальность среди оперируемых не превышала 2,7 %. Хирургическая активность в ДГ колебалась от 23–30 % до 39,3 %, а летальность в среднем составляла 4,2 %.

Приобретенный боевой опыт потребовал внести ряд существенных изменений в штатную структуру медицинской службы дивизии. В соответствии с новым штатом ОМСБ (№ 07/411 от 5.04.1941) в его состав были введены госпитальная рота, обеспечивавшая временную госпитализацию до 75 нетранспортабельных раненых, и взвод сбора и хирургической обработки легкокораненых (вместо отделения сбора легкокораненых). В комплекте специальной техники появилась рентгеновская установка на автомобиле. Эвакуационная рота сокращалась до взвода, оснащенного 24 санитарными автомобилями, и каждый из них обеспечивался сопровождающим санитаром. В штат этого взвода включались 14 санитаров для усиления медицинской службы полков, а санитарный взвод ОМСБ пополнялся отделением санитарно-химической защиты. Для охраны батальона вводилось комендантское отделение.

Общее число врачей с 16 человек увеличивалось до 23, а хирургов — с 8 до 15. В лечебных подразделениях батальона фельдшеры и санитарные

инструкторы-мужчины заменялись 32 операционными, хирургическими и медицинскими сестрами. Число санитаров возросло с 29 до 78. В целом такой ОМСБ был способен за сутки боя оказать квалифицированную хирургическую помощь 250 тяжелораненым и такому же количеству легко раненых. ДГ передавался в армию в качестве войскового подвижного госпиталя (ВПГ) из расчета по 4 на стрелковый корпус.

Трагические события начального периода Великой Отечественной войны, материальные и кадровые трудности вызвали необходимость изменения организационно-штатной структуры ОМСБ. С введением 29 июля 1941 г. сокращенного штата № 04/611 сокращалось табельное имущество и оснащение батальона. Количество врачей с 24 уменьшилось до 13, в т. ч. хирургов — с 15 до 7, а общая численность личного состава — с 253 до 230 человек. Транспорт батальона составляли 50 пароконных повозок и 104 лошади, 20 санитарных автомобилей.

Новый штат ОМСБ (№ 04/621) был введен 28 сентября того же года. Численность его личного состава сократилась до 129 человек. Конный транспорт был заменен 7 грузовыми автомобилями, число санитарных автомобилей уменьшилось на 5 единиц.

Очередное изменение штата батальона состоялось 18 марта 1942 г.: количество хирургов увеличилось с 7 до 8, а санитаров уменьшилось с 39 до 28, другого рядового состава (повозочных) — с 23 до 12 человек, общая же численность его личного состава — со 129 до 103 человек. Автопарк стал располагать лишь 3 грузовыми и 10 санитарными автомобилями. Штатом № 04/561 от 10 декабря 1942 г. количество санитаров в батальоне сокращается с 28 до 18 человек, а общая численность личного состава — со 103 до 90 человек. За сутки боя он мог обслужить лишь 200 раненых и больных.

В первые же дни войны ОМСБ, развернутые по штатам мирного времени, совместно с гарнизонными госпиталями приняли на себя основной поток раненых и оказались переполненными при угрозе захвата стремительно продвигавшимися войсками противника. В этих условиях ОМСБ ограничивались лишь оказанием раненым неотложной хирургической помощи по жизненным показаниям, организацией их эвакуации по принципу «во что бы то ни стало». Более того, на Юго-Западном фронте ОМСБ не смогли следовать со своими соединениями из-за некомплекта автотранспорта. Положение усугублялось беспомощностью имевшихся хирургических кадров в организационных вопросах. Главный хирург этого фронта И. Н. Ищенко свидетельствовал: «К сожалению, очень многие хирурги, вышедшие в поле, не понимали в первые недели войны, что без сортировки, именно диагностической, при наплыве большого количества раненых работать нельзя».

В среднем по всем фронтам за 1943 г. в дни массовых поступлений в ДМП в их операционно-перевязочные отделения направлялось до 48,9 % раненых, эвакуировалось «транзитом» в госпитальные базы армий 49,5 %, опре-

делялось в команды выздоравливающих (созданы при ОМСБ на 100 человек в 1942 г.) 1,1 %, после оказания помощи в ДМП возвращалось в части 18,6%.

Положение резко изменилось в лучшую сторону только в ходе наступательных операций 1944–1945 гг.

Средние показатели распределения раненых по срокам оказания им в ДМП хирургической помощи составляли:

- до 8 ч с момента ранения — 15,9 %;
- от 8 до 12 ч — 24,7 %;
- от 12 до 24 ч — 31,9 %;
- от 24 до 48 ч — 21,3 %;
- от 48 до 72 ч — 6,2 % всех получивших такую помощь.

Именно с этого этапа шла эвакуация раненых по назначению.

В ходе войны было много случаев, когда личный состав медико-санитарных батальонов не только спасал раненых, но и с оружием в руках защищал их.

За минувшие семь десятилетий ОМСБ, ныне отдельный медицинский батальон дивизии (омедб), с честью прошел через выпавшие на его долю испытания в качестве «войсковой операционной» во всех вооруженных конфликтах и войнах, завоевал у воинов заслуженный авторитет и благодарность за возвращенные здоровье и боеспособность.

В Вооруженных силах Республики Беларусь преемниками отдельного медицинского батальона дивизии стали медицинские роты и отдельные медицинские отряды отдельной механизированной бригады.

9.1. Задачи и организация медицинской службы отдельной механизированной бригады

На медицинскую службу отдельной механизированной бригады возлагаются следующие основные задачи:

- розыск, сбор, вынос (вывоз) раненых и больных с поля боя;
- своевременное оказание раненым и больным первой, доврачебной, первой врачебной и квалифицированной хирургической и терапевтической медицинской помощи в установленном объеме;
- подготовка раненых и больных к эвакуации и их эвакуация в МПБ, омедо (медр) штатными и приданными санитарными транспортными средствами, а также транспортом общего назначения;
- лечение легкораненых и легкобольных в омедо (медр) со сроками выздоровления до 7 суток;
- организация и осуществление медицинского контроля за сохранением здоровья личного состава, соблюдением в соединениях (воинских частях) санитарных норм размещения, питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания личного состава;
- проведение в установленном объеме возложенных на медицинскую службу соединения (воинской части) комплекса противоэпидемических

мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний;

- проведение мероприятий по медицинской защите личного состава соединений и воинских частей от воздействия поражающих факторов ОМП, неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды;
- проведение медицинской разведки;
- обеспечение военных медицинских частей и подразделений медицинскими техникой и имуществом;
- обеспечение личного состава соединения (воинской части) индивидуальными средствами медицинской защиты и оказания первой помощи;
- проведение комплекса мероприятий по обеспечению защиты, охраны и обороны военных медицинских частей и подразделений;
- организация и проведение военно-медицинской подготовки личного состава и специальной подготовки медицинского персонала;
- организация и ведение медицинского учета, отчетности и обобщение опыта работы медицинской службы;
- проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию личного состава в соединении (воинской части);
- освидетельствование раненых и больных, находящихся на лечении в омеда (медр), а также лиц, направленных командованием соединения (воинской части) для определения годности к военной службе с учетом воинской специальности, осуществление контроля за состоянием лечебно-профилактической работы в военных медицинских частях и подразделениях.

Для выполнения указанных задач привлекаются все силы и средства медицинской службы частей и соединений. Однако характер, объем и содержание мероприятий, которые возлагаются на конкретные медицинские подразделения и части войсковой медицинской службы, различны.

Так, оказание первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи раненым и больным, а также их сбор и эвакуация на МПБ возлагаются на медицинскую службу батальона, а отдельный медицинский отряд (отдельная медицинская рота) своими силами и средствами лишь может содействовать решению этих задач. Эвакуация раненых и больных из частей, а также оказание им квалифицированной медицинской помощи возлагаются на отдельный медицинский отряд (отдельную медицинскую роту бригады). Вместе с тем, в сложной обстановке современного боя принятое распределение функций между различными подразделениями медицинской службы не остается неизменным. Например, при больших санитарных потерях или стремительном продвижении частей бригады, медицинские подразделения оказываются не в состоянии своими силами обеспечить сбор и эвакуацию раненых, в этом случае они могут усиливаться личным составом и транспортными средствами распоряжением командира бригады или начальника медицинской службы бригады.

Медицинская служба отдельной механизированной бригады включает силы и средства медицинской службы, входящих в ее состав отдельных частей и подразделений (рисунок 3). Начальник медицинской службы отдельной механизированной бригады является непосредственным организатором медицинского обеспечения соединения и прямым начальником штатных и приданных военных медицинских частей и подразделений. Он подчиняется заместителю командира соединения по тылу, а по вопросам медицинского обеспечения выполняет указания старшего начальника медицинской службы. Начальник медицинской службы отдельной механизированной бригады непосредственно подчинены отдельный медицинский отряд (отдельная медицинская рота), медицинские пункты воинских частей и другие приданные соединению военные медицинские части и подразделения.

Указания и распоряжения начальника медицинской службы отдельной механизированной бригады по специальным (медицинским) вопросам обязательны для начальников медицинских служб воинских частей соединения и приданных для усиления медицинской службы сил и средств.

Начальник медицинской службы отдельной механизированной бригады отвечает за боевую и мобилизационную готовность подчиненных военных медицинских частей и подразделений, за организацию медицинского обеспечения при подготовке и в ходе боя, за успешное выполнение военно-медицинскими частями и подразделениями задач по предназначению, а также за обеспечение непрерывного управления подчиненными силами и средствами медицинской службы.

Начальник медицинской службы отдельной механизированной бригады обязан:

- знать задачи соединения и обстановку в объеме, необходимом для выполнения своих служебных обязанностей, задачи подчиненных военных медицинских частей и подразделений, а также приданных для усиления медицинской службе сил и средств;
- знать состояние здоровья личного состава, санитарно-гигиеническое состояние соединения и санитарно-эпидемическое состояние войск и занимаемого ими района, организовывать проведение мероприятий медицинского контроля, а также возлагаемых на медицинскую службу санитарно-гигиенических и противоэпидемических (профилактических) мероприятий в соединении и на занимаемой территории, организовывать проведение медицинской разведки;
- постоянно анализировать боевую, тыловую и медицинскую обстановку, знать и быть готовым в любое время доложить заместителю командира соединения по тылу о санитарных потерях соединения (воинской части), о размещении, состоянии, загруженности и возможностях штатных и приданных медицинской службе военных медицинских частей и подразделений и их нуждах, а также предложения по их применению;
- принимать решение на организацию медицинского обеспечения и осуществлять планирование мероприятий медицинского обеспечения, свое-

временно ставить задачи подчиненным, контролировать их выполнение и оказывать всестороннюю помощь подчиненным;

- своевременно определять вид и объем медицинской помощи в военных медицинских частях и подразделениях медицинской службы соединения;

- усиливать при необходимости медицинские пункты батальонов и дивизионов личным составом, медицинскими техникой и имуществом и санитарными транспортными средствами;

- определять потребность и подавать заявки на выделение санитарного транспорта и транспортных средств общего назначения для эвакуации раненых и больных из военных медицинских частей и подразделений соединения (войсковой части) в ВПП, в ГВКМЦ, а также на специализированные больничные койки (СБК) лечебно-профилактических учреждений Министерства здравоохранения Республики Беларусь, выделяемые в интересах Вооруженных сил;

- обеспечить перемещение и развертывание в установленные сроки в назначенных районах штатных и приданных медицинской службе военных медицинских частей и подразделений, своевременно докладывать об этом заместителю командира соединения по тылу и старшему начальнику медицинской службы;

- осуществлять контроль качества оказания раненым и больным первой, доврачебной, первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи, обеспечением своевременного их вывоза (выноса) с поля боя (очагов санитарных потерь) и эвакуацией из МПБ в омедо (медр);

- организовать своевременное снабжение военных медицинских частей и медицинских подразделений соединения медицинскими техникой и имуществом, техническое, метрологическое обслуживание и ремонт медицинской техники, осуществлять контроль за своевременным созданием запасов медицинских техники и имущества, их хранением, использованием и учетом;

- организовывать подготовку и выделение сил и средств медицинской службы для участия в выявлении и ликвидации последствий применения противником ОМП;

- руководить боевой и специальной подготовкой медицинского персонала, контролировать организацию и качество военно-медицинской подготовки личного состава соединения;

- участвовать в морально-психологической подготовке подчиненных военнослужащих;

- организовывать медицинские учет и отчетность, своевременно представлять вышестоящему начальнику медицинской службы соответствующие донесения;

- изучать, обобщать и доводить до подчиненных опыт работы медицинской службы соединения;

- осуществлять твердое и непрерывное управление подчиненными и приданными медицинской службе военными медицинскими частями и подразделениями.

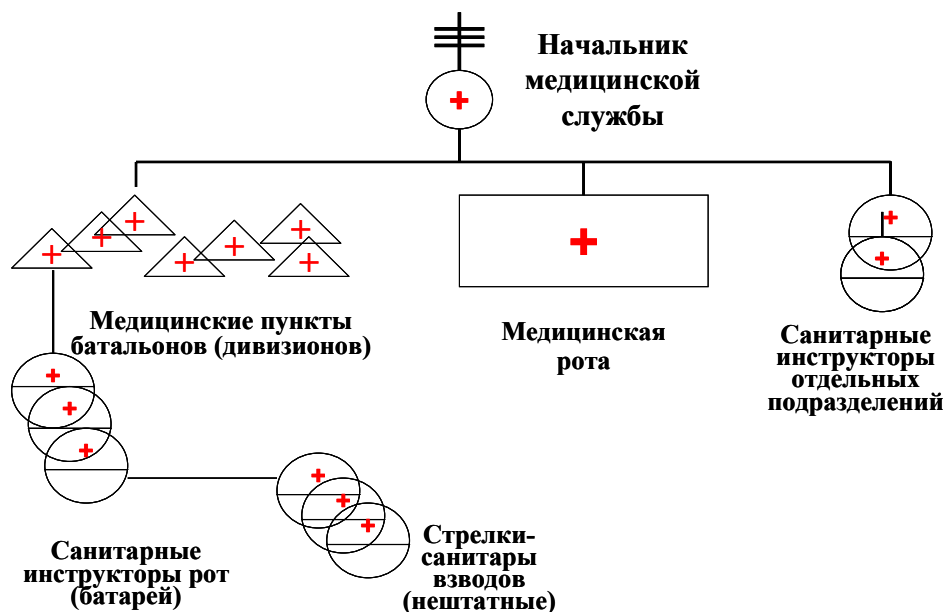


Рисунок 3 — Организация медицинской службы отдельной механизированной бригады

9.2. Задачи и организация медицинских пунктов батальонов и войсковых частей

На медицинский пункт батальона возлагаются следующие задачи:

- розыск, сбор, вывоз (вынос) раненых и больных с поля боя (очагов массовых санитарных потерь) и их эвакуация из подразделений на МПБ;
- прием поступивших на МПБ раненых и больных, оказание им доврачебной и первой врачебной помощи, подготовка к дальнейшей эвакуации;
- медицинский контроль состояния здоровья личного состава батальона, организация и проведение мероприятий по его укреплению;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в батальоне;
- медицинская разведка в районе действий (районе расположения) батальона;
- организация экстренной профилактики при применении противником бактериальных средств;
- военно-медицинская подготовка личного состава батальона, боевая подготовка личного состава медицинской службы;
- обеспечение подразделений батальона медицинским имуществом;

Медицинский пункт отдельного механизированного батальона возглавляет начальник медицинского пункта (врач).

Кроме него, в состав МПБ входят:

- фельдшер;
- начальник аптеки (фельдшер);
- четыре санитарных инструктора;
- три водителя-санитара.

Возможности медицинского пункта батальона по оказанию медицинской помощи:

- доврачебной медицинской помощи — 35–40 человек в сутки;
- неотложных мероприятий первой врачебной помощи — 20–25 человек в сутки.

Организация медицинского обеспечения танковых подразделений и частей строится на основе общих принципов медицинского обеспечения войск, но с учетом особенностей организационно-штатной структуры их медицинской службы. Так, в отличие от мотострелковых подразделений, в танковых ротах отсутствуют санитарные инструкторы.

Разобщенность экипажей танков в бою и трудность проникновения медицинского состава в поврежденный танк обуславливают необходимость ее оказания раненым танкистам в порядке само- и взаимопомощи. Для оказания само- и взаимопомощи в танках имеются аптечки войсковые (АВ), содержащие бинты и повязки малые, кровоостанавливающие жгуты, раствор йода (в ампулах), раствор аммиака (в ампулах).

9.3. Задачи и организация медицинской роты отдельной механизированной бригады

На отдельную медицинскую роту бригады, как подразделение медицинской службы отдельной механизированной бригады, возлагаются следующие задачи:

- участие в сборе, выносе и вывозе раненых и больных с поля боя, из очагов массовых санитарных потерь и оказание им первой медицинской помощи;
- эвакуация раненых и больных из МПБ;
- прием, регистрация, медицинская сортировка, размещение, питание раненых и больных;
- оказание раненым и больным первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи в установленном объеме;
- временная госпитализация тяжелораненых и тяжелобольных, не подлежащих дальнейшей эвакуации по тяжести состояния (категория не-транспортабельных раненых);
- временная изоляция инфекционных больных (до эвакуации в инфекционный стационар);
- лечение до полного выздоровления легкораненых со сроками лечения 7 суток;
- подготовка раненых и больных к дальнейшей эвакуации по назначению и организация их отправки на следующий этап медицинской эвакуации;
- контроль своевременности и качества медицинской помощи, оказываемой на МПБ и разработка предложений по устранению допущенных дефектов;
- проведение медицинской разведки района расположения бригады;
- усиление медицинской службы нижестоящих звеньев личным составом и транспортом;

- выделение части своих сил и средств в случае возникновения массовых санитарных потерь;
- снабжение медицинским имуществом нижестоящих звеньев медицинской службы;
- медицинский контроль сохранения здоровья личного состава бригады, организация и осуществление мероприятий по его укреплению;
- специальная подготовка медицинского состава роты;
- ведение медицинского учета и отчетности, обобщение опыта медицинского обеспечения бригады.

Для решения стоящих перед ней задач медр имеет необходимые силы и средства, а также соответствующую организационно-штатную структуру.

Отдельная медицинская рота состоит из управления, медицинского взвода, поликлинического взвода (только по штату мирного времени), взвода материального обеспечения, отделения медицинского снабжения, отделения сбора и эвакуации раненых (рисунок 4).

Отдельная медицинская рота укомплектована врачами: хирургами, терапевтами, анестезиологом, стоматологом, рентгенологом, провизором, фельдшерами, старшими медицинскими сестрами, медицинскими сестрами, медицинскими сестрами-анестезистами, санитарными инструкторами, санитарями, водителями-санитарами.

В состав **управления** входят: командир роты (он же ведущий хирург медицинской роты), старшина, старший техник, статистик-радиотелефонист. На оснащении управления имеется радиостанция Р-154 (Р-159). С помощью радиостанции может поддерживаться постоянная двусторонняя радиосвязь с ТПУ бригады и командными пунктами батальонов бригады.

Медицинский взвод является основным подразделением медр, он предназначен для:

- приема, медицинской сортировки, регистрации и размещения поступающих раненых и больных;
- полной санитарной обработки нуждающихся в ней раненых и больных, частичной дегазации, дезактивации и полной дезинфекции (по показаниям) их обмундирования, снаряжения и обуви, а также санитарных транспортных средств;
- временной изоляции инфекционных больных до их эвакуации в инфекционные госпитали;
- своевременного и качественного оказания раненым и больным первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи в установленном объеме;
- временной госпитализации и лечения раненых и больных (категория нетранспортабельных раненых, включая лиц, нуждающихся только в симптоматической терапии);
- амбулаторного лечения легкораненых и больных со сроками восстановления боеспособности до 7 суток;

- подготовки раненых к эвакуации по назначению;
- контроля качества и своевременности лечебно-эвакуационных мероприятий, проводимых на медицинских пунктах батальонов;
- материального обеспечения и обслуживания раненых и больных.

Командир медицинского взвода — начальник операционно-перевязочного отделения медр. Медицинский взвод включает в себя отделения: приемно-сортировочное, операционно-перевязочное, госпитальное, анестезиологии и реанимации.

Поликлинический взвод в состав медр входит в мирное время. Он состоит из поликлинического отделения, лаборатории, стоматологического кабинета, физиотерапевтического кабинета и рентгенологического кабинета. На военное время поликлинический взвод расформировывается: сокращается поликлиническое отделение и физиотерапевтический кабинет, лаборатория придается госпитальному отделению, стоматологический кабинет и рентгенологический кабинет становятся самостоятельными функциональными подразделениями в составе медицинского взвода. Стоматологический кабинет развертывает в межбоевой период одноименное функциональное отделение. В период боевых действий начальник кабинета — стоматолог работает в перевязочной и оказывает помощь раненым в челюстно-лицевую область.

В случае необходимости из состава медицинского взвода может выделяться мобильная группа численностью 10–12 человек (из них 2 хирурга, или же хирург и терапевт) в виде **подвижного отделения**. Эта группа может использоваться:

- как самостоятельный этап медицинской эвакуации на отдельном направлении;
- для перемещения медр к новому месту развертывания (маневра методом переката с основной частью медицинской роты);
- для развертывания в качестве временного медицинского пункта на переправе и в местах отдыха при совершении марша;
- для выдвижения и развертывания вблизи районов относительно небольших санитарных потерь;
- для совместной работы с базовой частью медр.

Для решения указанных задач такое отделение укомплектовывается врачами, средним медицинским персоналом, водителями. Отделение может быть оснащено автоперевязочной на базе ГАЗ-66 (АП-2), сортировочно-эвакуационным автомобилем (СЭА) на базе ГАЗ 66-15 с кузовом-фургоном К-66, транспортным автомобилем на базе ГАЗ-66-12, радиостанцией. Для оказания медицинской помощи группе выделяются комплекты медицинского имущества, врачебно-медицинские предметы, приборы, дыхательные аппараты, кислородные ингаляторы и другое типовое медицинское оборудование.

В подвижном отделении оказывается доврачебная и первая врачебная помощь.

Время развертывания первой очереди — 10 мин (без палаток), полностью — 45 мин. Возможность по оказанию медицинской помощи: 150–200 раненых в сутки, 10–15 раненых в час.

Отделение медицинского снабжения осуществляет прием, хранение и учет медицинского имущества, снабжение им функциональных подразделений медр, и медицинских пунктов батальонов бригады. Запасы медицинского имущества пополняются из соответствующих медицинских складов. В состав отделения входят провизор (начальник отделения), начальник аптеки, начальник склада, санитар.

Отделение сбора и эвакуации раненых используется в основном в качестве усиления медицинских пунктов батальонов бригады и для работы в очагах массовых санитарных потерь. При отсутствии необходимости в усилении подразделений, личный состав отделения сбора и эвакуации раненых может перемещать раненых и больных между функциональными подразделениями медр. Возглавляет отделение санитарный инструктор. В состав его входят водители и санитары. На оснащении отделения имеются санитарные автомобили.

Взвод обеспечения предназначен для снабжения медицинской роты всеми видами материально-технического довольствия, обеспечения эвакуации раненых из МПБ (очагов массовых санитарных потерь), подвоза медицинского имущества в функциональные подразделения медр и подразделения бригады, а также перевозки личного состава и имущества роты при ее перемещении. Непосредственную ответственность за выполнение этой задачи несут старшина медр и командир взвода обеспечения. На них возлагается истребование, получение продовольствия, санитарно-хозяйственного, вещевого и других видов имущества от органов снабжения, хранение и распределение его между подразделениями медр. За исправность, своевременное техническое обслуживание и ремонт автомобильной техники отвечает старший техник роты. В состав взвода обеспечения входят столовая, автомобильное отделение, отделение технического обслуживания, отделение электроснабжения, склад. На оснащении взвода имеются санитарные и грузовые автомобили, электростанция, кухня.

В медицинской роте оказывается первая врачебная и квалифицированная медицинская помощь. При значительном потоке раненых, в обороне, без угрозы прорыва противником обороны, в медр оказывается первая врачебная и квалифицированная медицинская помощь в сокращенном объеме. Сокращение объема осуществляется за счет полного или частичного отказа от выполнения мероприятий, которые могут быть вынужденно отсрочены. При сокращении объема медицинской помощи обязательно должен проводиться комплекс врачебных мероприятий, снижающих опасность отсрочки в ее оказании, и принимаются меры к быстрой эвакуации раненых и больных. Выполнение полостных оперативных вмешательств и других мероприятий квалифицированной помощи по неотложным показаниям допустимо так же при действии бригады на изолированных направлениях и при невозможности эвакуации пострадавшего в течение длительного времени.

Для развертывания медицинской роты в палатках необходима площадь 300×400 м. Время развертывания: летом — 1,5 ч., зимой — до 2 ч.

Медицинская рота имеет запас имущества специального назначения для оказания первой врачебной помощи примерно на 800 раненых и больных.

Пропускная способность медицинской роты за сутки — до 100 человек.



Рисунок 4 — Организация медицинской роты

9.4. Отдельный медицинский отряд

Отдельный медицинский отряд (омедо) — это медицинская часть, способная выполнять в области лечебно-эвакуационного обеспечения войск те же задачи, что и медр бригады.

Основные задачи отдельного медицинского отряда:

- эвакуация раненых и больных из медицинских подразделений или непосредственно из районов массовых санитарных потерь;
- осуществление приема, регистрации, медицинской сортировки, оказание первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи в установленном объеме;
- лечение раненых и больных со сроками выздоровления до 7 суток;
- временная госпитализация и лечение нетранспортабельных раненых;
- изоляция инфекционных больных;
- подготовка раненых и больных к эвакуации в военный полевой госпиталь (ВПГ) или на специализированные больничные койки (СБК);
- усиление медицинских подразделений медицинским персоналом, средствами эвакуации раненых и больных;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в полосах (районах) действий соединений;
- проведение полной санитарной обработки раненых и больных, дезактивация, дегазация и дезинфекция обмундирования и транспортных средств;
- организация и проведение мероприятий медицинской службы по защите личного состава от воздействия поражающих факторов современного оружия и неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды;
- проведение специальной подготовки медицинского персонала;

- обеспечение военных медицинских частей и подразделений медицинскими техникой и имуществом и ее технического обслуживания, а также обеспечения личного состава индивидуальными средствами медицинскими защиты;

- ведение медицинского учета и отчетности.

Пропускная способность отдельного медицинского отряда за сутки работы — до 500 раненых и больных.

Возможности омедо по оказанию:

- первой врачебной помощи — 100–150 человек в сутки;
- неотложных мероприятий квалифицированной медицинской помощи — 150–200 раненых в сутки;

Для лечения нетранспортабельных раненых развертывается госпитальное отделение на 50 коек. При отдельном медицинском отряде разрешено содержать команду выздоравливающих численностью до 100 человек, в которую направляются раненые и больные со сроками восстановления боеспособности до 10 суток.

Лаборатория омедо за сутки может обеспечить клиническое исследование крови и мочи до 100 раненых и больных.

Рентген-кабинет за 10 часов работы может выполнить до 60 рентгенологических исследований.

Автомобильный санитарный взвод омедо может за один рейс эвакуировать до 208 раненых.

Состав отдельного медицинского отряда:

А. Управление (командование, медицинская часть, финансовая служба, отделение материально-технического обеспечения).

Б. Основные подразделения:

- приемно-эвакуационное отделение;
- хирургическое отделение;
- отделение анестезиологии и интенсивной терапии;
- отделение госпитализации (на 50 коек);
- лабораторное отделение;
- стоматологический кабинет;
- рентгенологический кабинет.

В. Подразделения обеспечения и обслуживания:

- аптека;
- отделение связи;
- взвод обеспечения (отделение охраны, автомобильное отделение, отделение технического обслуживания, столовая, склады);
- автомобильный санитарный взвод.

В составе омедо имеет врачей различных специальностей (врача-организатора, хирургов, терапевтов, токсиколога, анестезиологов, стоматолога, рентгенолога, врача-лаборанта).

Начальник отдельного медицинского отряда подчиняется заместителю командира соединения по тылу, а по специальным вопросам непосредственно начальнику медицинской службы соединения.

Начальник омедо отвечает за боевую и мобилизационную готовность омедо, состояние и организацию работы омедо по выполнению поставленных задач, боевую и специальную подготовку, воспитание, воинскую дисциплину и морально-психологическое состояние медицинского персонала омедо.

Начальник омедо обязан:

- знать обстановку в объеме, необходимом для выполнения своих служебных обязанностей;
- обеспечить своевременное выдвижение, развертывание омедо и успешное выполнение им задач по приему, медицинской сортировке раненых и больных, оказанию им медицинской помощи в установленном объеме, их лечению и подготовки нуждающихся к дальнейшей эвакуации;
- организовывать радиационную, химическую разведку на маршруте движения и в районе расположения омедо, его защиту, охрану и оборону;
- поддерживать постоянную связь с начальниками медицинской службы воинских частей, входящих в состав соединения, организовывать и руководить эвакуацией раненых и больных из медицинских пунктов (районов санитарных потерь) штатными и приданными транспортными средствами;
- выделять по указанию начальника медицинской службы соединения силы и средства для усиления медицинских подразделений, а также для участия в ликвидации последствий применения противником ОМП;
- знать количество раненых и больных, находящихся в подразделениях омедо их лечебно-эвакуационную характеристику и своевременно вносить предложения по уточнению установленного объема медицинской помощи;
- организовать, руководить и лично участвовать в приеме, медицинской сортировке раненых и больных и оказании им медицинской помощи в установленном объеме;
- организовать лечение нетранспортабельных раненых и больных, а также легкораненых и легкобольных со сроками восстановления боеспособности до 10 суток;
- организовывать и контролировать подготовку раненых и больных к эвакуации по назначению;
- организовывать выполнение возложенных на омедо санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий;
- непосредственно руководить боевой и специальной подготовкой медицинского персонала омедо, обеспечивать поддержание высокой воинской дисциплины и внутреннего порядка, а также устойчивого морально-психологического состояния подчиненных;
- организовывать всестороннее материальное обеспечение омедо и обслуживание раненных и больных;

- поддерживать в установленных размерах запасы материальных средств, обеспечивать правильное их содержание, рациональное расходование и своевременно принимать меры к обеспечению их сохранности и правильной эксплуатации;

- организовать медицинский учет и отчетность в омедо, постоянно анализировать работу подразделений и принимать меры по ее совершенствованию;

- анализировать своевременность проведения и содержание лечебно-эвакуационных мероприятий, выполненных раненым и больным до поступления в омедо, учитывать и анализировать дефекты в их проведении, разрабатывать и вносить предложения по улучшению организации и качества оказания медицинской помощи и осуществления медицинской эвакуации.

Из материально-технического оснащения отдельный медицинский отряд имеет санитарные автомобили (АС-66), специальные автомобили (ДДА-66, АР-2У1), электростанции, полевые кухни, цистерну для воды, палатки.

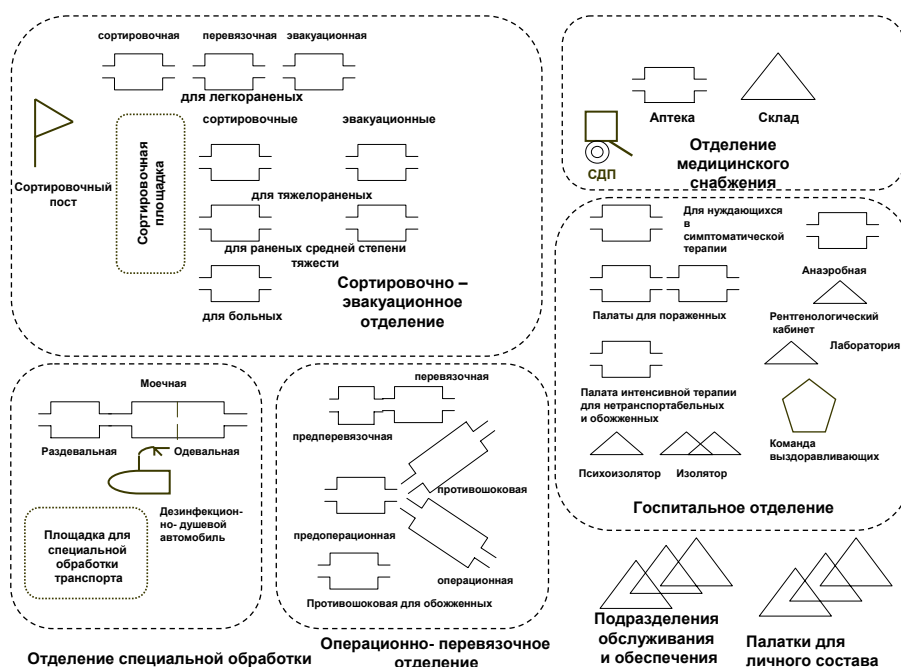


Рисунок 5 — Схема развертывания отдельного медицинского отряда

9.4.1. Схема развертывания отдельного медицинского отряда и организация его работы (см. рисунок 5)

Омедо развертывает приемно-сортировочное отделение, отделение специальной обработки, операционно-перевязочное отделение, госпитальное отделение, лабораторию, стоматологический кабинет, рентгенологический кабинет, аптеку, узел связи, столовую, склады, площадку для автомобильного транспорта и вертолетную площадку.

В первую очередь развертываются приемно-сортировочное отделение, операционно-перевязочное отделение и палаты интенсивной терапии госпитального отделения.

Время развертывания основных функциональных подразделений первой очереди: летом — 2 часа, зимой — до 3 часов.

Приемно-сортировочное отделение развертывается для приема, регистрации, медицинской сортировки раненых и больных, определения необходимого объема медицинской помощи, оказания медицинской помощи до направления в лечебные подразделения омеда, а также для подготовки раненых и больных к дальнейшей эвакуации. Приемно-сортировочное отделение развертывается в составе сортировочного поста, сортировочной площадки, сортировочной для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, сортировочной для легкораненых и больных, эвакуационных.

Отделение специальной обработки развертывается для полной санитарной обработки раненых и больных, имеющих заражения ОВ, РВ и БС, превышающие безопасные уровни, а также для частичной дегазации, дезактивации и полной дезинфекции обмундирования, обуви и снаряжения раненых и больных, доставившего их транспорта и санитарных носилок. Для развертывания площадки специальной обработки задействуются силы и средства СЭЛ.

В штате отделения 2 врача (хирург и терапевт), 1 фельдшер, 5 медсестер и санитары.

Для обеспечения работы отделения имеются: ДДА-66, автоцистерна, резиновые емкости для запасов воды, палатки.

Операционно-перевязочное отделение развертывается силами и средствами хирургического отделения и отделения анестезиологии и реанимации и предназначено для оказания раненым и больным первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи, проведения противошоковых мероприятий, а также последующей сортировки раненых и больных в интересах их последующей эвакуации по назначению.

Операционно-перевязочное отделение развертывается в составе: операционной, перевязочных для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести и противошоковой. В составе операционной и перевязочной оборудуются соответственно предоперационная и предперевязочная.

В составе хирургического отделения имеются: врачи-хирурги и анестезиологи, операционные медсестры, медсестры и медсестры-анестезисты.

В противошоковом отделении работают врачи: анестезиолог и реаниматолог, фельдшер и медсестры-анестезисты.

На оснащении хирургического отделения (совместно с аптекой) имеется стерилизационно-дистилляционная установка на прицепе (СДП-2-150).

Отделение госпитализации развертывается для оказания первой врачебной и квалифицированной терапевтической помощи раненым и больным, проведения мероприятий интенсивной терапии, временной госпитализации и лечения нетранспортабельных, лечения легкораненых и легкобольных, а также подготовки раненых и больных к дальнейшей эвакуации после выведения их из нетранспортабельного состояния, ухода за ранеными и больными, нуждающимися в изоляции и симптоматической терапии. Для участия в рабо-

те отделения госпитализации может привлекаться весь медицинский персонал омеда незадействованный по своему прямому назначению.

Отделение госпитализации развертывается в составе палаток интенсивной терапии, изолятора для инфекционных больных и психоизолятора для больных с нервно-психическими и психоэмоциональными расстройствами.

В штате отделения имеются врачи: терапевт и терапевт-токсиколог, фельдшер и медсестры.

Лаборатория развертывается для проведения установленного объема общеклинических и биохимических анализов.

Стоматологический кабинет развертывается для оказания терапевтической и хирургической стоматологической помощи. При поступлении потока раненых и больных, нуждающихся в оказании хирургической помощи, медицинский персонал стоматологического кабинета задействуется для работы в составе хирургических бригад.

Рентгенологический кабинет развертывается для проведения рентгенологических исследований. Начальник рентгенологического кабинета во время поступления раненых и больных задействуется для участия в проведении медицинской сортировки и определения последовательности направления на рентгенологические исследования.

Аптека развертывается для обеспечения основных подразделений омеда и медицинских подразделений соединения медицинскими техникой и имуществом, обеспечения личного состава соединения индивидуальными средствами медицинской защиты, а также организации проведения метрологического контроля медицинской техники, восстановления на месте или отправке в ремонт неисправной медицинской техники, сбора и учета трофейного медицинского имущества и медицинской техники.

Узел связи развертывается для обеспечения связи начальнику омеда с командиром соединения, заместителем командира соединения по тылу, начальником медицинской службы соединения, командиром ВПП, а также с медицинской службой воинских частей, входящих в состав соединения.

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

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

Площадка для автомобильного транспорта развертывается и оборудуется для размещения автомобильного транспорта омеда и пунктов его технического обслуживания. Площадка для автомобильного транспорта должна быть оборудована средствами защиты и маскировки и обеспечивать рассредоточенное размещение на ней автомобильной техники. К площадке размещения автомобильного транспорта должно быть оборудовано не менее двух подъездов (выездов).

Вертолетная площадка оборудуется для санитарного авиационного транспорта, в целях экстренной эвакуации раненых и больных.

ГЛАВА 10

МЕДИЦИНСКИЕ ЧАСТИ И УЧРЕЖДЕНИЯ

Развитие современного оружия, изменение форм и методов ведения боевых действий вызвало необходимость реформирования и изменения структуры Вооруженных сил Республики Беларусь. На смену громоздким армейским корпусам пришли оперативные командования Сухопутных войск и оперативно-тактические командования Военно-воздушных сил и войск противовоздушной обороны. Задачи по защите и охране важнейших объектов и городов страны будут решать территориальные войска.

Для полного и своевременного медицинского обеспечения частей и соединений необходима соответствующая группировка сил и средств медицинской службы. Создать унифицированные организационные структуры медицинской службы, способные выполнять универсально любые задачи, в соответствии со спецификой любого конфликта, не представляется возможным. На протяжении последних десятилетий система лечебно-эвакуационного обеспечения претерпевала серьезные и значительные изменения. Эти перемены были продиктованы изменением характера современного боя, темпа и продолжительности современных боевых конфликтов, характера и структуры боевых поражений. Свой отпечаток на этот процесс накладывает и медицина как наука: изменяются и совершенствуются формы и методы оказания медицинской помощи, лечения боевой и не боевой травмы и заболевания, совершенствуются подходы к вопросу реабилитации раненых.

Поэтому маневр и усиление подразделений медицинской службы являются важнейшими механизмами построения и поддержания устойчивости лечебно-эвакуационной системы войск.

10.1. Задачи медицинской службы оперативного командования

Задачи медицинской службы оперативного командования ориентированы, прежде всего, на координацию действий медицинской службы частей и соединений, их усиления и создания необходимой группировки сил и средств для медицинского обеспечения.

На медицинскую службу оперативного командования возлагаются следующие задачи:

1. Координация действий медицинской службы частей и соединений.
2. Усиление медицинской службы соединений и отдельных частей личным составом, санитарным транспортом и медицинским имуществом.
3. Создание временных медицинских подразделений для обеспечения нештатных тактических формирований.
4. Оказание раненым и больным квалифицированной медицинской помощи, лечение раненых и больных со сроками выздоровления до 10 суток.
5. Временная госпитализация нетранспортабельных раненых.
6. Организация эвакуации раненых и больных из очагов массовых санитарных потерь, из частей и соединений в лечебные учреждения.

7. Проведение мероприятий по медицинской защите личного состава войск (сил) от оружия массового поражения и неблагоприятных экологических факторов.

8. Проведение квалифицированной медицинской разведки в полосе действий оперативного командования.

9. Проведение санитарно-эпидемиологического надзора и противоэпидемических мероприятий в соединениях и частях.

10. Проведение мероприятий по повышению живучести подчиненных соединений, частей и учреждений, их охране и защите.

11. Бесперебойное снабжение соединений и частей медицинской техникой и имуществом.

12. Боевая и специальная подготовка личного состава медицинской службы, военно-медицинская подготовка и санитарное просвещение личного состава войск.

13. Ведение медицинского учета и отчетности по службе, изучение и обобщение опыта медицинского обеспечения войск.

10.2. Медицинские части и учреждения центрального подчинения

Медицинский отряд специального назначения является мобильным медицинским учреждением, предназначенным для проведения лечебно-эвакуационных мероприятий в очагах массовых потерь в войсках, а также для обеспечения мобильных сил при решении ими специальных задач. В отряде оказывается первая врачебная и квалифицированная медицинская помощь по жизненным показаниям.

Санитарно-эпидемиологический центр предназначен для организации и проведения санитарно-эпидемиологического надзора и противоэпидемических мероприятий в войсках объединений и районах их расположения (базирования).

Медицинский склад бригады материального обеспечения оперативно-го командования предназначен для содержания запасов медицинской техники и имущества, обеспечения ими соединений и частей, прикрепленных на снабжение и осуществления текущего и среднего ремонта медицинской техники.

Медицинская лаборатория предназначена для организации и проведения судебно-медицинской, криминалистической, судебно-биологической, судебно-химической экспертиз и патологоанатомических исследований в войсках и медицинских учреждениях ВС.

10.3. Военный полевой госпиталь

Военные полевые госпитали являются лечебными учреждениями, предназначенными для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи, лечения и реабилитации раненых и больных.

Военный полевой многопрофильный госпиталь предназначен для оказания квалифицированной и элементов специализированной медицинской помощи и лечения раненых, в том числе, с комбинированными поражениями.

Основные задачи госпиталя:

- прием раненых и больных из ометов, медпунктов, медицинских пунктов частей и очагов массовых санитарных потерь;
- проведение медицинской сортировки раненых и больных;
- оказание раненым и больным квалифицированной, с элементами специализированной медицинской помощи;
- лечение поступивших раненых и больных до окончательного исхода в пределах сроков, установленных для госпиталей;
- временная госпитализация, лечение и подготовка к эвакуации раненых и больных, подлежащих лечению на специализированных больничных койках Министерства здравоохранения;
- военно-врачебная экспертиза раненых и больных;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в госпитале;
- хозяйственно-бытовое обслуживание находящихся на лечении раненых и больных;
- проведение воспитательной и идеологической работы среди раненых и больных.

Военные полевые госпитали имеют следующую организационную структуру (рисунок 6):



Рисунок 6 — Организационная структура военного полевого госпиталя

1. Управление (командование, медицинская часть, МТО, финансовая служба).
2. Основные подразделения:
 - приемно-сортировочное отделение;
 - лечебные отделения (3 — в госпитале на 300 коек, 5 — в госпитале на 500 коек);
 - отделение анестезиологии и интенсивной терапии;
 - стоматологическое отделение;
 - физиотерапевтическое отделение;
 - рентгенологическое отделение;
 - лабораторное отделение;
 - отделение функциональной диагностики (в терапевтических госпиталях);
 - отделение медицинской реабилитации;
3. Подразделения обеспечения и обслуживания: аптека, клуб, автомобильное отделение, электротехническое отделение, столовая, склады, иногда прачечная.

Для приема, оказания квалифицированной медицинской помощи, лечения раненых в составе ВПП разворачивают:

1. Приемно-сортировочное отделение (сортировочный пост, сортировочная площадка, сортировочные палаты, санитарный пропускник, эвакуационная палата, изолятор).
2. Лечебные отделения в составе перевязочной, анаэробной, госпитальной палаты, процедурной, коечной мощностью до 100 коек каждое.
3. Операционно-анестезиологическое отделение в составе операционной (1–2) и палаты интенсивной терапии.
4. Стоматологическое отделение.
5. Рентгенологическое отделение.
6. Лабораторное отделение.
7. Физиотерапевтическое отделение.
8. Отделение функциональной диагностики.
9. Отделение медицинской реабилитации.
10. Аптеку.
11. Подразделения обеспечения.

При возможности, разворачивать лечебные учреждения следует в зданиях не крупных населенных пунктов.

10.4. Специализированные больничные койки лечебных учреждений Министерства здравоохранения Республики Беларусь

В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения Вооруженных сил Республики Беларусь этапом оказания специализированной медицинской помощи и лечения являются специализированные отделения лечебно-профилактических учреждений Министерства здравоохранения.

Направлению в лечебно-профилактические учреждения Министерства здравоохранения подлежат раненые и больные с длительными сроками лечения (более 30 суток или других сроков, установленных для военных полевых госпиталей) и неперспективные для возвращения в строй.

Специализированные больничные койки (СБК) развертываются в особый период в лечебно-профилактических учреждениях (республиканских, областных, центральных районных больницах, клиниках, диспансерах, медсанчастях крупных предприятий, санаториях). Лечебно-профилактическое учреждение должно иметь отделения необходимого профиля с соответствующим медицинским оборудованием и оснащением.

На лечебные учреждения, имеющие СБК, возлагаются следующие основные задачи:

1. Прием, проведение медицинской сортировки и санитарной обработки раненых и больных, при необходимости — проведение дезинфекции, дегазации и дезактивации обмундирования и транспорта, доставившего раненых и больных.

2. Проведение медицинского обследования и лечение раненых и больных до определившегося исхода.

3. Проведение медицинского освидетельствования раненых и больных, находящихся на лечении, своевременная их выписка или перевод в лечебные учреждения по месту жительства лиц, признанных негодными к дальнейшей службе в ВС.

4. Хозяйственно-бытовое обслуживание раненых и больных во время их пребывания на лечении, обеспечение их всеми видами довольствия.

5. Ведение медицинского учета и отчетности.

Лечебно-профилактические учреждения должны быть готовы к массовому поступлению раненых и больных. Для этого заблаговременно должны планироваться основные мероприятия и отрабатываться схемы работы в этих условиях.

Эвакуация раненых и больных на большие расстояния возлагается на местные эвакуационные пункты и местные органы власти с использованием коммунального транспорта и эвакуационных пунктов.

10.5. Медицинская служба территориального командования

На медицинскую службу территориального командования возлагаются следующие задачи:

- организация медицинского обеспечения оперативного и мобилизационного развертывания войск и их перегруппировки на контролируемой территории;
- руководство мобилизационным развертыванием медицинских подразделений и отправкой их по оперативному назначению;
- взаимодействие с гражданскими министерствами и ведомствами в отмотилизовании медицинских специальных формирований в интересах

медицинской службы Вооруженных сил и контроль за их готовностью к выполнению задач по предназначению;

- оказание помощи медицинской службе Вооруженных сил путем усиления необходимыми силами и средствами, а также проведением маневра в их интересах;

- организация оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи раненым и больным, их лечения и реабилитации в лечебных учреждениях Министерства здравоохранения;

- организация мероприятий по повышению живучести, защите и обороне подчиненных подразделений медицинской службы;

- организация санитарно-эпидемиологического надзора и противоэпидемических мероприятий в войсках, в районах обороны и коммуникациях;

- снабжение медицинской техникой и имуществом частей и подразделений территориальных войск;

- организация медицинского учета и отчетности;

- изучение и обобщение опыта медицинского обеспечения войск.

Кроме того, на медицинскую службу территориального командования возлагаются задачи по организации взаимодействия с медицинской службой оперативных командований, при обеспечении совместных операций на стратегических направлениях, а также с Министерством здравоохранения, другими министерствами и ведомствами по вопросам медицинского обеспечения войск.

ГЛАВА 11

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БАТАЛЬОНА И ОТДЕЛЬНОЙ МЕХАНИЗИРОВАННОЙ БРИГАДЫ В ОБОРОНЕ

Военная концепция нашего государства не предусматривает агрессивных намерений по отношению к своим соседям и потому рассматривает оборону как основной вид боевых действий Вооруженных сил, хотя и не отказывается от другого вида боя — наступления, так как оба эти вида боевых действий взаимосвязаны и взаимозависимы.

Оборона имеет целью отразить наступление превосходящих сил противника, нанести ему максимальные потери, удержать важные районы местности и тем самым создать благоприятные условия для перехода в наступление.
--

В зависимости от боевой задачи, наличия сил и средств, а также от характера местности оборона может быть позиционной и маневренной.

Позиционная оборона — основной вид обороны. Она наиболее полно отвечает главной цели обороны и ведется путем нанесения максимальных потерь противнику в ходе упорного удержания подготовленных к обороне районов местности. Позиционная оборона применяется на большинстве направлений и, прежде всего, там, где потеря территории недопустима.

Маневренная оборона применяется в целях нанесения противнику потерь, выигрыша времени и сохранения своих сил путем последовательных оборонительных боев на заранее намеченных и эшелонированных в глубину рубежах, в сочетании с короткими контратаками. Она допускает оставление некоторых районов территории и применяется в условиях внезапного нападения противника и при ведении боя в полосе обеспечения. В ходе маневренной обороны бригада вынуждает противника наступать в направлении, на котором подготовлена устойчивая позиционная оборона, или он вовлекается в район, обеспечивающий выгодные условия для его разгрома контратаками.

Оборона может применяться преднамеренно или вынужденно. Преднамеренный переход к обороне наиболее типичен для начала войны. Вынужденный переход к обороне является следствием неблагоприятно сложившейся обстановки при отражении удара превосходящих сил противника, неудачном исходе встречного боя, недостатке сил и средств для ведения наступления, а также может осуществляться в целях их экономии для наступления на других направлениях.

Бригада может переходить к обороне в условиях отсутствия соприкосновения с противником или при непосредственном соприкосновении с ним. Оборона может готовиться продолжительное время или в короткие сроки, поспешно. Более благоприятные условия для медицинской службы будут складываться при заблаговременном переходе к обороне и отсутствии непосредственного соприкосновения с противником. В этом случае, как правило, имеется достаточно времени для организации медицинского обеспечения оборонительного боя, эффективного использования защитных свойств местности при разворачивании этапов медицинской эвакуации, для выбора и подготовки путей вывоза (выноса) раненых с поля боя, оборудования медицинских пунктов, медицинской роты в инженерном отношении и т. д.

11.1. Условия деятельности медицинской службы отдельной механизированной бригады в оборонительном бою

В оборонительном бою организацию медицинского обеспечения отдельной механизированной бригады будут определять следующие условия:

1. Превосходство противника в силах и средствах и возможность его вклинивания в нашу оборону.

Это обусловит:

- необходимость быстрого розыска, сбора раненых на поле боя и скорейшую их эвакуацию в тыл;
- необходимость разворачивания этапов медицинской эвакуации на большем удалении от линии боевого соприкосновения с противником, чем в других видах боя (медицинский пункт батальона (МПБ) — 2,5–3 км, отдельный медицинский отряд (отдельная медицинская рота) отдельной механизированной бригады в районе расположения подразделений тыла — до 10–12 км);

- заблаговременный отвод этапов медицинской эвакуации в запасные районы вместе с ранеными (при угрозе выхода противника в районы развертывания) и обеспечение непрерывности в оказании медицинской помощи при их отводе;

- вынужденную необходимость сокращения объема медицинской помощи на этапах, особенно находящихся на направлении главного удара противника.

2. Полоса обороны отдельной механизированной бригады может значительно увеличиваться, она будет действовать на более широком фронте при значительном эшелонировании в глубину. Следовательно, возрастет и площадь розыска, сбора, вывоза (выноса) раненых и больных, а также размещения сил и средств медицинской службы.

3. Высокая активность обороняющихся частей и подразделений с постоянным маневрированием и нанесением контратак. Это потребует от медицинской службы высокой активности и выделения необходимых сил и средств для обеспечения выполнения боевой задачи частями и подразделениями бригады.

4. Применение противником высокоточных средств приведет к значительным санитарным потерям. В этих условиях медицинская служба вынуждена будет непрерывно проводить мероприятия по розыску раненых и оказанию им медицинской помощи, их эвакуации, и это потребует широкого маневра силами и средствами, использования резервов медицинской службы, сокращения объема медицинской помощи на этапах.

Войска, перешедшие к обороне, могут занимать участки обороны длительное время. Это позволит хорошо изучить все условия местности, будет способствовать хорошей организации оказания медицинской помощи раненым, но в процессе длительного нахождения войск на одной территории ухудшается санитарное состояние последней. Поэтому при заблаговременной подготовке к обороне необходимо разрабатывать конкретный комплекс мероприятий с учетом реальной санитарно-гигиенической и санитарно-эпидемической обстановки в различные периоды.

Успех возможен только в том случае, если начальник медицинской службы отдельной механизированной бригады, начальники медицинских пунктов батальонов и санитарные инструкторы рот будут знать боевую и медицинскую обстановку.

Оборонительный бой характеризуется возникновением значительных санитарных потерь, большими физическими и психическими нагрузками на личный состав. Это заставляет готовить медицинскую службу к выполнению задач непрерывно, в том числе ночью, в любых погодных условиях.

Размеры санитарных потерь в оборонительном бою подвержены большим колебаниям и будут зависеть от масштабов использования высокоточных средств, боеприпасов объемного взрыва, плотности боевых по-

рядков войск, степени инженерного оборудования местности и защищенности личного состава, характера предстоящего боя, направления главного удара противника, подготовленности личного состава и других факторов.

Максимальные санитарные потери могут быть при противодействии противнику в прорыве батальонных районов обороны, особенно на главном направлении наступления.

Преобладающими могут быть обширные механические повреждения внутренних органов, множественные переломы костей, обширные ожоги, особенно напалмовые, тяжелые и крайне тяжелые ранения. В связи с этим будут значительными трудозатраты при оказании медицинской помощи, возрастет число лиц, нуждающихся в вывозе с поля боя санитарным транспортом, проведении сложных лечебно-диагностических мероприятий на этапах медицинской эвакуации.

При неравномерности поступления раненых во время боя, потребуются умелый маневр объемом медицинской помощи в омедо (медр), вплоть до выполнения (при чрезвычайных обстоятельствах) неотложных мероприятий первой врачебной помощи.

11.2. Принципы медицинского обеспечения бригады в обороне

Все вышеприведенное позволяет сформулировать принципы медицинского обеспечения бригады в обороне. Они сводятся к следующему:

- обеспечение постоянного и своевременного розыска, сбора, быстрейшего вывоза (выноса) раненых с поля боя и эвакуации их в МПБ и омедо (медр);
- подготовка медицинских пунктов частей к оказанию медицинской помощи раненым и больным и уходу за ними в условиях автономных действий и невозможности постоянно вести их эвакуацию;
- максимальная эвакуация раненых и больных при появлении такой возможности;
- развертывание этапов медицинской эвакуации в местах, где они могут работать более продолжительное время;
- укрытие медицинских подразделений в инженерных сооружениях;
- рассредоточение сил и средств медицинской службы с учетом возможного объема работы.

Кроме того, имеет значение:

- создание резерва медицинской службы, оптимальное его размещение и восстановление;
- широкий маневр объемом медицинской помощи в медицинских подразделениях, значительное его сокращение при угрозе выхода противника к местам их развертывания;
- обеспечение скорейшей эвакуации раненых и пораженных на последующие ЭМЭ;
- готовность МПБ и омедо (медр) к отводу в тыл — на запасные площадки развертывания;

- постоянная готовность к медицинскому обеспечению контратак частей и подразделений бригады;
- постоянное проведение необходимых профилактических и противоэпидемических мероприятий среди личного состава бригады и на обороняемой территории;
- устойчивое, непрерывное и оперативное управление медицинской службой, основанное на знании обстановки и наличии постоянной связи с подчиненными.

11.3. Мероприятия, проводимые медицинской службой в период организации обороны

В период организации обороны медицинская служба проводит все необходимые мероприятия по подготовке к медицинскому обеспечению предстоящих боевых действий.

Санитарные инструкторы рот тщательно обследуют местность, ставят задачи стрелкам-санитарам, намечают и обозначают пути вывоза (выноса) раненых, выбирают возможные места подхода транспортных машин переднего края («Мул»).

Перечень работ, которые необходимо провести для обеспечения бесперебойного вывоза (выноса) раненых (расширение отдельных участков траншей, устройство лестниц для выхода из траншей и т. п.) докладывается командиру роты.

Также санитарные инструктора рот проверяют наличие у личного состава индивидуальных средств оказания первой медицинской помощи, а при необходимости — обучают личный состав правилам оказания первой медицинской помощи при боевых поражениях.

В предвидении возможного перерыва в выносе раненых при огневой изоляции роты, проникновении в тыл отдельных групп противника и т. п., санитарный инструктор организует медицинский пост роты (МПР). МПР представляет собой оборудованное укрытие, в котором могут задерживаться раненые (пока не появится возможность эвакуации их на медицинский пункт батальона или до поста санитарного транспорта).

Медицинский пост роты оборудуется, по возможности, вблизи наблюдательного пункта командира роты, с учетом обеспечения выноса (вывоза) из взводов. Здесь создаются запасы средств оказания первой медицинской помощи, подстилочного материала и питьевой воды.

Начальник медицинского пункта батальона при организации обороны проводит медицинскую разведку, в ходе которой определяется место (места) для постов санитарного транспорта (ПСТ), намечает пути вывоза (выноса) раненых из рот на ПСТ или вывоза на медицинский пункт батальона. Он выбирает (с учетом указаний командира батальона и начальника медицинской службы бригады) основное место для развертывания

МПБ. Также оценивает эпидемическое состояние района обороны и санитарно-гигиенические условия размещения личного состава.

Результаты медицинской разведки и конкретные предложения по организации медицинского обеспечения батальона начальник МПБ докладывает командиру батальона.

В условиях ограниченного времени для подготовки обороны командир батальона при постановке задач может указать начальнику медицинского пункта батальона место развертывания МПБ и пункты организации ПСТ, а также определить пути вывоза (выноса) раненых из рот. В соответствии с указаниями командира батальона и начальника медицинской службы бригады, начальник медицинской службы развертывает МПБ, организует ПСТ, проводит необходимые санитарно-гигиенические мероприятия, ставит задачи подчиненным.

Санитарным инструкторам рот начальник медицинского пункта батальона указывает на местности пути выноса и места укрытия раненых, места постов санитарного транспорта, основные и запасные места развертывания МПБ, уточняет размеры запасов медицинского имущества в ротах и порядок его пополнения во время боя. Также определяется порядок работы средств сбора и эвакуации раненых на направлениях рот, устанавливаются сигналы, даются указания о порядке связи санитарных инструкторов с медицинским пунктом батальона.

Начальник МПБ обязан контролировать выполнение распоряжений командира батальона о проведении работ, обеспечивающих, во-первых, бесперебойный вынос (вывоз) раненых из рот (приспособление ходов сообщения для выноса, устройство проходов для транспортеров, автомобилей и т. п.), во-вторых, создание надлежащих условий для работы МПБ, оборудование и маскировка убежища, устройство подъездов к МПБ.

Медицинский пункт батальона необходимо развертывать в укрытии в глубине батальонного района обороны на удалении до 2,5–3 км от переднего края. Оборудование укрытия для МПБ включается командиром батальона в перечень инженерных работ первой очереди.

Санитарные инструкторы рот, а также личный состав подразделения сбора и эвакуации раненых, выделенный в батальон, должны тщательно изучить пути эвакуации, места расположения медицинских постов рот, медицинского пункта батальона, постов санитарного транспорта.

Начальник медицинской службы бригады при подготовке к обороне обязан организовать медицинскую разведку полосы обороны, уточнить у командиров частей места развертывания медицинских пунктов батальонов, пути эвакуации раненых и больных из батальонов. Также начальник медицинской службы бригады согласовывает с командиром бригады место развертывания отдельного медицинского отряда (медицинской роты) и запасной район развертывания этого этапа медицинской эвакуации.

С начальником инженерной службы он согласует объем, характер и очередность инженерных работ, необходимых для размещения медицинских пунктов батальонов и частей ОМБр, оборудования путей эвакуации, распределяет средства усиления по батальонам и ставит задачи подчиненным.

Отдельный медицинский отряд (медицинская рота) разворачивается в глубине второго эшелона соединения, в районе разворачивания подразделений тыла бригады, с учетом защитных и маскирующих свойств местности. Одновременно готовится и оборудуется запасная площадка.

До начала ведения оборонительного боя частями и подразделениями отдельной механизированной бригады начальник медицинской службы направляет в батальоны часть сил и средств из отдельного медицинского отряда (медицинской роты) для сбора и вывоза санитарных потерь, которые возникнут в ходе боя. Часть санитарных автомобилей отдельного медицинского отряда (медицинской роты) он может оставить в своем резерве.

В период организации обороны медицинская служба должна предусмотреть проведение ряда мероприятий на случай возникновения массовых санитарных потерь. К их числу следует отнести:

- выделение личного состава и транспорта для участия в лечебно-эвакуационных мероприятиях в очагах;
- создание резерва медицинского имущества для обеспечения работы подразделений в очагах;
- подготовку этапов медицинской эвакуации к приему в короткие сроки большого числа пораженных.

Медицинский персонал, имущество и транспорт, предназначенные для участия в ликвидации последствий применения противником высокоточного оружия, заблаговременно включается в состав спасательного подразделения, которое создается решением командира бригады (начальника штаба).

11.4. Медицинское обеспечение в ходе оборонительного боя

Работа медицинской службы организуется с учетом конкретной обстановки. Но во всех случаях основное внимание уделяется быстрейшему розыску раненых, оказанию им первой медицинской помощи, сбору и вывозу (выносу) их с поля боя.

Санитарные инструкторы рот и стрелки-санитары взводов, используя оборонительные сооружения, ротные и взводные укрытия, защитные свойства местности, скрытно приближаются к раненым, оказывают первую медицинскую помощь, укрывают их от повторных поражений.

Особенно тщательно для нахождения раненых обследуются завалы, разрушенные оборонительные сооружения, зоны пожаров и т. д. При необходимости к этой работе привлекается личный состав подразделений. Раненых выносят из мест укрытия к постам санитарного транспорта, с целью дальнейшей эвакуации на медицинский пункт батальона.

Если обстановка не позволяет выносить раненых непосредственно к постам санитарного транспорта, то их доставляют на медицинский пост роты. Здесь они находятся временно, до появления возможности их выноса к местам стоянки санитарного транспорта или на медицинский пункт батальона. С поста санитарного транспорта раненых эвакуируют на МПБ, где им оказывается доврачебная медицинская помощь и первая врачебная помощь. После получения помощи раненые эвакуируются в отдельный медицинский отряд (отдельную медицинскую роту) транспортом последнего (ей).

В омето (медр) в зависимости от обстановки раненым и больным оказывают первую врачебную помощь в полном, с элементами квалифицированной медицинской помощи, или сокращенном объеме. После чего раненых эвакуируют в госпитали или на специализированные больничные койки лечебных учреждений Министерства здравоохранения.

Лечебно-эвакуационные мероприятия при ликвидации последствий применения противником высокоточного оружия или боеприпасов объемного действия осуществляется личным составом подразделений, подвергшихся воздействию, а также спасательным отрядом.

В очагах массовых санитарных потерь первая медицинская помощь оказывается в порядке само- и взаимопомощи, а тяжелораненым — санитарными инструкторами, стрелками-санитарами и личным составом спасательного подразделения. Из очагов поражения раненые и пораженные вывозятся в отдельный медицинский отряд (отдельную медицинскую роту) для оказания дальнейшей медицинской помощи и подготовки к эвакуации.

В обороне не всегда возможно приблизить омето (медр) к очагам массового поражения, вследствие угрозы захвата противником этих районов. Он будет, как правило, развертываться на значительном удалении, в стороне от возможного главного удара противника. В связи с этим, раненые и пораженные подлежат практически одномоментной эвакуации из очагов массового поражения.

Отдельный медицинский отряд (отдельная медицинская рота) работу по оказанию медицинской помощи в этих условиях организует в зависимости от конкретной обстановки. Объем медицинской помощи, как правило, сокращается до неотложных мероприятий первой врачебной помощи. Медицинская сортировка нередко будет проводиться на автомобилях. В ходе ее выявляются пораженные, которые не могут быть эвакуированы на следующий этап медицинской эвакуации без оказания медицинской помощи на омето (медр). Остальным пораженным непосредственно на доставившем их транспорте проводят несложные медицинские манипуляции (введение инфузионных растворов, антидотов, сердечных и дыхательных стимуляторов, обезболивающих средств, исправление повязок, шин и т. д.), обеспечивающих их дальнейшую транспортировку.

В случае отхода обороняющихся войск и перемещения медицинских пунктов, непрерывность в оказании медицинской помощи обеспечивается, как правило, переключением потока раненых на другие этапы медицинской эвакуации (маневр потоком эвакуируемых) В частности, при переме-

щении МПБ распоряжением начальника медицинской службы бригады раненные из ротных опорных пунктов могут эвакуироваться непосредственно в медр своей или соседней бригады, а также приданных частей. На период перемещения омедо (медр) по указанию начальника медицинской службы оперативного командования эвакуация раненых из подразделений бригады осуществляется на отдельные медицинские отряды (отдельные медицинские роты) соседних бригад, специальных частей или в госпитали (лечебные учреждения Министерства здравоохранения). Для этого выделяется дополнительный санитарный и общевойсковой транспорт.

Перемещение отдельных медицинских отрядов (медицинских рот) в новый район осуществляется только с разрешения командира бригады. В чрезвычайных обстоятельствах, при непосредственной угрозе выхода противника в район развернутого омедо (медр) или при сильном огневом воздействии противника и отсутствии возможности доложить командиру об обстановке, перемещение омедо (медр) может быть осуществлено распоряжением начальника медицинской службы бригады или командира омедо (медр). При этом принимаются все меры к быстрейшему докладу командиру и старшему медицинскому начальнику о перемещении медр. При проведении контратаки подразделения усиливаются средствами сбора и эвакуации раненых. Санитарные инструкторы рот, МПБ выдвигаются за своими подразделениями, медицинскую помощь раненым оказывают на коротких остановках, розыск и сбор их организуют с учетом конкретной обстановки. В ходе оборонительного боя начальник медицинской службы бригады активно собирает данные о тактической и медицинской обстановке. Особое внимание обращают на организацию лечебно-эвакуационных мероприятий в подразделениях, совершающих отход под воздействием превосходящего противника, в контратакующих подразделениях, при ликвидации последствий применения противником оружия массового поражения.

Организация медицинского обеспечения подразделений, действующих в полосе обеспечения в качестве передового отряда, а также на передовой позиции, осуществляется с учетом ряда особенностей их действий. Эти подразделения ведут боевые действия, как правило, на широком фронте, в значительном удалении от главных сил и при открытых флангах. Ведение боевых действий при этом сочетается с отходом подразделений в тыл. Поэтому первостепенное значение приобретают быстрый розыск раненых на поле боя, оказание им первой медицинской помощи и вывоз (вынос) на медицинские пункты. Для проведения этих мероприятий медицинская служба подразделений, обороняющих полосу обеспечения (передовую позицию), усиливается силами и средствами старшего начальника медицинской службы.

В отдельно действующем батальоне (роте) создаются условия для оказания первой врачебной (доврачебной) помощи. К началу боя медицинские подразделения со средствами усиления размещаются за боевыми порядками обеспечиваемых подразделений и при их отходе перемещаются в тыл на заранее подготовленные и оборудованные площадки.

ГЛАВА 12

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БАТАЛЬОНА И ОТДЕЛЬНОЙ МЕХАНИЗИРОВАННОЙ БРИГАДЫ ПРИ ПЕРЕДВИЖЕНИИ

Передвижение войск — организованное перемещение их маршем, перевозка с использованием различных видов транспорта (автомобильного, железнодорожного, морского, речного, воздушного) или перемещение комбинированным способом в целях выхода к установленному времени в назначенный район или на указанный рубеж в полной готовности к выполнению боевой задачи.

Передвижение, как свидетельствует опыт войн, всегда занимало значительное место в подготовке боя. Поэтому выдающиеся полководцы прошлого считали искусство передвижения одним из факторов, обуславливающих достижение победы.

Развитие средств и способов вооруженной борьбы, изменение условий и характера боя, совершенствование боевой техники и транспортных средств неизменно вызвали совершенствование традиционных способов передвижения, порождали новые способы передвижения и обуславливали их постоянное развитие, повышали роль передвижения в боевой деятельности войск.

В современных условиях, когда действиям войск присущи исключительная маневренность, динамичность, пространственный размах, значение передвижения еще более возросло. Если в войнах прошлого передвижение применялось вне поля боя и проводилось в период подготовки, то теперь оно стало неотъемлемой частью боя. Сейчас различные способы передвижения широко применяются при выдвижении войск в районы боевых действий, при перегруппировках и маневре силами и средствами, с различными целями при подготовке и в ходе боя.

Марш является основным способом передвижения. Он представляет собой передвижение войск в колоннах своим ходом — на штатной технике (танках, БМП, БТР, автомобилях) или в пешем порядке по дорогам и колонным путям. Марш применяется в тех случаях, когда для передвижения войск невозможно или нецелесообразно использовать какой-либо вид транспорта.

При передвижении войск маршем сохраняется организационная целостность войсковых формирований, так как все их силы и средства передвигаются сравнительно компактно, без нарушения штатной структуры подразделений, создаются более благоприятные, чем при других способах передвижения условия для всестороннего обеспечения, надежного управления и поддержания постоянной боевой готовности войск.

12.1. Условия деятельности медицинской службы бригады при передвижении

Условия деятельности медицинской службы бригады определяются, прежде всего, характером предстоящего марша — в предвидении вступления в

бой или вне угрозы столкновения с противником, построением походного порядка, протяженностью, количеством и состоянием маршрутов движения, характером местности, погодой, временем года и суток, наличием в полосе или на маршрутах движения медицинских пунктов и лечебных учреждений.

Марш может осуществляться к фронту, вдоль фронта или от фронта в тыл. Во всех случаях марш должен совершаться скрытно, как правило, ночью или в других условиях ограниченной видимости. При передвижении войска, как правило, рассредоточены на большую глубину.

Построение походного порядка бригады для марша в предвидении вступления в бой определяется поставленной задачей, замыслом предстоящего боя, количеством маршрутов и другими условиями обстановки.

Походный порядок бригады для марша вне угрозы столкновения с противником строится с учетом удобства движения, достижения высокой маршевой скорости, наименьшего напряжения сил личного состава и сохранения боевой техники.

Подразделения (части) медицинской службы, рассредоточенные по колоннам войск, совершающих марш, должны быть в состоянии самостоятельно решать задачи по медицинскому обеспечению во время передвижения, при возникновении встречного боя, в районах сосредоточения.

Поэтому их следует заблаговременно усиливать необходимыми силами и средствами, имеющимися в распоряжении вышестоящего начальника медицинской службы. Такое заблаговременное (до начала движения) усиление особенно важно при совершении марша в предвидении встречного боя.

В числе условий, определяющих организацию медицинского обеспечения войск на марше, существенное значение имеет опасность санитарно-эпидемического неблагополучия на маршрутах движения, зараженность территории радиоактивными веществами или отравляющими веществами. Поэтому перед маршем и в его ходе следует организовать медицинскую разведку маршрутов движения, районов привалов и отдыха войск (сосредоточения). Необходимо также проведение необходимых санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий: профилактики переутомления, санитарного надзора за питанием, водоснабжением и режимом отдыха личного состава войск, соблюдением им санитарно-гигиенических правил, учета суммарной дозы облучения личного состава, когда во время совершения марша войска преодолевают участки местности (районы), зараженные радиоактивными веществами и др.

Таким образом, при совершении марша основными условиями, определяющими деятельность медицинской службы, будут:

- направление движения (к фронту, от фронта, в тыл, вдоль фронта);
- задачи марша и условия его совершения (в предвидении вступления в бой или вне угрозы столкновения с противником);
- протяженность и количество маршрутов движения (размер полосы движения);

- характер местности, состояние дорог, погода, время года и суток;
- организация марша (величина суточного перехода, средняя скорость движения, количество и рубежи привалов, место и время дневного, ночного и суточного отдыха);
- построение походного порядка бригады на марше (состав и задачи передового отряда), построение колонн главных сил, а также частей и подразделений технического обеспечения и тыла);
- возможность возникновения до начала и в ходе марша массовых санитарных потерь;
- перемещение вместе с войсками медицинских частей и подразделений и необходимость своевременного их прибытия в назначенный район в готовности к выполнению поставленных задач;
- санитарно-гигиеническое и санитарно-эпидемическое состояние маршрутов (полосы) движения;
- наличие или отсутствие на маршрутах (в полосе) движения бригады медицинских частей и учреждений.

Медицинское обеспечение марша включает:

- организацию и проведение медицинской разведки маршрутов, районов привалов, дневного (ночного) отдыха;
- санитарный надзор за соблюдением личным составом бригады гигиенических требований при подготовке и в ходе марша;
- лечебно-эвакуационные мероприятия при подготовке, в ходе марша и на рубежах возможной встречи с противником;
- противоэпидемические мероприятия в войсках и на маршрутах движения.

12.2. Медицинская разведка на марше

Медицинская разведка организуется начальником медицинской службы в соответствии с общей организацией разведки в интересах соединения.

Медицинская разведка ведется с целью:

- изучения санитарно-гигиенического и эпидемического состояния маршрутов движения и районов привалов дневного, ночного отдыха и сосредоточения;
- обнаружения и обозначения эпидемических очагов.
- выявления медицинских частей и учреждений, которые могут быть использованы для медицинского обеспечения на марше.
- определения путей эвакуации раненых и больных в ходе марша, состояния дорог.

При совершении марша в предвидении вступления в бой с ходу, задача ведения разведки в интересах бригады возлагается на передовой отряд.

Во всех случаях медицинская разведка должна быть организована с таким расчетом, чтобы до подхода главных сил не только получить необходимые сведения о данном районе, но и провести на основе их необходимые неотложные мероприятия.

12.3. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий

При совершении марша, особенно на большое расстояние, личный состав подвергается воздействию ряда неблагоприятных факторов (повышенная физическая нагрузка, сотрясение, толчки, ускорение, шум, плохие погодные условия, пыль, длительное вынужденное положение тела и др.). Следствием комбинированного воздействия указанных факторов могут быть укачивание, утомление, снижение боеспособности и работоспособности личного состава. В холодное время года, особенно при низкой температуре воздуха и сильном ветре, возрастает опасность переохлаждения организма, возникновения простудных заболеваний и обморожений.

Поэтому санитарно-гигиенические мероприятия включают, прежде всего, санитарный надзор за соблюдением гигиенических требований к организации и проведению марша. Для сохранения сил личного состава, отдыха, приема пищи в ходе марша через каждые 3–4 часа движения назначаются привалы продолжительностью до одного часа и один привал продолжительностью до двух часов во второй половине суточного перехода. В конце каждого суточного перехода назначается дневной (ночной) отдых, а при совершении марша на большое расстояние (более одного суточного перехода) через каждые 3–5 переходов, при необходимости может назначаться суточный отдых.

Для защиты личного состава от дождя, снега и ветра кузова автомобилей должны быть оборудованы тентами или другими покрытиями, а при их отсутствии личный состав должен использовать плащ-палатки. Этим же достигается защита от пыли при движении в летнее время по грунтовым дорогам. К числу мер, направленных на защиту личного состава от пыли, следует отнести также соблюдение установленных дистанций между автомобилями и подразделениями, завязывание манжет на руках, застегивание воротников.

При совершении марша в жаркое время года медицинская служба должна проверять выполнение мероприятий по профилактике тепловых и солнечных ударов, а в зимнее время — по предупреждению обморожений. С этой целью осуществляется контроль оборудования автомобилей тентами и обеспечением личного состава войск теплым обмундированием, горячей пищей и чаем, назначением привалов в защищенных от ветра местах с организацией, по возможности, обогрева личного состава. Для защиты ног от охлаждения на дно кузовов автомобилей укладывается подстилка из утепляющего материала (солома, сено, хвойные ветки и т. п.). Обувь и портянки должны быть сухими.

Для предупреждения отравлений личного состава выхлопными газами необходимо осуществлять контроль соблюдения дистанций между автомобилями, глушения моторов во время привалов, размещения личного состава для отдыха с наветренной стороны. На марше сохраняют свое значе-

ние и такие мероприятия, которые проводятся во всех условиях обстановки (санитарный надзор за питанием и водоснабжением войск, за обеспечением личного состава противопаразитарными средствами и др.).

Содержание противоэпидемических мероприятий в период подготовки и совершения марша определяется особенностями санитарно-эпидемического состояния войск, маршрутов движения, мест привалов и района сосредоточения.

В зависимости от имеющихся данных, в период подготовки проводятся следующие мероприятия:

- контроль санитарной очистки территории размещения подразделений бригады (регулярный сбор, удаление и обеззараживание отбросов), при необходимости осуществление дезинфекции мест размещения;
- усиление медицинского контроля размещения, питания и водоснабжения личного состава;
- проведение занятий, предупреждающих отморожения и простудные заболевания зимой, солнечные и тепловые удары летом, а также других заболеваний;
- усиление контроля над соблюдением личной и общественной гигиены;
- выявление инфекционных больных в подразделениях, изоляция их и эвакуация в омедо (медр), госпитали;
- проведение при необходимости полной санитарной обработки;
- проведение плановых и по эпидемическим показаниям прививок личному составу;
- обеспечение личного состава средствами индивидуальной медицинской защиты, репеллентами;
- принятие мер по ограничению контакта с местным населением;
- проведение противоэпидемических мероприятий среди военнопленных и гражданского населения.

Особое внимание необходимо обращать на своевременное выявление инфекционных больных, ограничение (при необходимости — исключение) контакта личного состава с местным населением, проведение (при наличии показаний) полной санитарной обработки личного состава с дезинфекцией белья и обмундирования.

12.4. Организация лечебно-эвакуационных мероприятий на марше

При подготовке к маршу начальник медицинской службы бригады планирует медицинское обеспечение марша, распределяет силы медицинской службы по походным колоннам. В этот период выявляются больные, которые не могут следовать с войсками. Они эвакуируются в лечебные учреждения, указанные вышестоящим начальником медицинской службы. Отдельный медицинский отряд (медицинская рота) и медицинские пункты батальонов высвобождаются от раненых и больных, свертываются и готовятся к маршу. Все подразделения и части медицинской службы пополняют запасы медицинского имущества.

При совершении марша комбинированным способом вблизи районов погрузки войск на транспортные средства, по указанию начальника медицинской службы бригады, могут разворачиваться медицинские пункты и посты санитарного транспорта для оказания раненым и больным медицинской помощи и их последующей эвакуации в ближайшие лечебные учреждения.

При организации лечебно-эвакуационного обеспечения бригады на марше в предвидении встречного боя распределение сил и средств медицинской службы по походным колоннам должно обеспечить возможность своевременного оказания медицинской помощи раненым и больным при завязке и ведении встречного боя, а также в случае перехода войск к активным боевым действиям в районе сосредоточения непосредственно с марша. Отдельный медицинский отряд (отдельная медицинская рота) следует непосредственно за одним из головных батальонов в готовности к разворачиванию.

МПБ со средствами усиления, выделенными начальником медицинской службы бригады, совершают марш в составе батальонных колонн. Вместе с МПБ батальона, совершающего марш в голове колонны главных сил бригады, должен следовать санитарный транспорт омедо (медр), выделенный начальником медицинской службы бригады. Этот транспорт предназначен для эвакуации раненых и больных из указанных подразделений в ближайшее лечебное учреждение при возникновении санитарных потерь в ходе встречного боя, в результате воздушного нападения противника во время движения и т. д.

При совершении марша в условиях отсутствия угрозы столкновения с противником медицинские части и подразделения вместе с другими частями (подразделениями) обеспечения и тыла движутся самостоятельными колоннами за главными силами по одному – двум маршрутам на удалении 2–3 км.

В ходе марша первая медицинская помощь раненым и больным оказывается в порядке само- и взаимопомощи непосредственно на боевых машинах пехоты, бронетранспортерах и автомобилях, а также личным составом медицинских подразделений, совершающих марш. После оказания первой медицинской помощи раненые и больные для оказания квалифицированной медицинской помощи эвакуируются в ближайшие к маршрутам движения лечебные учреждения.

В случае отсутствия последних раненые и больные следуют с медицинскими подразделениями своих частей.

При нанесении противником ударов высокоточным оружием по колоннам бригады, подразделения, сохранившие боеспособность, продолжают движение. В очагах массовых санитарных потерь спасательные работы проводятся личным составом подразделений, выделенным для спасательных работ. Пораженным оказывается первая медицинская и первая врачебная помощь, после чего они эвакуируются в ближайшие лечебные учреждения.

По прибытии бригады в район сосредоточения начальник медицинской службы бригады организует медицинское обеспечение в соответствии

с характером деятельности войск. Если после прибытия в район сосредоточения войска не вступают в бой и ведут только подготовку к предстоящим боевым действиям, их медицинское обеспечение организуют, развертывая часть сил и средств медицинской службы. С началом боевых действий медицинское обеспечение бригады строится в соответствии с боевой задачей, поставленной войскам, и конкретно складывающейся обстановкой.

12.5. Управление медицинской службой на марше

На марше, как правило, возникают значительные трудности при организации управления медицинской службой из-за отсутствия проводной связи и ограничениях в использовании радиосредств. Поэтому связь на марше обеспечивается подвижными средствами, средствами комендантской службы, а в подразделениях, кроме того, и сигнальными средствами.

Радиосредства работают только на прием. При совершении марша вне угрозы столкновения с противником начальник медицинской службы бригады находится, как правило, на тыловом пункте управления, который движется в голове колонны частей (подразделений) технического обеспечения и тыла. В предвидении встречного боя, в интересах своевременного принятия решения и постановки задач подчиненным в короткие сроки начальник медицинской службы бригады должен находиться на КП с целью получения своевременной и наиболее полной информации об изменениях боевой, тыловой и медицинской обстановки.

ГЛАВА 13 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БАТАЛЬОНА И ОТДЕЛЬНОЙ МЕХАНИЗИРОВАННОЙ БРИГАДЫ В НАСТУПЛЕНИИ

Наступление проводится в целях разгрома (уничтожения) противника и овладения важными районами (рубежами, объектами) местности. Оно заключается в поражении противника всеми имеющимися средствами, решительной атаке, стремительном продвижении войск в глубину его расположения, уничтожении и пленении живой силы, захвате вооружения и техники, различных объектов и намеченных районов местности.

Подразделения и части могут переходить в наступление с выдвижением из глубины или из положения непосредственного соприкосновения с противником, прорывать его оборону в едином бронированном или комбинированном боевом порядке и вести высокоманевренные боевые действия в различных боевых порядках, в ходе которых постоянно изменяется тактическая и медицинская обстановка.

Наступление на наступающего противника ведется путем встречного боя, на отходящего противника — путем его преследования.

В современном наступательном бою условия работы медицинской службы значительно изменились и усложнились в связи с поступлением на оснащении войск качественно новых средств вооруженной борьбы, моторизацией войск и изменением характера боя.

13.1. Условия деятельности медицинской службы отдельной механизированной бригады в наступательном бою

Организация медицинского обеспечения бригады в наступлении, в основном, определяется условиями обстановки, которые складываются при подготовке и в ходе боя.

Основные факторы, которые необходимо учитывать при организации медицинского обеспечения бригады:

- место бригады в боевом порядке оперативного командования;
- способ перехода бригады в наступление (с выдвижением из глубины или из непосредственного соприкосновения с противником);
- боевые задачи, построение боевого порядка бригады, организация боя и тылового обеспечения;
- характерные черты современного наступательного боя: решительность, высокая маневренность, напряженность и скоротечность, быстрые и резкие изменения обстановки, развертывание боевых действий на широком фронте, на большую глубину и ведение их в высоком темпе;
- построение обороны противника, возможный характер боевых действий и применения различных видов оружия;
- величина и структура санитарных потерь, их распределение по элементам боевого порядка и задачам;
- задачи, поставленные перед медицинской службой;
- состав и состояние медицинской службы;
- медико-географические и метеорологические условия.

В наступательном бою войска действуют, как правило, на недостаточно изученной, только что освобожденной от противника территории, состояние которой часто осложняет работу медицинской службы из-за значительных разрушений зданий, дорог, мостов и т. п. Местность может быть также неблагоприятной в санитарно-эпидемическом отношении, а ее обширные участки оказаться зараженными ОВ (СДЯВ), РВ. Это определяет необходимость своевременного проведения медицинской разведки, специальных противоэпидемических и других профилактических мероприятий в войсках.

Насыщение войск боевой техникой, высокие темпы наступления, вероятность массовых санитарных потерь определяют необходимость быстрого сбора раненых и больных, укрытия и вывоза их с поля боя с тем, чтобы исключить возможность гибели от повторного поражения, а также под колесами и гусеницами боевой техники.

Подразделения медицинской службы должны продвигаться и развертываться на новых рубежах для своевременного приема раненых, больных и оказания им медицинской помощи. Это продвижение, а также эвакуация раненых нередко будут затруднены в связи с занятостью дорог войсками второго эшелона и резервами, совершающими маневр. Поэтому в условиях наступательного боя имеет особое значение хорошее знание обстановки и согласование маневра подразделениями медицинской службы с маневром войск. Очень важно, чтобы подразделения, части и учреждения медицинской службы были подготовлены к быстрому свертыванию и выдвигению в намеченные районы, развертыванию в короткие сроки.

Оценка условий деятельности медицинской службы в современном наступательном бою, анализ опыта Великой Отечественной войны, послевоенных вооруженных конфликтов и многочисленных учений позволяют сформулировать ряд требований, выполнение которых будет способствовать успешной, наиболее рациональной организации медицинского обеспечения частей и соединений в наступлении.

В их числе следует назвать:

- четкое планирование медицинского обеспечения и своевременная подготовка медицинской службы;
- тщательное проведение медицинской разведки при подготовке и в ходе наступления;
- своевременные розыск, сбор раненых, оказание им медицинской помощи на поле боя и в очагах массовых санитарных потерь, их вывоз (вынос) с поля боя и эвакуация в омедо (медр);
- маневр подразделениями и частями медицинской службы с целью их приближения к районам санитарных потерь и развертывания для оказания медицинской помощи;
- усиление нижестоящего звена медицинской службы необходимыми силами и средствами;
- установление на омедо (медр) объема медицинской помощи, соответствующего обстановке и обеспечивающего возможно ранее оказание первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи всем нуждающимся в ней раненым;
- создание, своевременное использование и восстановление резерва сил и средств медицинской службы;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий при подготовке к наступлению и в ходе боя;
- создание запасов медицинского имущества и своевременный его подвоз в части;
- четкое управление медицинской службой, особенно в ходе наступательного боя.

Высокие темпы наступления, маневренный характер боевых действий, возможность применения противником различных видов оружия и возникнове-

ния очагов массовых санитарных потерь, вызывают необходимость максимально приближать медицинские подразделения к войскам и рубежам массовых санитарных потерь. Это необходимо для своевременного проведения лечебно-эвакуационных мероприятий и предоставления возможности медицинским подразделениям более продолжительное время работать на одном месте. Потребуется создание резерва сил и средств медицинской службы, который будет использоваться для решения внезапно возникающих задач, в первую очередь при ликвидации последствий возникновения массовых санитарных потерь.

13.2. Подготовка медицинского обеспечения наступления

Успешное медицинское обеспечение наступательного боя во многом зависит от качества, своевременности и полноты мероприятий, проводимых медицинской службой в подготовительный период.

При подготовке к наступлению осуществляется:

- принятие решения, планирование медицинского обеспечения отдельной механизированной бригады в предстоящем бою;
- постановка задач подчиненным;
- подготовка сил и средств медицинской службы;
- проведение необходимых мероприятий медицинской службы среди личного состава бригады.

Подготовительный период должен быть максимально использован для проведения необходимых мероприятий медицинской службы, вытекающих из сложившейся обстановки. Сюда следует отнести, прежде всего, подготовку сил и средств медицинской службы к обеспечению предстоящего боя, а именно:

- высвобождение медицинских пунктов и отдельного медицинского отряда (медицинской роты) от раненых и больных;
- доукомплектование личным составом и транспортными средствами подразделений медицинской службы;
- пополнение необходимых запасов, недостающего медицинского имущества и приведение в готовность медицинской техники;
- прием средств усиления от начальника медицинской службы оперативного командования;
- распределение своих и приданных сил и средств, в соответствии с принятым решением, а также создание необходимого их резерва;
- создание группировки сил и средств медицинской службы в назначенных районах;
- целенаправленная подготовка подразделений медицинской службы с учетом их задач в предстоящем бою.

Кроме подготовки сил и средств медицинской службы, проводятся мероприятия медицинской службы среди личного состава бригады, которые в себя включают:

- обеспечение медицинскими средствами профилактики и оказания первой медицинской помощи;
- обучение приемам оказания первой медицинской помощи, а также мерам предупреждения поражений и заболеваний;
- проведение мероприятий по повышению невосприимчивости к возбудителям инфекционных заболеваний;
- медицинский контроль проведения помывки личного состава со сменной белья и при необходимости — за дезинфекцией обмундирования.

Работу по организации медицинского обеспечения бригады начальник медицинской службы начинает сразу после получения указаний командира бригады о предстоящих боевых действиях. С учетом полученных указаний от командира бригады, а также начальника медицинской службы оперативного командования, он оценивает обстановку, принимает решение по организации медицинского обеспечения, доводит его до подчиненных, организует взаимодействие и управление.

При выработке решения особое внимание обращается на организацию розыска, оказания первой медицинской помощи раненым, их сбор, вывоз, вынос с поля боя, распределение сил и средств медицинской службы в исходном положении и маневр ими в ходе боя, с целью обеспечения непрерывности в оказании медицинской помощи.

Решение на медицинское обеспечение, как правило, принимается на карте и уточняется при наличии времени на местности. С этой целью начальник медицинской службы бригады проводит рекогносцировку, в которой обычно принимают участие начальники медицинских пунктов батальонов, командир медицинской роты, командир отделения сбора и эвакуации раненых.

В ходе рекогносцировки уточняются пути выноса, вывоза и эвакуации раненых с поля боя, место разворачивания, маршруты и порядок перемещения МПБ и омедо (медр), объем и содержание работы по подготовке района разворачивания омедо (медр) в исходном положении. Во время рекогносцировки организуется взаимодействие по вопросам розыска, оказания первой медицинской помощи раненым, сбора и вывоза (выноса) их с поля боя, уточняется порядок работы медицинских пунктов в бою. При этом особое внимание обращается на обеспечение непрерывности в оказании медицинской помощи раненым и больным и их эвакуации при перемещении омедо (медр) в новый район.

Порядок работы начальника медицинской службы при организации медицинского обеспечения наступательного боя с выдвижением из глубины и из положения непосредственного соприкосновения с противником, в целом, одинаков.

Начальник медицинской службы, организуя медицинское обеспечение боя, должен как можно раньше поставить задачи подчиненным, чтобы у них было больше времени для проведения необходимых мероприятий по

подготовке к работе в сложных боевых условиях. А это во многом зависит от методов выработки решения на медицинское обеспечение боя.

При использовании начальником медицинской службы бригады метода параллельной работы, начальники МПБ и командир омеда (медр) должны начинать выполнение подготовительных мероприятий уже во время рекогносцировки, проводимой начальником медицинской службы бригады, а при использовании метода последовательной работы (при продолжительном подготовительном периоде) — после окончания рекогносцировки и принятия решения.

Начальник МПБ, уяснив задачу батальона, а также указания начальника медицинской службы бригады, оценивает обстановку и определяет:

- вероятные районы (рубежи) санитарных потерь;
- порядок оказания первой медицинской и доврачебной помощи;
- порядок розыска, сбора, вывоза (выноса) раненых с поля боя;
- направление движения МПБ в ходе наступления.

Свои предложения по этим вопросам, а также перечень основных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий он докладывает командиру батальона. После этого начальник МПБ ставит задачи санитарным инструкторам рот. Обычно он указывает порядок розыска раненых и оказания первой медицинской помощи, их сбора и вывоза (выноса) с поля боя, место нахождения МПБ в исходном положении, маршрут или ось его перемещения в ходе боя и другие вопросы в зависимости от обстановки.

Подготовка сил и средств медицинской службы к бою включает:

- повышение боевой готовности омеда (медр), МПБ;
- высвобождение омеда (медр), МПБ от раненых и больных, их доукомплектование личным составом и техникой;
- обеспечение омеда (медр), МПБ медицинским имуществом и другими материальными средствами;
- подготовка медицинского состава, техники и медицинского имущества к работе в боевой обстановке;
- подготовка медицинских подразделений к работе в условиях применения противником средств массового поражения.

В инженерном отношении оборудуются места развертывания (работы) медицинских пунктов, создаются положенные запасы медицинского и вещевого имущества.

В этот период в бригаду, как правило, прибывают средства усиления. Недостающее количество транспортных средств, личного состава для сбора и эвакуации раненых с поля боя выделяется командиром бригады.

Отдельный медицинский отряд (медицинская рота), медицинские пункты батальонов в подготовительный период, как правило, не развертываются или развертываются частью сил, проводят амбулаторное лечение больных, а также наблюдение за лицами, которые подверглись воздействию ионизирующего излучения (отравляющих веществ), но сохранивших боеспособность.

В подразделениях бригады выявляются и изолируются инфекционные больные, осуществляются плановая и по эпидемическим показаниям иммунизация личного состава, усиливается санитарный надзор за организацией питания и водоснабжения личного состава.

Личный состав обеспечивается средствами профилактики и оказания первой медицинской помощи при поражениях, с ним проводят занятия по правилам пользования этими средствами и оказания первой медицинской помощи на поле боя и в очагах массового поражения, а с офицерами, — по организации оказания первой медицинской помощи в подразделениях.

13.3. Медицинское обеспечение наступления бригады на обороняющегося противника из положения непосредственного соприкосновения с ним

При наступлении на обороняющегося противника из непосредственного соприкосновения с ним медицинское обеспечение бригады в исходном положении организуется следующим образом.

Санитарный инструктор роты проверяет наличие и пополняет недостающее табельное медицинское оснащение у личного состава, намечает места укрытия раненых и пути их вывоза (выноса) с поля боя, согласовывает порядок совместной работы с бригадным подразделением сбора и эвакуации, если оно выделяется на направлении действий батальона, инструктирует и укомплектовывает медицинским имуществом стрелков-санитаров и уточняет взаимодействие с МПБ.

Медицинские пункты батальонов к началу наступления располагаются в укрытиях непосредственно за боевыми порядками своих батальонов. При МПБ первого эшелона находятся средства сбора и эвакуации раненых, выделенные начальником медицинской службы бригады: санитары, санитарные автомобили. Начальник медицинского пункта батальона намечает маршрут (ось) перемещения МПБ за своим батальоном, определяет порядок вывоза (выноса) раненых из рот.

Отдельный медицинский отряд (медицинская рота) может развертываться в исходном положении для наступления в укрытиях, на удалении от линии фронта. В случае надежного поражения обороны противника и атаки в едином бронированном боевом порядке, омедо (медр) может не развертываться, а продвигаться за первым эшелоном бригады и развертываться в последующем в зависимости от обстановки. Для оказания раненым первой врачебной помощи, в этом случае, с началом боя, обычно развертывается автоперевязочные или используются медицинские пункты частей боевого и тылового обеспечения, развернутые к началу атаки. Такое последовательное развертывание омедо (медр), автоперевязочных (или подвижного отделения), обеспечивает непрерывность в оказании медицинской помощи.

К началу наступления начальник медицинской службы бригады направляет в батальоны средства сбора и эвакуации раненых, сохраняя часть

их в резерве, который содержит при отдельном медицинском отряде (медицинской роте) и использует его, в случае необходимости, для усиления медицинских пунктов батальонов (в том числе при вводе в бой батальонов второго эшелона).

13.4. Медицинское обеспечение наступления бригады на обороняющегося противника с выдвижением из глубины

Медицинское обеспечение наступления бригады на обороняющегося противника с выдвижением из глубины включает: медицинское обеспечение в исходном районе, при выдвижении к рубежу перехода в атаку, медицинское обеспечение атаки и в ходе боя.

В исходном районе медицинские части и подразделения осуществляют подготовку к работе в предстоящем бою и находятся в постоянной готовности к выдвижению. Медицинские пункты размещаются в районах расположения своих частей (подразделений), омеда (медр) — в районе размещения тыла бригады.

Раненым и больным в исходном районе в подразделениях оказывается первая медицинская и доврачебная помощь. В медицинских пунктах частей и в частично развернутом отдельном медицинском отряде (медицинской роте) бригады (или в автоперевязочной) — первая врачебная помощь. Квалифицированная медицинская помощь оказывается в ближайших лечебных учреждениях, эвакуация в которые, как правило, проводится транспортными средствами начальника медицинской службы оперативного командования.

К началу выдвижения медицинские подразделения и части свертываются и занимают отведенные места в походных колоннах.

МПБ следуют в составе походных колонн батальонов, омеда (медр) бригады — за первым эшелоном бригады или в голове колонны тыла. Силы и средства, выделенные для усиления медицинских пунктов батальонов, заблаговременно направляются в подразделения.

Первая медицинская помощь раненым в подразделениях при выдвижении к рубежу перехода в атаку оказывается в порядке само- и взаимопомощи, стрелками-санитарами и санитарными инструкторами рот непосредственно в боевых машинах (автомобилях) или после извлечения из них. Раненых, находящихся в поврежденных боевых машинах (автомобилях), но сохранивших подвижность, как правило, оставляют в них до рубежа спешивания или до появления возможности выгрузки. Раненые, находящиеся в вышедших из строя боевых машинах (автомобилях) вне угрозы возгорания, остаются в них или извлекаются и сосредоточиваются в укрытиях вблизи дорог. Места нахождения раненых и больных обозначаются хорошо заметными знаками. Сбор их осуществляется санитарным транспортом и специально оборудованными транспортными средствами общего назначения, выдвигающимися с медицинскими пунктами и в замыкании колонн.

13.5. Медицинское обеспечение бригады при прорыве обороны и бое в глубине обороны противника

Перед боем, в исходном положении для наступления или перед маршем из выжидательного района, санитарный инструктор роты получает от командира роты боевую задачу.

Начальник МПБ дает санитарному инструктору указания о порядке оказания первой медицинской помощи раненым и больным, сбора и вывоза их из подразделений в период выдвижения на рубеж атаки, при атаке переднего края противника и в ходе боя, о порядке работы МПБ в бою, маршруте его перемещения в ходе боя.

При атаке в **едином бронированном боевом порядке** (без спешивания мотострелковых подразделений) первая медицинская помощь раненым и больным оказывается в порядке само- и взаимопомощи в боевых машинах. После ее оказания раненые и больные при первой возможности высаживаются из боевых машин, укрываются и обозначаются хорошо заметными знаками, а при наличии — радиопередающими устройствами.

Санитарный транспорт омедо (медр) следует за боевыми порядками рот, осуществляет розыск раненых и больных, сосредотачивает их в укрытиях («гнездах» раненых) на маршруте перемещения медицинского пункта батальона или вывозит их непосредственно на МПБ. Маршрут движения санитарного транспорта должен обеспечить розыск раненых и больных во всех местах возможного их нахождения.

При наступлении в **комбинированном боевом порядке** со спешиванием мотострелковых подразделений первая медицинская помощь раненым оказывается в порядке само- и взаимопомощи, а также стрелками-санитарами и санитарными инструкторами рот, находящимися в боевых порядках своих подразделений.

Сбор и вывоз раненых с поля боя проводятся так же, как и при атаке в едином бронированном боевом порядке. Санитарный инструктор роты, находясь в боевых порядках роты, с помощью санитаров-стрелков взводов оказывает медицинскую помощь наиболее тяжелораненым и организует их вывоз в укрытия, обозначает последние и указывает водителям транспортеров и санитарных автомобилей. Значительная часть легкораненых выходит с поля боя самостоятельно. Санитарный инструктор и санитары-стрелки, выполняя свои задачи, в то же время не должны отставать от своих подразделений. Поэтому часто они не смогут обнаружить всех раненых и оказать им первую медицинскую помощь. Поэтому общее руководство сбором раненых, оказанием им первой медицинской помощи, их вывозом из укрытий или мест поражения на ось движения МПБ должен осуществлять врач (фельдшер) батальона (дивизиона), используя для этого свои и приданные средства (санитарные машины подразделений сбора и эвакуации).

МПБ к началу наступления на обороняющегося противника располагаются в укрытиях за боевыми порядками своих батальонов. При МПБ

первого эшелона бригады могут находиться средства сбора и эвакуации раненых, выделенные начальником медицинской службы бригады для работы на направлении данного батальона. Врач (фельдшер) батальона намечает направление перемещения МПБ за наступающим батальоном и порядок вывоза (выноса) раненых и больных из рот. Следуя по намеченной оси перемещения, МПБ задерживается у укрытий, где сосредоточены раненые, для оказания доврачебной и первой врачебной помощи. Начальник МПБ при наличии транспорта обеспечивает погрузку раненых в транспортные средства, осуществляющие эвакуацию в омедо (медр). О местах сосредоточения раненых он докладывает начальнику медицинской службы бригады. Для облегчения их обнаружения и эвакуации такие места обозначаются хорошо заметными знаками.

Начальник медицинской службы бригады должен вести постоянный контроль хода вывоза раненых с поля боя и своевременности их доставки из батальонов в омедо (медр). При необходимости он организует дополнительный розыск и вывоз раненых в тех местах, где подразделения понесли наибольшие потери, а также там, где по условиям местности розыск был затруднен (лес, кустарник, населенные пункты и т.п.).

В одном районе с омедо (медр) к началу боя целесообразно разворачивать медицинские пункты частей боевого и тылового обеспечения. Это облегчает последующий маневр медицинскими пунктами и омедо (медр). Указанный порядок размещения медицинских пунктов, медицинской роты должен быть определен в плане медицинского обеспечения бригады при переходе в наступление из положения обороны.

В ходе боевых действий медицинское обеспечение бригады в наступлении из положения непосредственного соприкосновения с противником организуется таким же порядком, как и медицинское обеспечение наступления с выдвижением из глубины.

В ходе наступления омедо (медр) выполняют свои задачи, сочетая работу с перемещениями за обеспечиваемыми частями и подразделениями.

Периодичность перемещения медицинской роты зависит от темпов наступления, количества раненых и больных, мест их нахождения, состояния путей эвакуации и других условий обстановки с таким расчетом, чтобы сроки поступления на нее раненых не превышали 4–5 часов после ранения.

Омедо (медр) не должен отставать от подразделений первого эшелона бригады более чем на 6–8 км. Срок и район разворачивания отдельного медицинского отряда (медицинской роты) определяется командиром отдельной механизированной бригады по докладу начальника медицинской службы, возможно ближе к рубежу (району) наибольших санитарных потерь.

Для перемещения омедо (медр) имеющиеся раненые и больные эвакуируются в лечебные учреждения Министерства здравоохранения или военные госпитали. При нарушении эвакуации из омедо (медр) с разрешения

командира бригады раненые и больные до эвакуации могут оставаться на месте под наблюдением медицинского состава и охраной или перевозиться за собой. Начальник медицинской службы бригады немедленно докладывает начальнику медицинской службы оперативного командования о месте и количестве раненых и больных.

Непрерывность в оказании первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи раненым и больным в ходе наступательного боя обеспечивается применением различных видов маневра. Вид маневра определяется в каждом конкретном случае в зависимости от обстановки: потоком эвакуируемых раненых, силами и средствами медицинской службы.

Перемещение и развертывание омедо (медр), а также других медицинских подразделений и частей осуществляется в интересах медицинского обеспечения оперативного командования в целом. В тех случаях, когда в непосредственной близости от бригады развернут медицинский пункт приданной артиллерийской или другой части, то туда производится эвакуация раненых на период перемещения омедо (медр).

Время и место развертывания омедо (медр) в ходе наступления определяется конкретными условиями обстановки, прежде всего, удаленностью частей, ведущих бой от омедо (медр), развернутой к началу наступления, характером боя и перспективами дальнейшего развития боевых действий, величиной санитарных потерь, количеством и характером дорог и возможностью их использования для эвакуации раненых и больных.

В условиях стремительно развивающегося наступления и при небольших санитарных потерях целесообразно более позднее развертывание омедо (медр) с использованием для оказания медицинской помощи автоперевязочных (подвижных медицинских комплексов).

В условиях успешно развивающегося наступления отдельный медицинский отряд (медицинская рота) в течение дня боя может перемещаться и развертываться 1–2 раза.

Объем медицинской помощи в отдельном медицинском отряде (медицинской роте) в наступательном бою определяется начальником медицинской службы оперативного командования, он зависит от конкретных условий обстановки и при поступлении большого числа раненых и частых перемещениях, ограничивается первой врачебной помощью и неотложными мероприятиями квалифицированной медицинской помощи. В то же время, при невозможности эвакуации или затруднении эвакуации раненых из медицинской роты, объем помощи будет расширен до оказания квалифицированной медицинской помощи в полном объеме.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные требования к системе медицинского обеспечения Вооруженных сил и постоянный процесс ее развития и совершенствования вызывают необходимость постоянного уточнения некоторых ее положений, внесения изменений, согласно новым правовым актам государства и руководящим документам ВС РФ.

При разработке данного курса лекций был учтен опыт, накопленный в ходе осуществления мероприятий по медицинскому обеспечению отечественных Вооруженных сил, дан ряд определений и затронуты основные вопросы организации медицинского обеспечения войск в военное время (за исключением специальных, которые регулируются отдельными правовыми актами или не находятся в компетенции Министерства обороны).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Комаров, Ф. И.* Военно-медицинская подготовка / Ф. И. Комаров. — М.: Медицина, 1984. — 446 с.
2. *Сиротко, В. В.* Организация медицинского обеспечения войск / В. В. Сиротко, В. В. Редненко, В. В. Могилевич. — Витебск: ВГМУ, 2005. — 644 с.
3. Инструкция о порядке медицинского обеспечения Вооруженных сил Республики Беларусь, утвержденная приказом Министерства обороны Республики Беларусь от 15 марта 2004 г. № 10.
4. Приказ Министерства обороны Республики Беларусь от 26 окт. 2006 г. № 38 «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства обороны Республики Беларусь от 15 марта 2004 г. № 10».
5. *Астрелин, П. В.* Основные направления совершенствования медицинского обеспечения Вооруженных сил в военное время / П. В. Астрелин // Доклад заместителя начальника военно-медицинского управления Министерства обороны полковника медицинской службы на сборе руководящего состава медицинской службы Вооруженных сил 27 марта 2007 г.
6. *Шеин, В. С.* Совершенствование некоторых вопросов организации медицинского обеспечения Вооруженных сил / В. С. Шеин // Военная медицина. — 2007. — № 1. — С. 2–4.
7. *Фролов, Н. А.* История военной медицины. Возникновение военной медицины и ее развитие в XVI–XVIII вв. Сообщение 1 / Н. А. Фролов // Военная медицина — 2007. — № 2. — С. 123–126.
8. *Шелепов, А. М.* Организация эвакуации раненых и больных в период Великой Отечественной войны 1941–1945 гг. / А. М. Шелепов, А. В. Чумаков, П. П. Коновалов // Военно-медицинский журнал. — 2004. — № 5. — С. 55–61.
9. *Иванов, В. И.* Методологические аспекты оптимизации медицинского обеспечения войск с позиций теории функциональных систем / В. И. Иванов, В. А. Гуляев, Ю. С. Голов // Военно-медицинский журнал. — 2000. — № 1. — С. 16–19.
10. Приказ Министра обороны РБ от 16.09.02 № 676. «Об утверждении положения о военно-медицинском управлении Министерства обороны Республики Беларусь».
11. *Синопальников, И. В.* Санитарные потери терапевтического профиля 40-й армии в Афганистане / И. В. Синопальников, В. Г. Новоженков // Военно-медицинский журнал. — 2002. — № 6. — С. 18–24.
12. *Брюсов, П. Г.* Современная огнестрельная травма / П. Г. Брюсов, В. И. Хрупкий // Военно-медицинский журнал. — 1996. — № 2. — С. 23–27.
13. *Бабенко, О. В.* О некоторых свойствах современных средств вооружения / О. В. Бабенко, И. Н. Соловьев, В. И. Агапов // Военно-медицинский журнал. — 2001. — № 5. — С. 22–25.

14. *Величко, М. А.* Структура безвозвратных потерь в современных вооруженных конфликтах / М. А. Величко, В. И. Юдин, Е. К. Красиков // Военно-медицинский журнал. — 1997. — № 1. — С. 64–68.

15. Недостатки в оказании медицинской помощи раненым в догоспитальном периоде: патологоанатомические аспекты // Военно-медицинский журнал. — 1992. — № 4–5. — С. 39–43.

16. Военно-полевая хирургия: учеб. пособие; под ред. С. А. Жидкова, С. Н. Шнитко. — Мн.: БГМУ, 2001. — 307 с.

17. Приказ МО РБ от 31.12.2003 № 1086 «О принятии на вооружение Вооруженных Сил транспортной машины переднего края «Мул».

18. Приказ МО РБ от 30.04.2004 № 392 «Об утверждении инструкции по применению транспортной машины переднего края «Мул».

19. Яньшин, Л. А. Развитие медико-профилактического дела в Красной Армии в 20–30-х годах XX века / Л. А. Яньшин // Военно-медицинский журнал. — 2006. — № 12. — С. 48–57.

20. Закон Республики Беларусь от 23 мая 2000 года «О внесении изменений и дополнений в Закон РБ от 23 ноября 1999 года «О санитарно-эпидемическом благополучии населения».

21. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 10 августа 2000 года № 1236 об утверждении «Положения об осуществлении государственного санитарного надзора в Республике Беларусь».

22. Приказ Министра обороны Республики Беларусь от 8.11.2001 № 731 «Об утверждении Положения о санитарно-эпидемиологических учреждениях МО и санитарно-эпидемиологических подразделениях ВС РБ».

23. Устав внутренней службы Вооруженных Сил Республики Беларусь, утвержденный Указом Президента Республики Беларусь от 26 июня 2001 года № 355. — Мн., 2001. — 300 с.

24. Приказ Министра обороны от 30.06.2004 № 22 «О снабжении медицинскими техникой и имуществом Вооруженных Сил Республики Беларусь в мирное время».

25. Постановление МО РБ от 28.07.2006 № 27 «О порядке учета и категорирования материальных средств в Вооруженных силах Республики Беларусь».

26. *Евланов, О. Л.* Теория управления медицинской службой: становление и развитие / О. Л. Евланов, О. С. Лобастов, С. В. Кобешев // Военно-медицинский журнал. — 2002. — № 3. — С. 4–9.

27. *Быков, И. Ю.* К истории создания и развития системы оказания квалифицированной хирургической помощи в войсковом районе / И. Ю. Быков, П. Ф. Гладких // Военно-медицинский журнал. — 2005. — № 12. — С. 14–19.

28. Боевой устав Сухопутных войск, утвержденный приказом командующего Сухопутными войсками от 24 июня 2005 г. № 163. — Бобруйск, 2005. — 315 с.

29. Инструкция о порядке организации питания в Вооруженных силах Республики Беларусь, утвержденная приказом Министерства обороны от 05 апр. 2006 г. № 10. — Мн., 2006. — 268 с.

30. *Кючков, Н. Д.* Теоретические аспекты танатологического анализа летальных исходов у раненых / Н. Д. Кючков, С. А. Повзун, В. С. Чирский // Военно-медицинский журнал. — 2003. — № 10. — С. 13–16.

31. Постановление Министерства обороны Республики Беларусь от 12 июля 2007 г. № 48. «О введении в действие инструкции о порядке обеспечения санитарно-эпидемического благополучия военнослужащих Вооруженных сил Республики Беларусь при размещении в полевых условиях, на полигонах, в учебных центрах, проведении полевых занятий и стрельб».

32. *Шелепов, А. М.* Перспективные технологии лечебно-эвакуационного обеспечения в условиях современных военных конфликтов / А. М. Шелепов, В. В. Жидик, А. Ж. Черный // Военно-медицинский журнал. — 2007. — № 2. — С. 13–15.

Учебное издание

Голуб Геннадий Валентинович
Камбалов Михаил Николаевич

**ОРГАНИЗАЦИЯ
МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ВОЙСК**

Курс лекций

В двух частях

Часть 1

Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 24. 03. 2009
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 13,02. Уч.-изд. л. 14,2. Тираж 70 экз. Заказ № 63

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004

