

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

**Военная кафедра**

# **СПЕЦИАЛЬНАЯ ВОЕННАЯ ПОДГОТОВКА**

**Учебно-методическое пособие  
для студентов**

**В двух частях**

**Часть 2**

**Гомель  
ГомГМУ  
2015**

**УДК 355. 233/.237 (072)**

**ББК 68я73**

**О-72**

**Авторы:**

*Д. П. Осмоловский, С. А. Анашкина, К. М. Семутенко, А. О. Шпаньков*

**Рецензенты:**

кандидат медицинских наук, доцент,  
заместитель начальника кафедры военной эпидемиологии и военной гигиены  
военно-медицинского факультета Белорусского государственного  
медицинского университета, подполковник медицинской службы

***Д. И. Ширко;***

начальник направления территориальной обороны,  
заместитель военного комиссара военного комиссариата Гомельской области  
полковник ***А. И. Киёк;***

военный комиссар Гомельского городского военного комиссариата  
полковник ***В. В. Ефимчик***

**Специальная военная подготовка:** учеб.-метод. пособие для студентов  
О-72 / Д. П. Осмоловский [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2015. — 225 с.  
ISBN 978-985-506-

Во II части учебно-методического пособия освещены вопросы организации и тактики медицинской службы, основы организации медицинского обеспечения частей и соединений в военное время, организация работы медицинских подразделений, частей и учреждений, дана краткая характеристика сил и средств медицинской службы. При разработке материалов учтены положения новых документов, регламентирующих деятельность медицинской службы в военное время. Материал в пособии изложен в соответствии с законодательными актами Республики Беларусь.

Рекомендовано для практического использования студентами всех факультетов медицинских вузов при подготовке к занятиям и экзамену, а так же преподавателями при подготовке к проведению занятий по дисциплине «Специальная военная подготовка».

Утверждено и рекомендовано к изданию Научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» «17» марта 2015г. Протокол № 1.

**УДК 355. 233/.237 (072)**

**ББК 68я73**

© Учреждение образования  
«Гомельский государственный  
медицинский университет», 2015

## СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АИ	– аптечка индивидуальная
АП	– автоперевязочная
БММ	– бронированная медицинская машина
БОВ	– боеприпас объемного взрыва
БС	– бактериальные средства
ВМП	– временный медицинский пункт
ВМУ	– военно-медицинское управление
ВПГ	– военный полевой госпиталь
ВС РБ	– Вооруженные Силы Республики Беларусь
ГВКМЦ	– главный военный клинический медицинский центр
ДДА	– дезинфекционно-душевой автомобиль
КП	– командный пункт
ЛЭМ	– лечебно-эвакуационные мероприятия
МедПП	– медицинский пункт переправы
медр	– медицинская рота
МП	– медицинский пункт воинской части (подразделения)
МПб (п, бр)	– медицинский пункт батальона (полка, бригады)
мпр	– медицинский пост роты
ОВ	– отравляющие вещества
ОК	– оперативное командование
омедо	– отдельный медицинский отряд
ОМОВ	– организация медицинского обеспечения войск
ОМП	– оружие массового поражения
ООИ	– особо опасные инфекции
ОТМС	– организация и тактика медицинской службы
ПСТ	– пост санитарного транспорта
РВ	– радиоактивные вещества
СБК	– специализированные больничные койки
СДЯВ	– сильнодействующие ядовитые вещества
СП	– сортировочный пост
СЭЛ	– санитарно-эпидемиологическая лаборатория
СЭЦ	– санитарно-эпидемиологическая центр
ТПУ	– тыловой пункт управления
ЧС	– чрезвычайная ситуация
ЧСО	– частичная санитарная обработка
ЭМЭ	– этап медицинской эвакуации

## СОДЕРЖАНИЕ

**Введение**

**Список сокращений**

**Глава 1. Понятие о военной медицине. Организация медицинского обеспечения войск как научная дисциплина.**

1.1. Понятие и содержание военной медицины. История возникновения и развития военной медицины

1.2. Организация медицинского обеспечения войск как научная дисциплина. Медицинское обеспечение войск на современном этапе

**Глава 2. Задачи и организация медицинской службы Вооружённых Сил Республики Беларусь в военное время.**

2.1. Задачи медицинской службы Вооружённых Сил Республики Беларусь в военное время.

2.2. Организационная структура медицинской службы Вооружённых Сил Республики Беларусь в военное время.

2.3. Условия деятельности медицинской службы в современной войне.

**Глава 3. Санитарные потери.**

3.1. Общие потери. Санитарные потери и их классификация

3.2. Величина и структура санитарных потерь. Основные факторы, влияющие на величину и структуру санитарных потерь.

3.3. Методы прогнозирования санитарных потерь.

**Глава 4. Современная система лечебно-эвакуационного обеспечения.**

4.1. Сущность и принципы лечебно-эвакуационного обеспечения войск

4.2. Понятие об этапах медицинской эвакуации (ЭМЭ). Принципиальная схема развёртывания этапа.

4.3. Виды и объём медицинской помощи. Содержание видов медицинской помощи, оказываемых на ЭМЭ.

4.4. Медицинская сортировка, ее цель, задачи.

4.5. Принципы организации медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации.

4.6. Медицинская эвакуация, ее цели, задачи и организация проведения.

**Глава 5. Основы организации и проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в войсках. Медицинская разведка.**

5.1. Организация и проведение санитарно-гигиенических мероприятий в войсках.

5.2. Организация противоэпидемических мероприятий в войсках.

5.3. Понятие о медицинской разведке, ее задачи и виды

**Глава 6. Основы организации обеспечения соединений (воинских частей) медицинским имуществом и техникой в военное время.**

6.1. Задачи и принципы медицинского снабжения в Вооружённых Силах Республики Беларусь в военное время.

6.2. Медицинское имущество и его классификация.

6.3. Организация снабжения войск медицинским имуществом и техникой

## **Глава 7. Индивидуальное медицинское оснащение военнослужащих. Медицинское оснащение штатного медицинского персонала подразделений воинских частей.**

7.1. Индивидуальное медицинское оснащение военнослужащих.

7.2. Порядок применения средств индивидуальной медицинской защиты и оказания первой помощи.

7.3. Медицинское оснащения штатного медицинского персонала подразделений воинских частей, порядок его применения.

## **Глава 8. Медицинское имущество и техника военно-медицинских частей и подразделений в военное время.**

8.1. Комплектно-табельное медицинское имущество и техника функциональных подразделений военно-медицинских частей и медицинских подразделений и его краткая характеристика.

8.2. Нормы снабжения медицинским имуществом и медицинской техникой военно-медицинских частей и медицинских подразделений.

## **Глава 9. Основы управления медицинской службой.**

9.1. Понятие, сущность, содержание и основные принципы управления.

9.2. Порядок организации, содержание и методы работы начальника медицинской службы при принятии решения на медицинское обеспечение боевых действий воинской части.

9.3. Содержание решения начальника медицинской службы и плана медицинского обеспечения боевых действий воинской части.

9.4. Управление медицинской службой воинской части при подготовке и в ходе боя.

## **Глава 10. Организация военно-медицинского учета и отчетности в Вооруженных Силах Республики Беларусь в военное время.**

10.1. Цели и задачи военно-медицинского учета и отчетности в военное время.

10.2. Документы военно-медицинского учета и отчетности.

10.3. Порядок ведения и представления документов военно-медицинского учета и отчетности. Единицы медико-статистического учета.

## **Глава 11. Задачи и состав медицинской службы соединения. Организация деятельности штатного медицинского персонала подразделений соединения.**

11.1. Задачи и состав медицинской службы соединения

11.2. Организация деятельности штатного медицинского персонала подразделений соединения.

## **Глава 12. Задачи, организационно-штатная структура и организация работы медицинского пункта воинской части.**

12.1. Задачи и организационно-штатная структура медицинского пункта

воинской части.

12.2. Выбор и подготовка места для развертывания медицинского пункта.  
Типовая схема развертывания медицинского пункта воинской части.

12.3. Организация работы медицинского пункта воинской части.

12.4 Особенности организации работы медицинского пункта воинской части при поступлении пораженных отравляющими веществами и биологическими средствами.

Глава 13. Задачи, организационно-штатная структура и организация работы отдельного медицинского отряда соединения.

13.1. Задачи,

организационно-штатная структура, схема развертывания отдельного медицинского отряда.

13.2. Задачи и

организация работы основных подразделений отдельного медицинского отряда.

13.3. Организация работы подразделений обеспечения отдельного медицинского отряда.

**Глава 14. Задачи, организационно-штатная структура и организация работы военного полевого госпиталя.**

14.1. Задачи, организационно-штатная структура и схема развертывания военного полевого госпиталя.

14.2. Задачи и организация работы лечебных подразделений военного полевого госпиталя.

14.3. Задачи и организация работы подразделений обеспечения военного полевого госпиталя.

**Глава 15. Задачи, организационно-штатная структура и организация работы санитарно-эпидемиологической лаборатории и санитарно-эпидемиологического центра.**

15.1. Задачи санитарно-эпидемиологической лаборатории соединения.

15.2. Организационно-штатная структура и организация работы СЭЛ.

15.3. Задачи санитарно-эпидемиологического центра.

15.4. Организационно-штатная структура и организация работы санитарно-эпидемиологического центра.

**Глава 16. Организация медицинского обеспечения соединения (воинской части) при передвижении.**

16.1. Условия деятельности медицинской службы соединения (воинской части) при передвижении.

16.2. Задачи и

деятельность медицинских подразделений воинской части при подготовке к передвижению.

16.3. Задачи

и деятельность штатного медицинского персонала и медицинских подразделений воинской части в ходе передвижения.

**Глава 17. Организация медицинского обеспечения соединения (воинской части) в оборонительном бою.**

17.1. Условия деятельности медицинской службы соединения (воинской части) в оборонительном бою.

17.2. Порядок планирования медицинского обеспечения соединения (воинской части) в оборонительном бою.

17.3. Мероприятия, проводимые медицинской службой в период организации обороны.

17.4. Задачи и деятельность медицинских подразделений соединения (воинской части) в ходе оборонительного боя.

17.5. Организация медицинского обеспечения обороны соединения (воинской части) в особых условиях

### **Глава 18. Организация медицинского обеспечения соединения (воинской части) в наступательном бою.**

18.1. Условия деятельности медицинской службы соединения (воинской части) в наступательном бою.

18.2. Мероприятия, проводимые медицинской службой соединения (воинской части) при подготовке к наступлению.

18.3. Организация медицинского обеспечения соединения (воинской части) в ходе наступательного боя.

18.3. Организация медицинского обеспечения наступления соединения (воинской части) в особых условиях.

### **Глава 19. Понятие о мобилизации. Ее виды и принципы**

19.1. Планирование перевода соединений и воинских частей с мирного на военное время.

19.2. Медицинское обеспечение соединений и воинских частей в особый период.

19.3. Организация управления переводом соединения, воинской части с мирного на военное время.

### **Глава 20. Основные положения международного гуманитарного права. Права и обязанности медицинского персонала в вооруженных конфликтах.**

20.1. История возникновения международного гуманитарного права.

20.2. Отличительная эмблема и ее значение.

20.3. Женевская конвенция.

20.4. Применение международного гуманитарного права.

20.5. Защита медицинских учреждений и санитарного транспорта.

20.6. Защита медицинского персонала.

### **Заключение**

### **Литература**

## ВВЕДЕНИЕ

Анализ военно-политической обстановки в мире показывает, что XXI в. характеризуется частым применением военно-силовой политики в международных и внутригосударственных отношениях. Это обусловлено переносом социально-классового противостояния в мире в область национальных противоречий, усилением борьбы за лидерство в установлении нового экономического порядка в регионах и мире в целом; выходом на политическую арену сил, исповедующих терроризм как способ изменения мирового порядка; нарастанием потребности в реформировании существующего миропорядка путем изменения статуса новых мировых держав и другими причинами.

Источниками региональной военной опасности для Республики Беларусь и других стран Содружества независимых государств (СНГ) являются государства, граничащие с территорией бывшего СССР на западе и северо-западе.

В настоящее время наметились тенденции нарастания военной опасности и внутри СНГ, вызванные несовпадением этнических и административных границ ряда государств, а также политическими и экономическими противоречиями между ними.

Исходя из расстановки военных и политических сил в мире и сопредельных с Республикой Беларусь государствах, а также возможных геополитических целей агрессора, военные конфликты XXI в. могут начинаться с межнациональных вооруженных конфликтов с последующим перерастанием в локальные, региональные и мировые войны с применением только обычных средств поражения или с применением оружия массового поражения.

История отечественной военной медицины свидетельствует о разнообразии форм и методов организации медицинского обеспечения войск в войнах и вооруженных конфликтах различной интенсивности. Это разнообразие в основном определяется уровнем социально-экономического развития страны, масштабами и характером боевых действий, применяемыми средствами вооруженной борьбы, уровнем развития медицинской науки и обеспеченностью современными средствами оказания всех видов медицинской помощи. Однако эффективность медицинского обеспечения определяется главным образом человеческим фактором. Поэтому главным условием успешного решения задач военной медицины в военное время является наличие подготовленных высококвалифицированных медицинских специалистов для армии, как из числа кадровых офицеров, так и офицеров медицинской службы запаса. Многолетний опыт медицинского обеспечения войск показывает, что успешно выполняют обязанности по службе те врачи, в том числе и клинические специалисты, которые имеют твердые знания по организации и тактике медицинской службы, в совершенстве знают принятую систему медицинского обеспечения и умело применяют ее на практике.

# ГЛАВА 1

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

### 1.1. Понятие и содержание военной медицины. История возникновения и развития военной медицины

Одним из важнейших элементов поддержания высокой боеспособности и боеготовности армии является здоровье личного состава. В связи с этим, основным направлением деятельности медицинской службы вооруженных сил является всестороннее изучение влияния условий учебно-боевой деятельности и военного быта на здоровье личного состава в целях разработки и реализации в войсках эффективных лечебно-профилактических (лечебно-эвакуационных), гигиенических, противоэпидемических и других специальных мероприятий. Научной и методической основой этой деятельности является военная медицина.

**Военная медицина** - это теория и практика здравоохранения (медицинского обеспечения) вооруженных сил в условиях мирного и военного времени.

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

Практика здравоохранения вооруженных сил находит свое отражение в реализации накопленных научных знаний в виде системы медицинского обеспечения войск в мирное и военное время.

**Медицинское обеспечение вооруженных сил** - это комплекс организационных и медицинских мероприятий, проводимых в армии с целью сохранения и укрепления здоровья личного состава, оказания медицинской помощи раненым и больным, их эвакуации, лечения и быстрого восстановления бое- и трудоспособности после ранений, заболеваний и травм.

Организационную основу медицинского обеспечения составляют органы управления, соединения, части, учреждения и подразделения медицинской службы, объединенные в специальную систему, действующую на основе принципов единой военно-медицинской доктрины.

Теоретической основой военной медицины является, прежде всего, медицинская наука. Однако специфические условия жизни и деятельности

личного состава войск, своеобразие патологии боевых поражений и заболеваний на войне, а также особенности организационной структуры вооруженных сил и способов их боевого применения не позволяют полностью переносить в военно-медицинскую практику положения и правила, принятые в гражданском здравоохранении. Поэтому возникла закономерная необходимость поиска таких методов медицинского обеспечения вооруженных сил, которые соответствовали бы организационным принципам их строительства и были бы наиболее эффективными как в боевой обстановке, так и в повседневной деятельности войск в мирное время. Следовательно, в своем становлении и развитии военная медицина базируется на общих положениях как медицинской, так и военной науки, использует их закономерности и принципы.

Руководствуясь вышеизложенным, можно сделать вывод, что военная медицина это специальная отрасль научных знаний и практической медицины, направленная на изучение влияния на организм военнослужащих условий и факторов боевой деятельности и внешней среды с целью сохранения, укрепления и восстановления их здоровья, бое- и трудоспособности.

Военная медицина представляет собой общественно-историческую категорию, ее состояние и направления практической деятельности медицинской службы вооруженных сил в различные исторические эпохи зависят от экономического строя общества и складывающихся в нем общественных отношений.

Первоочередной задачей военной медицины является сохранение здоровья личного состава Вооруженных сил.

Забота о сохранении здоровья военнослужащих лежит в основе и соответствующих международных соглашений, в частности, Женевской и Гаагской конвенций, преследующих цель улучшить участь раненых и больных воинов во время войны. При этом Республика Беларусь не только признает все вытекающие из них обязательства, но и твердо стоит на необходимости их безусловного выполнения всеми странами, ратифицировавшими указанные конвенции.

Необходимость наиболее полного выполнения в периоды военных конфликтов принципов Женевских конвенций о защите жертв войны, стремление к улучшению всего дела оказания медицинской помощи раненым и больным воинам и их лечения в мирное и военное время, послужили основанием к созданию после Первой мировой войны 1914–1918 гг. Международного комитета военной медицины и фармации. Согласно статусу этой международной организации военных медиков, важнейшая ее задача состоит в том, чтобы посредством обмена опытом работы военно-медицинских служб изыскивать и распространять наилучшие пути и наиболее эффективные способы «защиты и сохранения жизни в военной сре-

де». В настоящее время Международный комитет военной медицины и фармации объединяет представителей военно-медицинских служб около 100 государств.

В качестве самостоятельной области знаний и практической деятельности военная медицина стала оформляться с появлением постоянных армий (в России — конец XVII — начало XVIII столетия). Именно в этот период возникла необходимость иметь в составе регулярной армии военно-медицинскую службу как специальную организацию, предназначенную для медицинского обеспечения войск в целях поддержания на должном уровне их боеспособности. Наряду с этим, особенности жизни, быта и труда военнослужащих, определили необходимость поиска адекватных методов их медицинского обеспечения, которые бы в максимальной степени отвечали специфическим условиям военной службы в мирное время, способам и характеру боевых действий во время войны.

В дальнейшем, по мере совершенствования технического оснащения вооруженных сил и усложнения способов ведения войны все более высокие требования стали предъявляться к изучению условий военной службы и к научной разработке особенностей военной патологии, вызванных, в частности, появлением новых видов поражающих средств. К таким видам военной патологии следует отнести, например, осколочные ранения, поражения боевыми отравляющими веществами, лучевую болезнь и т. д. Это обусловило возникновение и развитие ряда специфических областей или разделов военной медицины, например, военной эпидемиологии, авиационной медицины, военной токсикологии и медицинской защиты и др. Особенно интенсивно развивалась военная медицина в течение XX столетия, что является прямым следствием происходившего в этот период бурного развития науки и техники, коренного изменения технической оснащенности вооруженных сил и огромного размаха военных столкновений, принявших характер мировых войн.

На современном этапе развития военная медицина состоит из совокупности частных военно-медицинских наук (дисциплин), таких, как организация и тактика медицинской службы, экономика военного здравоохранения, автоматизация управления, военно-полевая хирургия, военно-полевая терапия, военная гигиена, военная эпидемиология, военно-медицинская статистика, физиология военного труда, история военной медицины, военно-медицинская география и др. Наряду с этим практические задачи медицинского обеспечения войск, как и интересы углубления и развития теории военного здравоохранения, обусловили возникновение военных разделов почти во всех отраслях теоретической и клинической медицины — патологической физиологии, патологической анатомии, стоматологии, офтальмологии, неврологии, дерматологии, нейрохирургии, травматологии и др.

## **1.2 Организация медицинского обеспечения войск как научная дисциплина. Медицинское обеспечение войск на современном этапе.**

Одной из важнейших дисциплин военной медицины является *организация медицинского обеспечения войск (далее ОМОВ)* – наука об организации медицинского обеспечения Вооруженных Сил в мирное и военное время.

**Задачей ОМОВ** является изыскание и реализация наиболее рациональных и эффективных на данном этапе развития военного дела, военной медицины и здравоохранения страны форм и методов организации медицинского обеспечения Вооруженных Сил в различных видах их боевой и повседневной деятельности, а также поиск и внедрение в систему медицинского обеспечения более эффективных элементов, с целью достижения желаемых результатов сохранения и укрепления здоровья военнослужащих.

Выделение ОМОВ в самостоятельную научную дисциплину, а как следствие и отрасль военной медицины происходило в конце XIX - начале XX веков. Ее становление и развитие диктовалось настоятельными запросами и требованиями военно-медицинской практики. Одной из основных причин, обусловивших необходимость научного становления и постоянного совершенствования организации медицинского обеспечения войск, является бурное развитие военной техники, оборудования и всевозможных технологий, используемых в Вооруженных Силах, а как следствие, связанное с этим усложнение организации вооруженных сил и способов ведения боевых действий.

Этот процесс развития и усложнения военного дела, в свою очередь, потребовал всестороннего изучения опыта медицинской службы в минувших войнах, проведения всестороннего анализа и оперативного внедрения научно обоснованных подходов и методов в систему организации медицинского обеспечения войск.

ОМОВ играет объединяющую роль по отношению к остальным специальным военно-медицинским научным дисциплинам, оказывает на них весьма существенное направляющее влияние. Без учета основных организационно-тактических положений невозможно правильно применять и с наибольшей эффективностью использовать достижения и открытия медицинской и военной науки в сложных условиях военной обстановки.

На современном уровне своего развития организация медицинского обеспечения войск представляет собой обширную область медицинских знаний, в которой можно выделить два направления, отражающие условия деятельности управления, военных организаций, военных медицинских частей и медицинских соединений (воинских частей) Вооруженных Сил.

Направления изучения научной дисциплины «Организация медицинского обеспечения войск»:

организация медицинского обеспечения войск в условиях повседневной деятельности мирного времени;

организация медицинского обеспечения войск в условиях военного времени и чрезвычайных ситуациях.

Все локальные войны (вооруженные конфликты) второй половины XX века проходили с применением только обычного оружия. Его совершенствование связано, прежде всего, с созданием высокоточных и других высокотехнологических систем вооружения, способных избирательно воздействовать на объекты противника.

В связи с этим особую опасность для войск и населения представляют последствия разрушений объектов химического производства, атомной энергетики, транспортной и коммунальной инфраструктуры, расположенных как в зоне конфликта, так и за его пределами, в том числе в глубине территории страны. Последствиями разрушения указанных объектов помимо возникновения очагов массовых санитарных потерь является и высокая вероятность поражения (выхода из строя) объектов медицинской службы, находящихся в этих районах, что в свою очередь указывает на необходимость организации массовой эвакуации раненых и пострадавших в лечебные организации на значительные расстояния.

Структура санитарных потерь в локальных войнах и вооруженных конфликтах существенно изменяется, резко увеличивается число раненых с тяжелыми и крайне тяжелыми повреждениями, возрастает число сочетанных и множественных поражений. Если во второй мировой войне множественные ранения составили 14,2%, то в современных локальных войнах они достигают 25-62%.

С развитием высокоточных систем тесно связаны разработки средств вооружения на новых физических принципах действия (нелетального), применение которых будет способствовать появлению новых видов поражений, временно снижающих боеспособность войск.

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

Приведенные характеристики определяют закономерности динамики потерь войск, готовность медицинской службы к продолжительной работе при крайнем напряжении своих ресурсов, необходимость содержания вы-

сокоподвижных резервов для применения, как в зоне конфликта, так и за его пределами. Поэтому специалисты военного искусства большое внимание уделяют мероприятиям подготовительного периода, предлагают рассматривать его как самостоятельный период войны. Это особенно важно для подготовки к работе всех систем обеспечения, в том числе и медицинского.

Армии многих государств в локальных войнах используют группировки мирного времени. Наряду с группировками вооруженных сил активно используются силы и средства других силовых структур органов государственного управления, а также сугубо гражданских министерств.

Создание группировок войск требует формирования системы взаимодействия как межвидового (внутри вооруженных сил), так и межведомственного в целях наиболее эффективного использования всего потенциала медицинских сил и средств мирного времени.

Наряду с проведением операций (сражений, боев, рейдов) в военных конфликтах ограниченного масштаба войска могут осуществлять и невоенные операции («нетипичные формы ведения боевых действий»): миротворческие, гуманитарные, блокирующие, разъединительные, комендантские, по наведению порядка и другие. Поэтому в типовой структуре операций Вооруженных Сил (общевойсковых, совместных и самостоятельных) возможно появление новых типов операций, в частности специальных.

В связи с насыщением войск высокоточными дальнедействующими средствами поражения в современных операциях отмечается тенденция к увеличению глубины эшелонирования группировок войск, существенно повышается роль маневра войсками, силами и средствами, в том числе медицинской службы.

Ведение боевых действий по отдельным направлениям, наличие больших промежутков в оперативном построении войск, а также большое количество высокоманевренной техники требуют наличия разветвленной сети дорог и соответствующей инфраструктуры, обеспечивающей и обслуживающей эту технику. Очевидно, что автономность применения группировок войск обуславливает соответствующие требования к организации системы медицинского обеспечения войск.

Более глубокое отражение условий деятельности медицинской службы и конкретных факторов, оказывающих существенное влияние на организацию оказания медицинской помощи военнослужащим, изложено в разделах организации медицинского обеспечения различных видов боевых действий.

## **ГЛАВА 2**

### **ЗАДАЧИ И ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ**

До настоящего времени в различных регионах мира не прекращаются локальные войны и вооруженные конфликты межэтнического и территориального характера. Всё яснее причиной развязывания вооруженного конфликта выглядит борьба за сырьевые ресурсы и политическое доминирование. После второй мировой войны более чем в 150 войнах погибли свыше 10 млн. военнослужащих противоборствующих сторон и около 40 млн. были ранены.

## **2.1. Задачи медицинской службы Вооруженных Сил Республики Беларусь в военное время**

Задачами медицинской службы Вооруженных Сил Республики Беларусь в военное время являются:

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

организация и проведение мероприятий санитарного надзора и медицинского контроля за всеми сторонами жизнедеятельности и боевой деятельности войск, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, в целях укрепления здоровья личного состава, предупреждения возникновения и распространения заболеваний;

обеспечение войск, военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений медицинским имуществом и техникой;

участие в комплектовании Вооруженных Сил здоровым пополнением;

организация и проведение мероприятий по защите личного состава военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений в ходе ведения боевых действий, а также защита личного состава войск от поражающих факторов оружия массового поражения (далее ОМП) радиационной, химической и биологической природы, неблагоприятных факторов окружающей среды и последствий чрезвычайных ситуаций;

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

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

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

Решение стоящих перед медицинской службой задач возможно лишь

при всесторонней целостной оценке всех структурных элементов системы медицинского обеспечения, постоянном и своевременном внедрении перспективных подходов при формировании структуры медицинской службы вооруженных сил.

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

## **2.2. Организационная структура медицинской службы Вооруженных Сил Республики Беларусь в военное время**

Организационная структура медицинской службы, военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений военного времени, помимо общих закономерностей, определяющих их развитие как составной части Вооруженных Сил Республики Беларусь, непосредственно зависят от организационной структуры, задач и характера боевых действий отдельных видов Вооруженных Сил и родов войск, особенностей их медицинского обеспечения, а также от задач, возлагаемых на конкретные формирования медицинской службы.

Медицинская служба Вооруженных Сил в военное время состоит из:

1. органов военного управления медицинской службы, представляющих собой:

военно-медицинское управление Министерства обороны (далее – ВМУ);

медицинскую службу командования видов Вооруженных Сил;

медицинскую службу управления оперативных командований;

медицинскую службу соединений, воинских частей, военных учебных заведений.

2. военных медицинских организаций, представляющих собой:

2.1. военные медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь (главный военный клинический медицинский центр (далее ГВКМЦ), центр авиационной медицины Военно-воздушных сил и войск противовоздушной обороны (далее ЦАМ ВВС и войск ПВО);

2.2. специализированные военно-медицинские организации: центральная военно-врачебная комиссия (далее ЦВВК), центральная военная судебно-медицинская лаборатория (далее ЦВСМЛ), санитарно-эпидемиологический центр (далее СЭЦ), база хранения медицинской техники и имущества (далее БХМТИ).

3. военных медицинских частей, представляющих собой:

военные полевые госпиталей (далее ВПГ);

отдельные медицинские отряды (далее омедо);

медицинские склады (МС);

4. военных медицинских подразделений, представляющих собой:

медицинские роты (далее медр);  
санитарно-эпидемиологическую лабораторию (далее СЭЛ);  
медицинские пункты соединений, воинских частей и подразделений (далее МП).

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

Военные медицинские организации – самостоятельные (отдельные) военные медицинские формирования, находящиеся в непосредственном подчинении ВМУ, осуществляющие мероприятия медицинского обеспечения в соответствии со своим предназначением.

Военные медицинские части – самостоятельные (отдельные) военные медицинские формирования, входящие в состав войсковых объединений соединений, или находящиеся в непосредственном подчинении ВМУ, осуществляющие мероприятия по медицинскому обеспечению воинских формирований расположенных в зоне их ответственности.

Военные медицинские подразделения – военные медицинские формирования, которые включаются в штаты войсковых частей и подразделений, осуществляющие мероприятия медицинского обеспечения своих воинских частей и подразделений в установленном объеме.

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, военных медицинских частей и подразделений.

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

Количество, структура и оснащение военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений 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.

Руководство медицинской службой соединений и воинских частей видов Вооруженных Сил осуществляется соответствующими начальника-

ми медицинской службы. Для медицинского обеспечения соединения и воинские части располагают штатными военными медицинскими подразделениями. Отдельные механизированные бригады имеют в своем составе отдельные медицинские отряды, отдельные мобильные бригады – медицинские роты. Воинские части боевого и тылового обеспечения – медицинские пункты воинских частей, батальоны – медицинские пункты батальонов. В каждой роте имеется санитарный инструктор, а во взводе – стрелок-санитар. Силы и средства медицинской службы воинских частей и соединений в совокупности составляют войсковую медицинскую службу.

Врачебные должности в действующей армии замещаются кадровыми военными врачами, а также врачами – офицерами медицинской службы запаса, которые призываются в состав Вооруженных Сил Республики Беларусь в мобилизационный период.

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 в объеме первой врачебной помощи, во-вторых, твердых навыков по управлению подразделениями и медицинским персоналом медицинской службы соединения (воинской части). В связи с этим войсковой врач наряду с достаточно широким объемом общемедицинской подготовки должен обладать прочными знаниями по вопросам организации медицинского обеспечения войск и основам военного дела.

В мобилизационный период все военные медицинские организации, военные медицинские части и подразделения доукомплектовываются и переводятся на штаты военного времени.

Организационно структура военно-медицинского управления в военное время состоит из 4 отделов (организационно-планового, лечебно-эвакуационного; медицинского снабжения; санитарно-эпидемиологического) и 2 отделений (финансового и секретного).

Силами организационно-планового отдела ВМУ организуется и обеспечивается планирование медицинского обеспечения, сбор и обработка поступающей информации, координация деятельности медицинской службы Вооруженных Сил с медицинскими службами других органов государственного управления, медицинскими организациями Министерства здравоохранения Республики Беларусь, действующих в интересах Вооруженных Сил.

Организация и руководство проведения лечебно-эвакуационных мероприятий возлагается на лечебно-эвакуационный отдел ВМУ.

Снабжение медицинским имуществом и техникой всех военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений планирует и обеспечивает отдел медицинского снабжения ВМУ, который руководит работой базы хранения медицинского имущества и техники да-

лее (БХМТИ), а по специальным вопросам подразделениями медицинского снабжения военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений.

Организация мероприятий санитарного надзора и медицинского контроля, возлагается на санитарно-эпидемиологический центр и входящие, в его состав санитарно-эпидемиологические лаборатории, действующие в районах дислокации группировок войск. Планирование, общее руководство организацией и проведением мероприятий, обеспечивающих санитарно-эпидемическое благополучие войск, осуществляет санитарно-эпидемиологический отдел.

Организация и проведение военно-врачебной экспертизы возлагается на штатные постоянно и временно действующие, а также нештатные военно-врачебные комиссии, которые создаются на базе военных медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь (ГВКМЦ, ЦАМ ВВС и войск ПВО), а также на базе военных медицинских частей (ВПГ, омедо). Деятельность указанных комиссий организует и координирует центральная военно-врачебная комиссия (ЦВВК).

Реабилитационное лечение раненых и больных осуществляется в реабилитационных отделениях медицинских организаций Министерства здравоохранения Республики Беларусь, действующих в интересах Вооруженных Сил.

Силами медицинской службы видов Вооруженных Сил, оперативных и оперативно-тактических объединений, а также военных медицинских организаций на отдельных эвакуационных направлениях при необходимости развертываются военные полевые госпитали и отдельные медицинские отряды.

В районе боевых действий соединений и воинских частей оказание медицинской помощи организуется соответствующими военными медицинскими подразделениями. Военные медицинские подразделения соединений и воинских частей могут быть усилены силами и средствами вышестоящего начальника медицинской службы, а также специализированными медицинскими группами усиления, создаваемыми на базе военных медицинских организаций и военных медицинских частей. Каждой медицинской службе соединения и воинской части вышестоящим начальником медицинской службы указывается эвакуационное направление и военные медицинские организации, развернутые на путях эвакуации в интересах действующей группировки войск.

Создаваемая в настоящее время принципиально новая система медицинского обеспечения войск, несомненно, будет построена на уроках истории с учетом всестороннего анализа организации медицинского обеспечения войн и вооруженных конфликтов современности, а также внедрени-

ем научно обоснованных форм и методов организации медицинского обеспечения войск.

### **2.3. Условия деятельности медицинской службы в современной войне.**

**Условия деятельности медицинской службы** – комплекс факторов боевой, тыловой и медицинской обстановки, а также медико-географические и климатические особенности театра военных действий, оказывающие влияние на организацию медицинского обеспечения.

Указанные факторы могут содействовать или затруднять решение задач, стоящих перед медицинской службой по организации медицинского обеспечения войск. Выявление, изучение и анализ этих факторов, определение степени и характера их влияния на деятельность медицинской службы позволяет находить и внедрять наиболее целесообразные организационные формы и методы в систему медицинского обеспечения войск.

Более глубокое отражение условий деятельности медицинской службы и конкретных факторов, оказывающих существенное влияние на организацию оказания медицинской помощи военнослужащим, изложено в разделах организации медицинского обеспечения различных видов боевых действий.

## **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. Общие потери. Санитарные потери и их классификация.**

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.

Для правильной организации медицинского обеспечения боевых действий имеет значение анализ не только санитарных потерь, но и углубленный патологоанатомический анализ безвозвратных потерь (характера и локализации боевого повреждения у погибших) с проведением соответствующих выводов и получением практических рекомендаций по совершенствованию лечебно-эвакуационных мероприятий.

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

По этиопатогенетическому признаку боевые и не боевые санитарные потери разделяются на соответствующие классы. Боевые санитарные потери делятся на:

- механические повреждения;
- термические поражения;
- радиационные поражения;
- поражения отравляющими веществами;
- поражения бактериальными средствами;
- комбинированные поражения;
- 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. Классы «Поражения отравляющими веществами и бактериальными средствами» подразделяются в зависимости от вида применяемого отравляющего вещества или бактериального средства (возбудителя).

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.

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

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 **поражённые**, а небоевые — **больные**. Термин «раненый» тесно связан с ранящим снарядом (пуля, осколок и т. п.), термин «пораженный» употребляется в том случае, когда речь заходит об очаге массового поражения и воздействии поражающих факторов оружия массового поражения.

По тяжести состояния все раненые, поражённые 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 беспомощны и нуждаются в постоянном уходе и длительном лечении.

**2. Легкораненые** (легкопораженные, легкобольные) - это лица, способные к самостоятельному передвижению и обслуживанию, не имеющие повре-

ждений органов чувств, крупных сосудов и нервов. Отсутствует угроза для жизни. Сроки лечения от нескольких дней до 1-1,5 месяцев.

**3. Раненые** (поражённые, больные) **средней тяжести** - 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 анатомической области. К **сочетанным** - ранения нескольких анатомических областей (груди, живота, черепа, конечностей) одним ранящим снарядом (например, пулевое торако-абдоминальное ранение).

### **3.2. Величина и структура санитарных потерь. Основные факторы, влияющие на величину и структуру 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 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 наиболее потери ранеными отмечались в январе - феврале 1995 года и составили около 50 % общего числа санитарных потерь. По мере стабилизации военной обстановки количество больных (начиная с июля 1995 года) 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 1,5 раза выше, чем 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, тяжёлые 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 в 25-62 %.

Следует также учитывать большое психологическое воздействие на личный состав применения противником современных средств вооружённой борьбы. В структуре санитарных потерь определенное место займут так называемые психологические потери - острые реактивные состояния (реактивные психозы, острые невротические реакции). Удельный вес этих контингентов в структуре санитарных потерь может достигать 10 %, а при применении ОМП - 15-20 %. Так же необходимо учитывать, что лица с острыми реактивными психозами могут представлять опасность для окружающих.

Опыт боевой подготовки медицинской службы 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 средствами медицинской службы. Кроме того, недостаток исходных данных для развёрнутой оценки ожидаемых потерь и сжатые сроки планирования медицинского обеспечения войск, диктуют необходимость применения методик ускоренных расчетов с использованием специальных планшетов, расчетных графиков и формул.

Оценка возможных потерь производится в отношении каждого из средств поражения, применяемых противником - ядерного, химического, бактериологического оружия, обычного оружия и в отношении потерь больными. Результаты расчета потерь за бой сводятся в таблицу, которая включается в **решение на медицинское обеспечение**.

Правильное определение предполагаемой величины и структуры санитарных потерь является основой для планирования медицинского обеспечения предстоящих боевых действий. Они позволяют определить объём работы всех ЭМЭ и позволяют более рационально спланировать группировку сил и средств медицинской службы на этапах медицинской эвакуации 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 даёт возможность определить специализацию лечебных учреждений и их количество, а также определяет подготовку и специализацию медицинского состава.

### **3.3. Методы прогнозирования санитарных потерь.**

Максимально точное прогнозирование возможных величины и структуры санитарных потерь является основой для планирования медицинского обеспечения предстоящих боевых действий, дает возможность определения потребности военных медицинских организаций, военных медицинских частей и подразделений в средствах сбора, вывоза (выноса), эвакуации раненых, пораженных и больных, а так же и в медицинском имуществе, позволяет рационально и наиболее эффективно использовать резервы медицинской службы на различных участках и направлениях боевых действий войск, определить объем оказываемой медицинской помощи на всех этапах медицинской эвакуации, а также своевременно использовать средства усиления медицинской службы.

Таким образом, для максимально точного прогнозирования возможной величины и структуры санитарных потерь, а также наиболее вероятного характера боевой патологии, необходимы всесторонний анализ и оценка всех элементов обстановки предстоящих боевых действий с учетом всех указанных особенностей современных войн и вооруженных конфликтов.

Прогнозирование ожидаемых санитарных потерь производится при разработке плана медицинского обеспечения объединения, соединения, воинской части в предстоящем бою или операции.

Прогнозирование возможных санитарных потерь производится в отношении каждого из применяемых противником средств поражения: обычного, ядерного, химического, биологического оружия, новых видов оружия, а также и в отношении санитарных потерь больными.

Санитарные потери определяются за сутки ведения боевых действий, бой или операцию в целом и на период выполнения ближайшей задачи. Расчет санитарных потерь за бой, операцию и по задачам соединения (воинской части) в операции, а также среднесуточные санитарные потери отражаются в абсолютных числах и в процентах к общей численности личного состава. Распределение прогнозируемых санитарных потерь производится в воинской части – по каждому подразделению, в соединении – по каждой воинской части, в объединении – по каждому соединению. Результаты расчета санитарных потерь сводятся в таблицу, которая является разделом пояснительной записки плана медицинского обеспечения.

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

Для расчета санитарных потерь по данной методике начальник медицинской службы проводит подробный анализ всех условий предстоящего боя (операции), способных повлиять на размеры санитарных потерь (задачи соединения (воинской части), тип, характер и интенсивность предстоящих боевых действий, численность группировки войск и соотношение сил и средств противоборствующих сторон, вид и свойства применяемых видов оружия и масштабы возможного его применения, возможности своевременного оборудования и использования средств и способов защиты личного состава войск от поражающего действия оружия, а также их эффективность, характер местности и степень ее инженерного оборудования, климатические и географические факторы, вероятное время суток ведения боевых действий, санитарно-эпидемическое состояние войск и занимаемого ими района, своевременность и адекватность снабжения материальными средствами, морально-психологическое состояние войск, обученность личного состава и наличие у военнослужащих боевого

опыта.

Таким образом, для планирования и организации медицинского обеспечения воинской части, соединения, объединения и войск в целом, соответствующий начальник медицинской службы обязан в ходе прогнозирования и расчета общих потерь получить следующие медико-статистические показатели:

общее число потерь личного состава от различных видов оружия, за каждый период боевых действий и в целом;

общее число санитарных потерь личного состава от различных видов оружия, за каждый период боевых действий и в целом;

число санитарных потерь по каждой воинской части, соединению или объединению, входящими в его подчинение, рассчитав вероятность их возникновения по дням и периодам боевых действий в соответствии с решаемыми подразделениями, воинскими частями, соединениями и объединениями задачами, а также определив возможное количество раненых и больных по степеням тяжести ранений и поражений;

максимальное суточное число санитарных потерь по каждой воинской части, соединению или объединению, входящими в его подчинение за весь период ведения боевых действий, а также среднесуточное число санитарных потерь;

общий показатель частоты (уровня) санитарных потерь воинской части, соединения или объединения, входящих в его подчинение за весь период ведения боевых действий;

показатели частоты (уровня) санитарных потерь для каждой воинской части, входящей в соединение (объединение) по дням боевых действий, период операции и операцию в целом с учетом возможного применения противником различных видов оружия.

## **ГЛАВА 4**

### **СОВРЕМЕННАЯ СИСТЕМА ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ.**

Одним из важнейших разделов медицинского обеспечения войск является организация и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий. От того, насколько своевременно и четко будут организованы оказание медицинской помощи раненым и больным, их эвакуация и дальнейшее лечение, будет зависеть жизнь раненых и больных.

#### **4.1. Сущность и принципы лечебно-эвакуационного обеспечения войск.**

В условиях мирного времени лечение пострадавших при несчастных случаях или тяжелобольных осуществляется, как правило, в близко расположенных медицинских учреждениях больничного типа. Так, на месте по-

лучения 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 гражданским здравоохранением, 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.

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, то есть 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 эту систему лечебно-эвакуационного обеспечения.

Таким образом, система лечебно-эвакуационного обеспечения (ЛЭО) - 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 ЛЭО 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 (ЭМЭ) (медицинские пункты воинских частей, отдельные медицинские отряды, лечебные учреждения и т.д.);
- оказание раненым и больным различных видов медицинской помощи;
- госпитализацию и лечение раненых и больных до исхода заболевания (ранения);
- проведение реабилитации раненых и больных.

Современной системой ЛЭО предусматривается расчленение медицинской помощи, оказание ее в короткие сроки, сочетание лечебного процесса с эвакуацией раненых и больных, специализация медицинской помощи.

**Успешное осуществление лечебно-эвакуационного обеспечения достигается:**

- розыском, сбором и вывозом раненых и больных в короткие сроки, своевременным оказанием полноценной медицинской помощи, своевременной и щадящей эвакуацией на ЭМЭ;
- возможно ранним рассредоточением эвакуационных потоков;
- усилением мероприятий по защите раненых и больных, сил и средств медицинской службы;
- своевременным развертыванием ЭМЭ, четкой их работой, обеспечивающей оказание раненым и больным медицинской помощи в установленном объеме в оптимальные сроки;
- активным внедрением в практику эффективных методов медицинской помощи и лечения раненых и больных;
- четким ведением медицинской документации.

**Основные принципы организации лечебно-эвакуационного обеспечения войск.**

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 военной агрессии против нашей страны с использованием ракетно-ядерного оружия уменьшилась. В то же время сохраняется опасность возникновения вооруженных конфликтов, в том числе длительных, которые при определенных условиях могут перерасти в локальную или региональную войну межэтнического или территориального характера. 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 механо-термического и контузионного характера, включая поражения паренхиматозных и других органов.

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 характеризует общие принципы построения лечебно-эвакуационной системы.**

**•Принцип эшелонирования медицинской помощи с максимальным ограничением многоэтапности.**

•Принцип эшелонирования является основой построения рациональной системы (исторически обусловленной) 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 районе. Второе - усиление роли эвакуации, особенно эвакуации воздушным транспортом. 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, то есть помощи, оказываемой специалистом в исчерпывающем объеме, определяемом особенностями каждого локального повреждения.

**Принцип проведения лечения и медицинской реабилитации, легкораненых и легкобольных в войсковом и оперативном районах.** В «Руководстве по неотложной военной хирургии» НАТО (1988г.) 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 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 унифицированные 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.

#### **4.2. Понятие об этапах медицинской эвакуации (ЭМЭ). Принципиальная схема развёртывания этапа.**

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).

Основными этапами медицинской эвакуации являются, медицинский пункт воинской части, медицинская рота (медр.), отдельный медицинский отряд (омедо) отдельной механизированной бригады, лечебные учрежде-

ния - госпитали (ВПГ) и специализированные отделения лечебных 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 медицинской помощи;
- стационарное лечение раненых и больных (начиная с этапов, где оказывается квалифицированная медицинская помощь);
- подготовку к эвакуации раненых и больных, подлежащих лечению на последующих этапах.

Таким образом, *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.*

При развертывании любого 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 и бактериологическую обстановку (этап необходимо развертывать на территории, незараженной РВ, ОВ, БС);
- 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 отдельного медицинского отряда должна быть размером - 300х400 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 воды и топлива.

О месте размещения этапа медицинской эвакуации своевременно докладывают старшему начальнику и информируют нижестоящие звенья медицинской службы.

### **Принципиальная схема развёртывания этапа медицинской эвакуации**

На всех этапах медицинской эвакуации разворачиваются следующие основные функциональные подразделения (рис.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, протившоковые);
- 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;
- отделение медицинского снабжения (аптека, медицинские склады);
- подразделения обеспечения (кухня, столовая, вещевого и продовольственные склады, электростанция, отделение связи);
- площадки для посадки авиатранспорта и стоянки автотранспорта.

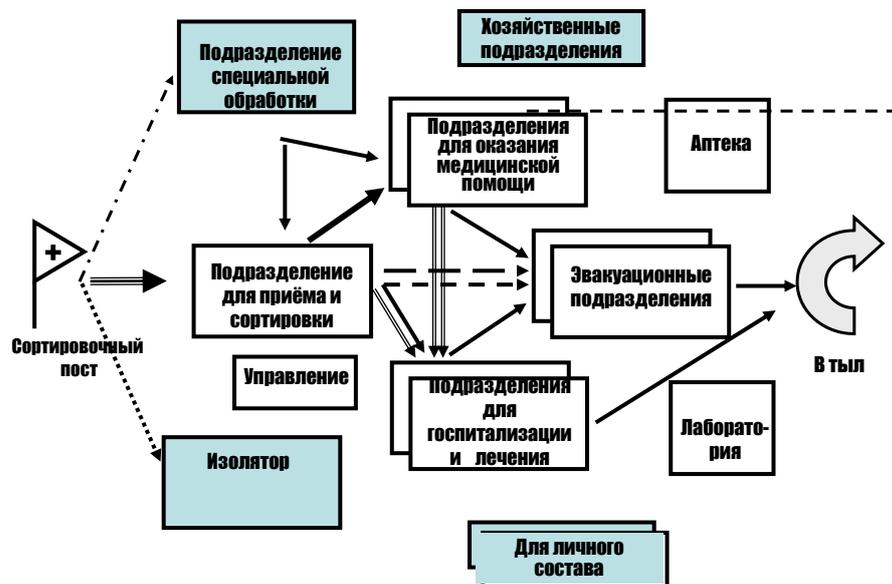


Рисунок 1. Принципиальная схема развертывания этапа медицинской эвакуации.

#### 4.3. Виды и объем медицинской помощи. Содержание видов медицинской помощи, оказываемых на ЭМЭ.

*Под видом медицинской помощи понимается* определённый 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, её 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, стрелками-санитарами, санитарями, водителями-санитарами и санитарными инструкторами подразделений, а также личным составом подразделений, выделенных для спасательных работ в очагах массового поражения. Во время локальных конфликтов она может оказываться фельдшером и даже врачом. Основная задача первой медицинской помощи - спасение жизни раненого и предупреждение тяжелых осложнений.

Во время боевых действий Российской армии в Чечне первую помощь получили 64,1 % раненых. Средний срок ее оказания - 35 мин после ранения. В порядке само- и взаимопомощи она оказывалась в 28,6% случаев; санитаром или фельдшером - в 13,1%; врачом - в 16,2%. В 59,5% случаев

она оказана на поле боя, в 2,8% - в медицинском пункте батальона, в 19,8% - в МПП, в 17,9% место ее оказания было неизвестно.

**Доврачебная (фельдшерская) помощь** - на медицинском пункте батальона (дивизиона) фельдшерского или врачебного состава.

**Первая врачебная помощь** - на медицинском пункте воинской части, в омедо (медр) бригады.

**Квалифицированная медицинская помощь** - в омедо (медр) бригады.

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

Имеется прямая зависимость летальных исходов от сроков оказания первой медицинской помощи. Если она получена в первые полчаса с момента ранения, то даже при отсрочке первой врачебной помощи до одних суток вероятность смертельного исхода снижается в три раза. Это подтверждено опытом медицины катастроф. В связи с несвоевременным оказанием 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%, причём 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 доводиться с учетом современных требований.

При существующем стремлении к эвакуации раненых по воздуху, минуя этап первой врачебной помощи, роль первой медицинской 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 годах первую 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.

Объём 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 объём, 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 объёма первой врачебной помощи выполняются лишь мероприятия, относящиеся к первой группе (неотложные). При необходимости сокращения объёма квалифицированной медицинской помощи, исключаются мероприятия второй группы с одновременным принятием мер к незамедлительной эвакуации раненых в военный полевой госпиталь.

Изменение объёма медицинской помощи в сторону его сокращения на данном этапе медицинской эвакуации приводит к изменению на последующем этапе не только объёма, но и вида медицинской помощи. Сокращение объёма медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации во всех случаях производится с разрешения вышестоящего начальника медицинской службы, который установил объём медицинской помощи.

### **Содержание видов медицинской помощи.**

Полный объём первой (медицинской) помощи составляют:

- 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:

- 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 чеченских событиях 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 остановки кровотечения стандартными солевыми растворами. Это мероприятие невозможно выполнить при широкомасштабной войсковой операции, но оно обязательно при локальном конфликте.

**Первая врачебная помощь** включает:

- устранение факторов, непосредственно угрожающих жизни раненых;
- 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, кислородотерапия);
- смена повязок при попадании в рану РВ, ОВ;

- 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.

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 медицинской службы, разработанных на основе современных представлений о характере боевой травмы и методах её лечения.

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

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

#### **4.4 Медицинская сортировка, ее цель, задачи.**

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.

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

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

Внутripунктовая 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 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 ОВ);

⇒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 психои-золятор).

В зоне боевых действий сортировка больных психиатрического профиля должна проводиться по уровневому принципу с выделением расстройств предпатологического уровня - психологические реакции (вышедшие из строя на срок до 1 суток) и патологического реакции (болезненные реакции и состояния - вышедшие из строя более чем на сутки). Военнослужащие, у которых стрессовые реакции купируются через 5-6 часов, подлежат возврату в свои подразделения. Критерием для принятия такого решения следует считать не наличие или отсутствие психопатологической симптоматики, а способность военнослужащего вести боевые действия.

**Вторая группа** — 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 (безнадежно 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 ЭМЭ 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 отдельном медицинском отряде - до 10 суток).

К группе нетранспортабельных (имеющих противопоказания к медицинской эвакуации) в отдельном медицинском отряде относятся раненые, имеющие: подозрение на продолжающееся внутреннее кровотечение; невосполненную тяжелую кровопотерю; ранние сроки после выполнения сложных оперативных вмешательств; шок 2, 3 степеней; коматозное состояние; судорожный синдром; синдром сдавления спинного и головного мозга; острую дыхательную недостаточность 2, 3 степеней (выраженный бронхоспазм, токсический отек легких, недренированный закрытый или неустранённый напряженный пневмоторакс); неукротимую рвоту; некупированный болевой синдром (стенокардия, инфаркт миокарда и так далее).

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 степеней 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 сутки; раненые в голову – 21-28 сутки 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.

При этом необходимо учитывать воздействие перевозки раненых на автомобильном транспорте до аэродрома, а так же с него до лечебного учреждения.

#### **4.5. Принципы организации медицинской сортировки на этапах медицинской эвакуации.**

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 од-

ной стороны, подготовкой персонала, осуществляющего сортировку, а с другой - условиями, в которых она проводится.

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. Из этого принципиального положения следует важный вывод о том, что разделение раненых и больных на группы не является самоцелью, оно должно проводиться с обязательным учетом реальных возможностей. Если же принятые сортировочные заключения не могут быть своевременно и полностью выполнены, то сортировка не выполняет своего основного назначения, так и в том случае, когда при неполном использовании возможностей ЭМЭ какая-то часть раненых или больных не получает необходимой медицинской помощи.

В связи со сказанным встает вопрос о силах и средствах, привлекаемых к медицинской сортировке, о рациональном распределении врачей и среднего медицинского персонала между проведением сортировки и оказанием медицинской помощи в функциональных отделениях этапа медицинской эвакуации. Так как порой при значительном поступлении раненых и больных большая часть врачебного состава и среднего медицинского персонала может участвовать в сортировке. Однако сортировочные решения некому будет выполнять, так как в операционных, перевязочных, палатах интенсивной терапии, других подразделениях останутся лишь дежурные бригады.

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.

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. Сортировка проводится на сортировочных площадках или в сортировочных палатках (помещениях).

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 1879г. обращал внимание на размещение раненых «правильными рядами» с оставлением между ними широких проходов, обеспечивающих свободный доступ к каждо-

му пострадавшему. Этот же общеизвестный принцип используется и в современных условиях. Рис.2

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 целью считал «уничтожение хаоса и неразберихи вследствие беспорядочного размещения на них раненых».

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.

Кроме этого можно использовать принципиально новый способ сортировки раненых и больных, основой которого является изменение традиционного размещения носилочных раненых на сортировочной площадке.

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 используются 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).

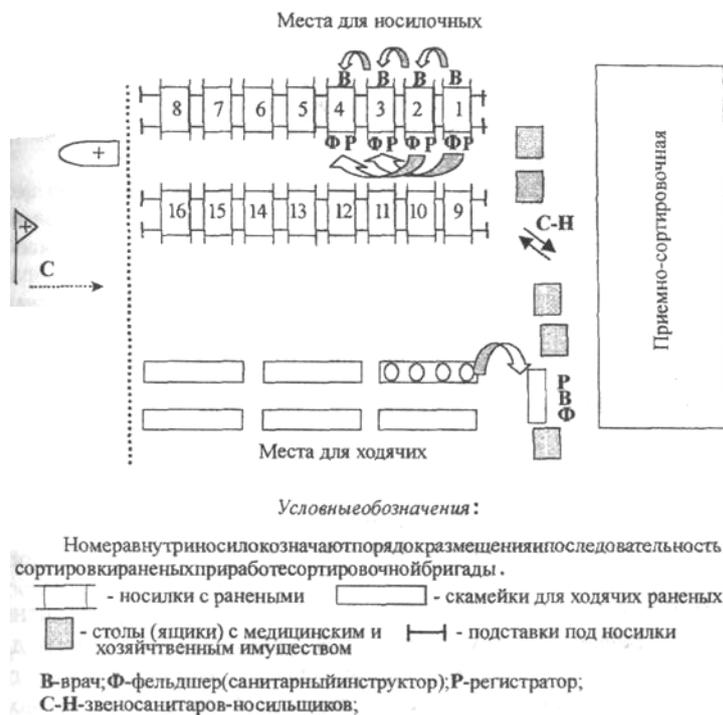


Рис. 2. Схема проведения медицинской сортировки.

#### 4.6. Медицинская эвакуация, ее цели, задачи и организация проведения.

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 и полного оказания медицинской помощи и лечения.

Медицинская эвакуация - 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 ЭМЭ и работающих санитарных транспортных средств, обеспечивающих определенную круп-

ную группировку войск, 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 омедо (медр) на МПБ 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, то есть **«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.

**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 три 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 Афганистане и Чечне показал необходимость создания бронированной медицинской техники для вывоза раненых с поля боя.

#### **Санитарно-транспортные средства, используемые для эвакуации.**

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

Санитарно-эвакуационные средства используются в различных условиях и с разными целями: для сбора и вывоза, раненых непосредственно на поле боя, в зоне воздействия огневых средств противника и районах возможного радиоактивного и химического заражения, для перевозки раненых и больных в лечебные учреждения.

Усложнение условий работы медицинской службы на театре военных действий, повышение маневренности, напряженности и динамики современного боя, утяжеление характера современной боевой травмы и возрастание значения своевременного оказания медицинской помощи, требуют от эвакуационно-транспортных средств обеспечения быстрой, безопасной и максимально щадящей транспортировки раненых и больных.

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.

Отечественный и зарубежный опыт создания и применения медицинских машин войскового звена свидетельствует о том, что наиболее приемлемым их вариантом являются бронированные машины на шасси боевых машин. Высокая мобильность, наличие броневой защиты и защиты от поражаю-

щих 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 бронированных медицинских машин (БММ), как наиболее соответствующими задачами медицинского обеспечения в условиях ведения современного боя. БММ нашли широкое применение в армиях многих ведущих зарубежных государств. Работы по созданию БММ ведутся в нашей стране.

#### **Автомобильный санитарный транспорт.**

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 батальонных и бригадных медицинских пунктов. 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 проходимостью (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 - 620км. Автомобиль может преодолевать препятствия с максимальным углом подъема 30° и броды глубиной до 0,6м.

**Автомобиль санитарный АС-66**, созданный на базе армейского автомобиля повышенной проходимости, 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/час, запас хода по контрольному расходу топлива - 375км. Автомобиль обладает вы-

сокой проходимостью, преодолевает препятствия с максимальным углом подъема 30° и брод глубиной до 0,3м. 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 (1-й вариант), на носилках - 6, на сиденьях - 10 (2-й вариант), на сиденьях - 18 (3-й вариант)

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

Возможно использование автомобильного транспорта общего назначения: автомобиль ГАЗ -66 вмещает 20 легкораненых, а ЗИЛ-130 - 25 сидячих раненых и больных. При необходимости эти автомобили могут оснащаться необходимым санитарным оборудованием для перевозки носилочных раненых и больных.

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

В последнее время для эвакуации раненых 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.

## **ГЛАВА 5**

### **ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ВОЙСКАХ. МЕДИЦИНСКАЯ РАЗВЕДКА.**

Поддержание устойчивого санитарно-эпидемиологического благополучия войск, то есть сохранение здоровья личного состава, улучшение условий его жизни, быта и среды обитания, которые обеспечивают своевременное выполнение частями, подразделениями и отдельными военнослужащими возлагаемых на них задач - одна из важнейших обязанностей командиров и начальников всех степеней.

Основополагающими показателями санитарно-эпидемиологического благополучия (или неблагополучия) войск являются данные санитарно-

гигиенического и санитарно-эпидемиологического состояния соединений, частей и подразделений, в особенности - показатели уровня, структуры и динамики инфекционной и другой заболеваемости личного состава, его физического состояния, а также уровень соблюдения санитарных требований и норм воинских уставов по размещению военнослужащих, организации их питания, водоснабжения и других видов материально-бытового обеспечения.

Поддержание санитарно-эпидемиологического благополучия войск в военное время обеспечивается:

- реализацией государственных, региональных и местных программ укрепления здоровья в профилактике заболеваний среди населения и личного состава Вооруженных Сил, оздоровления среды обитания человека и условий его жизнедеятельности;
- сочетанием деятельности командиров, начальников, различных служб и личного состава с осуществлением профилактических и противоэпидемиологических мероприятий, соблюдением определенных воинскими уставами норм и требований по размещению военнослужащих, организации их питания, водоснабжения и других видов материального и бытового обеспечения, то есть создания и поддержания в частях и подразделениях условий, максимально препятствующих возникновению инфекционных, массовых неинфекционных заболеваний и отравлений личного состава;
- воспитанием у личного состава санитарной культуры, сознательного и ответственного отношения к сохранению и укреплению здоровья;
- системой санитарно-эпидемиологического надзора и медицинского контроля, а также проведением санитарно-противоэпидемиологических (профилактических) мероприятий, осуществляемых медицинской и другими службами.

### **5.1 Организация и проведение санитарно-гигиенических мероприятий в войсках.**

Санитарно-гигиенические мероприятия проводятся с целью сохранения боеспособности и укрепления здоровья личного состава путем строгого выполнения установленных гигиенических норм и правил при организации размещения, питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания, обеспечении безопасных условий труда военнослужащих и захоронении павших в бою (умерших), а также путем соблюдения правил личной и общественной гигиены. Их проведение является обязанностью всех командиров и начальников.

Санитарно-гигиенические мероприятия организуют и проводят командиры (начальники) соединений, частей (учреждений) силами и средствами продовольственной, вещевой, РХБЗ, инженерной, медицинской и других служб.

За проведением санитарно-гигиенических мероприятий и их эффективностью устанавливается санитарный надзор и медицинский контроль силами и средствами санитарно-эпидемиологических учреждений и медицинской службы оперативных командований, соединений и воинских частей.

На медицинскую службу **возлагаются:**

- медицинский контроль за состоянием здоровья военнослужащих;
- медицинский контроль за условиями военного труда, передвижением войск, банно-прачечным обслуживанием личного состава;
- медицинский контроль за размещением военнослужащих;
- медицинский контроль за питанием и водоснабжением военнослужащих;
- медицинский контроль за захоронением павших в бою и умерших воинов;
- оценка санитарно-гигиенического состояния соединения (части), района ее действий и расположения, прогнозирование влияния неблагоприятных факторов внешней среды на состояние здоровья военнослужащих и разработка предложений по сохранению и укреплению здоровья личного состава;
- гигиеническое воспитание личного состава.

### **5.1.1 Медицинский контроль за состоянием здоровья военнослужащих.**

Осуществляется путем телесных и медицинских осмотров, повседневного медицинского наблюдения и анализа заболеваемости.

Телесные осмотры проводятся при помывке личного состава фельдшером (санитарным инструктором) с целью своевременного выявления кожных и паразитарных заболеваний, наблюдение за соблюдением правил личной гигиены; при необходимости телесные осмотры могут проводиться в периоды между помывками.

Медицинские осмотры и повседневное наблюдение организуются и проводятся врачами частей и имеют целью раннее выявление больных острыми и хроническими заболеваниями, лиц с пониженным питанием, слабым физическим развитием. Порядок проведения медицинских осмотров в зависимости от условий боевой обстановки устанавливается приказом по соединению (части).

Лица, подвергшиеся воздействию ионизирующих и СВЧ-излучений, ядовитых химических веществ и других вредных факторов, а также с хроническими заболеваниями, ослабленные, с физическими дефектами берутся медицинской службой частей на учет и должны находиться под медицинским наблюдением; им проводятся соответствующие лечебно-профилактические мероприятия.

Данные медицинского контроля за состоянием здоровья используются при оценке санитарно-гигиенического состояния соединения (части)

и разработке необходимых мероприятий по сохранению и укреплению здоровья личного состава.

### **5.1.2 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 и снаряжением в соответствии с погодно-климатическими условиями, средствами защиты и специальной одеждой, контроль за правильностью их использования;
- контроль за выполнением мероприятий по предупреждению профессиональных заболеваний и острых поражений при работах с агрессивными и высокотоксичными жидкостями, источниками ионизирующих и неионизирующих излучений и другими вредными факторами;
- разработку предложений по обеспечению высокой работоспособности и эффективности боевой деятельности военнослужащих путем улучшения условий труда и применения медикаментозных средств.

### **5.1.3 Медицинский контроль за размещением военнослужащих.**

Включает:

- наблюдение за районом расположения и действий соединения (части) с целью своевременного выявления условий, отрицательно влияющих на санитарно-гигиеническое состояние соединения (части);
- контроль за выполнением гигиенических требований при строительстве и содержании инженерных сооружений, пунктов обогрева, полевых жилищ и укрытий;
- контроль за своевременной очисткой территории, обеззараживанием и удалением нечистот и отходов;
- разработку предложений, направленных на предупреждение или ослабление влияния неблагоприятных факторов внешней среды на здоровье и боеспособность личного состава, и контроль за их выполнением.

**В военное время все виды расположения войск являются временными, полевыми.** Полевым размещением называются все виды временного расположения войск вне стационарных объектов.

В полевых условиях воинские части могут размещаться: в населенных пунктах, вне их, то есть на биваках, во временных военных городках, в фортификационных сооружениях и смешанным способом.

С гигиенической точки зрения полевое размещение имеет следующие особенности:

- временный характер размещения;
- снижение уровня коммунально-хозяйственного обслуживания;

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

Особенности полевого размещения войск требуют от командиров подразделений четкой организации труда и отдыха военнослужащих, а от каждого военнослужащего – строгого выполнения правил личной и общественной гигиены.

#### **5.1.4 Медицинский контроль за питанием.**

Включает:

- контроль за количественной и качественной полноценностью питания, оценку фактического состояния питания личного состава;
- контроль за доброкачественностью пищевых продуктов и качеством готовой пищи;
- медицинское наблюдение за состоянием здоровья работников продовольственной службы и контроль за выполнением ими правил личной гигиены;
- организацию мероприятий по профилактике пищевых отравлений;
- разработку рекомендаций по улучшению питания военнослужащих.

**Основными особенностями организации питания в полевых условиях являются:**

трудности в обеспечении продовольствием и пищей воинских частей и подразделений, обусловленные недостатком продуктов, сложностью их подвоза, хранения, приготовления пищи и ее доставки военнослужащим;

ухудшение качества продовольствия и пищи за счет использования консервированных и некондиционных продуктов, ухудшения условий их хранения, снижения профессионального уровня работников продовольственной службы, в особенности поварского состава;

возможности заражения объектов продовольственной службы, продуктов и пищи радиоактивными, отравляющими веществами и бактериальными аэрозолями.

Организуется питание в соответствии с условиями боевой деятельности.

##### **5.1.4.1 Организация питания на марше**

На марше пища готовится три раза в сутки. Для приготовления пищи в первую очередь используются концентрированные и консервированные продукты, не требующие длительной обработки.

При совершении марша в дневное время первый прием горячей пищи планируется за 1 – 1,5 часа до выхода. Второй прием пищи проводится на привале во второй половине суточного перехода. Третий приём пищи планируется в районе ночного отдыха.



Рис.3. Кухня прицепная КП-130

В тех случаях, когда приготовить горячую пищу и выдать её в ходе марша не представляется возможным, военнослужащим до начала марша выдается часть продуктов суточной нормы для промежуточного питания в сухом виде, а на марше

готовится и выдаётся горячий чай.

При совершении марша в ночное время военнослужащим за 1 – 1,5 часа до выхода обязательно выдается горячий ужин. Завтрак и обед планируются в районе дневного отдыха.

Выдача пищи военнослужащим на марше осуществляется, как правило, в котелки непосредственно из полевых кухонь (КП-130, ПАК-200). Рис 3,4.



Рис.4. Кухня автомобильная ПАК- 200200

Военнослужащим постов регулирования на маршрутах движения горячая пища доставляется в термосах или выдаются сухие пайки.

#### **5.1.4.2. Организация питания в наступлении**

До начала выдвижения всем военнослужащим должна быть выдана горячая пища. В ходе боя хозяйственное отделение взвода обеспечения перемещается за вторым эшелоном боевого порядка своего батальона, не отрываясь от него более чем на 3 км.

Пища готовится преимущественно из консервированных и концентрированных продуктов на ходу и во время коротких остановок при частичном или полном развертывании продовольственного пункта с максимальным использованием защитных и маскирующих свойств местности, инженерных сооружений и других укрытий своих войск, а также оставленных противником (после их проверки на минирование и заражённость). Во всех случаях в первую очередь готовятся укрытия для военнослужащих.

Выдача горячей пищи проводится после того, как ее проверит медицинский работник с разрешения командира или начальника штаба. 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 её выдачи, назначаемые по решению командиров рот в ближайших к боевым порядкам подразделений укрытиях. Если обстановка позволяет максимально приблизить ротный пункт выдачи пищи к переднему

краю и организовать его в укрытии, 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.

#### **5.1.4.3 Организация питания в обороне**

В оборонительном бою полевой пункт питания размещаются обычно за вторым эшелонем (резервом) батальона.

Горячая пища готовится 3 раза в сутки и в основном из свежих и консервированных продуктов. Порядок доставки и выдачи пищи военнослужащим такой же, как и в наступательном бою. Один раз в сутки, обычно в завтрак, вместе с горячей пищей на ротные пункты доставляются хлеб, сахар.

#### **5.1.5 Медицинский контроль за водоснабжением**

Медицинский контроль за водоснабжением войск представляет собой систему контроля за соблюдением гигиенических норм и требований при выборе источника, а также в процессе добычи, обработки, распределения и доставки воды потребителям. Он осуществляется непрерывно всеми звеньями медицинской службы.

Целью контроля за водоснабжением является сохранение и укрепление здоровья и боеспособности военнослужащих путем предупреждения заболеваний и нарушений в организме, связанных с потреблением недоброкачественной воды или с недостаточным ее количеством.

Объектом медицинского контроля является вся система водоснабжения, которая включает водоисточники, комплекс сооружений, обеспечивающих добычу, обработку, доставку, хранение и распределение воды, технологические схемы ее обработки.

Для достижения основной цели водоснабжения решаются следующие задачи:

выбор водоисточника;

добыча воды;

улучшение качества воды, если в этом есть необходимость;

хранение воды;

распределение воды и доставка ее потребителям.

Осуществление медицинского контроля за водоснабжением военнослужащих предполагает наличие знаний особенностей структуры и орга-

низации системы водоснабжения в данных конкретных условиях и связанных с ними обязанностей заинтересованных служб.

#### **Медицинская служба:**

участвует в разведке водоисточников, оценивает пригодность их для водоснабжения;

должна знать систему и порядок обеспечения водой подразделений, нормативы качества и количества воды и контролировать их выполнение;

устанавливает контроль за обработкой воды, санитарным состоянием пунктов водоснабжения и тарой для хранения и транспортировки воды;

проводит инструктаж военнослужащих по обеззараживанию воды и обеспечивает их средствами обеззараживания индивидуальных запасов воды;

оказывает методическую помощь в обработке воды;

контролирует состояние здоровья лиц, занятых водоснабжением.

#### **5.1.5.1 Организация и проведение разведки водоисточников**

Выбор водоисточника для целей водоснабжения производится в результате разведки, планируемой штабом части и организуемой начальником инженерной службы. Она ведется инженерно-разведывательными дозорами с участием РХБЗ, медицинской и, при необходимости, ветеринарной служб. Названные дозоры могут действовать самостоятельно или в составе общевойсковой разведки (в последнем случае на территории, занятой противником).

В задачи санитарной разведки водоисточников 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 применение противником средств массового поражения, заболевания острыми кишечными инфекциями и другими болезнями водного происхождения среди гражданского населения и войсковых 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.

### **5.1.5.2 Организация медицинского контроля за водоснабжением в обороне**

При организации и проведении медицинского контроля за водоснабжением в условиях обороны начальники медицинских служб должны иметь в виду, что войска обеспечиваются водой преимущественно с пунктов водоснабжения, оборудованных в тыловых районах. Подразделениям, занимающим оборону в полосе обеспечения и на передовой позиции, а также находящимся в боевом охранении, вода доставляется в носимых и возимых емкостях по распоряжению заместителей командиров по тылу.

Пункты водоснабжения и водоразборные пункты в обороне оборудуются силами и средствами самих подразделений вблизи продовольственного пункта, из расчета один пункт водоснабжения на батальон (дивизион).

При обороне населенного пункта используются, в первую очередь, все пригодные к эксплуатации водоисточники, принимаются меры к восстановлению городской водопроводной сети и головных сооружений, и в случае недостаточной мощности этой системы развертываются дополнительные пункты водоснабжения.

В связи с тем, что многие, если не большинство пунктов водоснабжения, особенно батальонных, в обороне развертываются силами и средствами самих войск, обязанности медицинской службы возрастают. Она должна:

*принимать непосредственное участие, а нередко и производить разведку водоисточников;*

*контролировать их благоустройство, оценивать качество воды не только при выборе водоисточника, но и в процессе его эксплуатации;*

*оказывать методическую помощь в обработке воды, особенно в обеззараживании;*

*контролировать доставку, хранение, раздачу и использование воды в ротах и других подразделениях, особенно действующих в отрыве от своих частей.*

### **5.1.5.3. Организация медицинского контроля за водоснабжением в наступлении**

При организации медицинского контроля за водоснабжением в наступлении начальники медицинских служб должны учитывать, что обеспечение войск водой в этих условиях будет проводиться в основном за счет возимых запасов, пополняемых на пунктах водоснабжения. Пункты водоснабжения оборудуются в исходных районах. Водой заполняются все имеющиеся в подразделениях возимые и носимые емкости (цистерны, резиновые резервуары, полевые кухни, термосы, фляги и др.) с таким расчетом, чтобы объем воды был от полусуточной до суточной потребности.

В ходе наступления ведется непрерывная разведка источников воды, пригодных для перебазирования на них пунктов водоснабжения исходного района. По выполнении задачи дня, воинские части пополняют израсходованную воду на вновь развернутых пунктах водоснабжения и следуют дальше.

В этих условиях при организации медицинского контроля следует обратить внимание на следующие моменты:

*на доброкачественность воды;*

*на достаточность емкостей, используемых для заполнения водой, их состояние;*

*обеспечение надежности защиты от загрязнения воды в процессе транспортировки и раздачи в индивидуальную посуду;*

*обеспечить участие представителей медицинской службы в инженерно-разведывательных дозорах и исследование проб воды, направляемых в медицинские учреждения.*

Особое внимание уделяется обеспечению военнослужащих средствами обработки индивидуальных запасов воды и обучению пользования ими в процессе наступления.

#### **5.1.5.4. Организация медицинского контроля за водоснабжением воинских частей и подразделений, действующих в отрыве от главных сил**

Воинские части и подразделения, действующие в отрыве от главных сил, обеспечиваются, как правило, возимыми и носимыми запасами воды, хотя не исключается возможность использования местных источников. В этих случаях должна быть обеспечена надежная обработка воды с помощью индивидуальных и индивидуально-групповых средств. В процессе боя предполагается доставка воды с помощью автомобильного и чаще воздушного транспорта.

### **5.6 Медицинский контроль за передвижением войск**

Передвижение войск может осуществляться автомобильным, железнодорожным, воздушным транспортом и в пешем строю.

Задачами медицинского контроля при передвижении войск являются:

- предупреждение поражений отравляющими, радиоактивными веществами и бактериальными средствами через воздух, продукты питания и воду;
- профилактика переутомления, перегреваний и переохлаждений личного состава;
- предупреждение отравлений выхлопными газами;
- профилактика эпидемических заболеваний, не связанных с применением бактериальных средств.

Медицинский контроль осуществляется: в период подготовки к передвижению войск и разведки маршрутов движения; во время движения войск; в местах больших и малых привалов, дневок, ночевок; в конечных пунктах движения.

**Предупреждение поражений личного состава отравляющими, радиоактивными веществами и бактериальными средствами во время передвижения войск достигается:**

- проведением предварительной разведки маршрутов движения, мест привалов, дневок и ночевок, непрерывной радиационной, химической и бактериологической разведкой во время передвижения;
- обеспечением средствами индивидуальной защиты, специфической и неспецифической профилактики, а также наличием специфического уровня подготовки личного состава к использованию указанных средств;
- проведением своевременной обработки личного состава;
- организацией систематического контроля за полученными дозами облучения;
- систематическим радиометрическим и санитарно-токсикологическим контролем за используемыми продуктами питания, готовой пищей и питьевой водой.

**Переутомление личного состава при передвижении можно предупредить:**

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

**Предупреждение перегревания личного состава в жаркую погоду при передвижении можно достичь:**

- правильной организацией питьевого режима, с употреблением воды порциями по 100-200 мл по мере возникновения жажды;
- организацией своевременного отдыха в тени, но с наветренной стороны;
- рассредоточением строя (при передвижении в пешем строю);
- проветриванием подкостюмного пространства за счет растегивания воротников, обшлагов, снятия поясов и т.д.;
- использованием головных уборов, защищающих от прямых солнечных лучей;
- уменьшением весовой нагрузки за счет передачи части вещей и снаряжения на транспорт;
- передвижением в ранние утренние и вечерние часы, а также ночью;

- смачиванием одежды и автомобильных тентов водой.

**Предупреждение переохлаждений и отморожений в холодную погоду достигается:**

- использованием рациональной одежды и обуви, обладающими достаточными тепло- и ветрозащитными свойствами;
- утеплением кузовов автомобилей, бронетранспортеров и других боевых машин,
- организацией обогрева личного состава на привалах.

**Отравление выхлопными газами можно предупредить:**

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

**Предупреждение эпидемических заболеваний, не связанных с применением биологического оружия, достигается:**

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

### **1.7 Медицинский контроль за банно-прачечным обслуживанием**

Одним из главных мероприятий по сохранению и укреплению здоровья военнослужащих, предупреждению возникновения инфекционных болезней, гнойничковых заболеваний кожи, педикулёза является банно-прачечное обслуживание. От качества его организации и проведения зависит, в конечном итоге, боеспособность воинских частей.

- контроль за организацией и проведением помывок личного состава;
- контроль за качеством стирки, дезинфекции, дезинсекции нательного и постельного белья, обмундирования;
- медицинское наблюдение за состоянием здоровья личного состава, обслуживающего полевые бани и прачечные.

### **1.8 Медицинский контроль за захоронением павших в бою и умерших воинов**

Санитарная очистка полей сражения и захоронение павших в бою и умерших воинов в условиях современной войны, в особенности в очагах применения оружия массового поражения, является исключительно важной проблемой, требующей строгого выполнения всех установленным санитарных правил и норм. Нарушения в ходе данных мероприятий могут

привести к ухудшению санитарно-эпидемической обстановки района расположения воинской части и росту заболеваний среди военнослужащих. Медицинский контроль за захоронением павших в бою и умерших воинов включает:

- контроль за соблюдением санитарно-гигиенических требований при выборе мест для захоронения;
- контроль за соблюдением правил захоронения;
- уничтожение опасных в санитарном плане материалов;
- обеспечение подразделений (команд), выделенных для захоронения и очистки поля боя, дезинфекционными средствами;
- контроль за организацией помывок личного состава по окончании работ по очистке поля боя и захоронения.

### **1.9 Гигиеническое воспитание личного состава**

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

Содержание и объем санитарно-гигиенических мероприятий, проводимых в соединении, определяются условиями обстановки, а также санитарно-гигиеническим состоянием соединения (части) и района его действий.

**Санитарно-гигиеническое состояние соединения считается удовлетворительным, если:**

- санитарно-эпидемическое состояние соединения и района его действий благополучное;
- состояние материально-бытового обеспечения и условия для соблюдения правил личной гигиены и общественной гигиены не оказывают неблагоприятного влияния на здоровье личного состава;
- территория района действий (расположения) не заражена продуктами ядерного взрыва; ОВ; бактериологическими (биологическими) средствами, не загрязнена ядовитыми продуктами разрушенных промышленных объектов нечистотами, отбросами и не требует проведения дополнительных санитарно-гигиенических мероприятий по сохранению здоровья личного состава.

**Санитарно-гигиеническое состояние соединения считается неудовлетворительным при одном из следующих условий:**

- санитарно-эпидемическое состояние соединения и района его действий (расположения) неустойчивое, неблагополучное или чрезвычайное;
- недостатки в материально-бытовых условиях неблагоприятно влияют на здоровье личного состава и снижают его боеспособность, что требует дополнительных санитарно-гигиенических мероприятий;

- заражение или загрязнение территории района действий (расположения) соединения продуктами ядерного взрыва, ОВ, бактериологическими (биологическими) средствами, ядовитыми продуктами разрушенных промышленных объектов, нечистотами и отбросами создает угрозу снижения (или снижает) боеспособность войск и требует проведения комплекса мероприятий по предупреждению поражений и заболеваний среди личного состава.

О неудовлетворительном состоянии соединения, района его действий (расположения) начальник медицинской службы соединения докладывает командиру и вышестоящему начальнику медицинской службы и одновременно представляет предложения о проведении наряду с плановыми дополнительными санитарно-гигиеническими мероприятиями.

## **5.2 Организация противоэпидемических мероприятий в войсках.**

**Противоэпидемические мероприятия** – это комплекс мероприятий, направленных на предупреждение заноса инфекции в воинские части (соединения), возникновения инфекционных заболеваний среди военнослужащих, а при их появлении – на быстрейшую локализацию и ликвидацию возникших эпидемических очагов, снижение общего уровня инфекционной заболеваемости и предупреждение выноса инфекции из воинских коллективов.

В соответствии с этим выделяют три направления противоэпидемических мероприятий:

1. Предупреждение возникновения инфекционных болезней и ликвидация эпидемических очагов в воинских частях (соединениях).
2. Предупреждение заноса инфекционных болезней в воинские части (соединения).
3. Предупреждение выноса инфекционных болезней из воинских частей (соединений).

### **5.2.1 Предупреждение возникновения инфекционных болезней и ликвидация эпидемических очагов в воинских частях и соединениях**

В соответствии с общей схемой течения эпидемического процесса и особенностями его развития в воинских коллективах в настоящее время можно выделить восемь основных групп мероприятий по предупреждению возникновения инфекционных болезней и ликвидация эпидемических очагов в воинских частях и соединениях.

**Первые две группы мероприятий – это мероприятия по воздействию на источник инфекции. К ним относятся:**

изоляционные, лечебно-диагностические и режимно – ограничительные мероприятия, направленные преимущественно на источники антропонозных инфекций;

ветеринарно-санитарные и дератизационные мероприятия, направленные на источник зоонозов.

**Вторые две группы мероприятий – это мероприятия по разрыву механизма передачи инфекции:**

санитарно – гигиенические мероприятия противоэпидемической направленности;

дезинфекционно-дезинсекционные мероприятия.

**Следующие две группы – иммунопрофилактика и экстренная профилактика**, направлены на снижение восприимчивости организма к возбудителю инфекции и предупреждение заболевания среди военнослужащих.

**Последние две группы мероприятий – лабораторные исследования и санитарно-просветительная работа**, которые обеспечивают полноту и качество проведения перечисленных выше групп мероприятий.

### **5.2.1.1 Мероприятия в отношении источника инфекции**

#### **5.2.1.1.1 Изоляционные и лечебно-диагностические мероприятия**

Изоляционные и лечебно-диагностические мероприятия преследуют цель своевременно выявить инфекционных больных, изъять их из подразделений и оказать им квалифицированную и специализированную медицинскую помощь.

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

Инфекционные больные и подозрительные на инфекционное заболевание немедленно изолируются (до 1-2 суток) в изоляторы этапов медицинской эвакуации в целях обследования, наблюдения, уточнения (установления) диагноза и оказания медицинской помощи. На помещаемых в изолятор военнослужащих, заполняется первичная медицинская карточка (с черной полосой). Каждый изолятор разворачивается не менее чем на две инфекции, оснащается предметами ухода (поильниками, грелками, подкладными суднами, мочеприемниками и т. п.), средствами диагностики, лечения и проведения дезинфекции.

Важнейшим условием осуществления противоэпидемических мероприятий на этапах медицинской эвакуации является медицинская сортировка в целях выявления среди поступающих раненых (больных) инфек-

ционных больных и выделения однородных групп по эпидемической опасности и эвакуационному предназначению.

При неустановленном диагнозе в процессе сортировки инфекционные больные подразделяются на четыре группы:  
с преимущественно общетоксическими явлениями (без органических поражений);

с преимущественным поражением органов дыхания;

с преимущественным поражением органов пищеварения;

с преимущественным поражением нервной системы.

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

При возникновении особо опасных инфекций (ООИ), чтобы максимально сократить "плечо" эвакуации больных, к очагу ООИ выдвигается медицинское подразделение (учреждение), готовое к работе в условиях строгого противоэпидемического режима. (СПЭР).

#### **Общие требования при работе лечебных учреждений в условиях СПЭР**

1. Эвакуация раненых из районов применения БО в лечебные учреждения производится на специально выделенном транспорте с соблюдением установленных правил.

2. Площадка для развертывания ограждается, организуется вооруженная охрана.

3. Военнослужащие медицинских учреждений, предназначенных для работы в условиях СПЭР, должны быть заблаговременно привиты против ООИ. Если это не было сделано, прививки проводятся немедленно по получению приказа о переходе учреждения на СПЭР.

4. В условиях СПЭР весь обслуживающий персонал должен работать в полной противочумной одежде.

5. Все раненые получают антибиотики по схеме экстренной профилактики (неспецифической).

6. Обеспечение подразделений, находящихся в карантине, ведется через передаточные пункты.

7. Вход и выход медицинского персонала в карантинное отделение осуществляется только через санитарный пропускник.

В лечебном учреждении организуются 2 зоны:

1) зона строгого режима;

2) зона ограничения.

Лечебное учреждение развертывает:

приемно-сортировочное (диагностическое) отделение;

отделение для раненых с признаками инфекционного заболевания (инфекционное отделение);

отделение для раненых без признаков инфекционного заболевания (обсервационное отделение);

управление и подразделения обеспечения.

Следует учитывать, что при специализации неинфекционного госпиталя для приема больных ООИ количество коек, которое он может развернуть, уменьшится по сравнению со штатной емкостью вдвое. И даже в этом варианте обслуживание больных ООИ возможно лишь при условии усиления силами и средствами за счет других учреждений (врачи-специалисты, медсестры, санитары, палатки, комплекты противочумной одежды, дезинфекционная техника и средства и т.д.).

#### **5.2.1.1.2. Режимно-ограничительные мероприятия**

*Режимно-ограничительные мероприятия* – это мероприятия, обеспечивающие особый режим поведения военнослужащих, связанный с ограничениями их передвижений и перемещений в интересах противоэпидемического обеспечения войск. Режимные ограничительные мероприятия проводятся при возникновении опасности заноса инфекции в войска с целью предупреждения такого заноса, а также при появлении инфекционных заболеваний среди военнослужащих с целью скорейшей ликвидации возникших эпидемических очагов и предупреждения выноса инфекции из очага. Продолжительность режимно-ограничительных мероприятий определяется временем опасности заражения военнослужащих (или выноса инфекции из очага) плюс максимальный инкубационный период. Характер режимно-ограничительных мероприятий определяется эпидемиологическими особенностями инфекции и конкретными условиями боевой обстановки.

Условно выделяют три категории режимно-ограничительных мероприятий, отличающихся по объему и строгости проведения: усиленное медицинское наблюдение, обсервация и карантин.

*Усиленное медицинское наблюдение* – это режимно-ограничительные мероприятия, направленные на активное выявление инфекционных больных среди военнослужащих с их последующей изоляцией и госпитализацией. Активное выявление инфекционных больных проводится путем опроса и обследования, раненых и больных на этапах медицинской эвакуации, а также военнослужащих непосредственно в подразделениях или отдельных группах военнослужащих, прибывающих на доукомплектование или после выполнения служебного задания.

Этой мерой ограничиваются в тех случаях, когда среди военнослужащих появляются неконтагиозные зоонозные инфекции или появляется угроза заноса их в воинскую часть. Больные в данном случае не представляют опасности для окружающих. Своевременное их выявление обеспечивает более раннее начало лечения и соответственно выздоровление. Уси-

ленным медицинским наблюдением за военнослужащими ограничиваются иногда и в очагах некоторых контагиозных (не особо опасных инфекций), например, при возникновении острых респираторных и некоторых других заболеваний. Однако при более широком распространении этих заболеваний вводится режим обсервации.

*Обсервация* – это режимно-ограничительные мероприятия, предусматривающие, помимо усиленного медицинского наблюдения, ограничение перемещений и передвижение военнослужащих, но без ущерба для боевой деятельности войск. Степень и характер ограничений определяется эпидемическими особенностями инфекции и конкретными условиями обстановки.

При эпидемическом неблагополучии, когда ставится задача предупредить занос инфекции в воинскую часть, запрещается контакт военнослужащих с эпидемическими очагами, использование воды и пищевых продуктов без контроля медицинской службы.

При возникновении контагиозных инфекционных заболеваний или заболеваний неустановленной этиологии среди военнослужащих, когда ставится задача предупредить дальнейшее распространение заболеваний внутри воинской части и вынос инфекции за ее пределы, до минимума сокращаются перемещения военнослужащих, не связанные с условиями боевой деятельности. Принимаются меры по возможному ограничению контакта воинских частей, подвергшихся обсервации, с другими, по ограничению въезда и выезда из обсервированной воинской части и транзитного проезда через неё.

*Карантин* – система противоэпидемических и режимных мероприятий, направленных на полную изоляцию эпидемического очага и ликвидацию инфекционной заболеваемости в нем. Вокруг воинской части, находящейся в карантине, выставляется вооруженная охрана. В воинской части создается комендантская команда для обеспечения выполнения военнослужащими правил карантина.

Карантин предусматривает необходимость проведения следующих мероприятий:

запрещение выезда из воинской части и въезда в неё, прекращение увольнений и командировок военнослужащих, а также приема молодого пополнения и перевода военнослужащих в другие воинские части;

усиленное медицинское наблюдение за военнослужащими с обязательным опросом, термометрией и в случае необходимости лабораторными исследованиями для быстрейшего выявления и изоляции инфекционных больных;

специальные лечебно-профилактические и противоэпидемические мероприятия.

Военнослужащие в карантине размещаются отдельными группами по подразделениям. Снабжение воинской части обеспечивается через перегрузочные площадки и передаточные пункты. При холере особое внимание обращается на режим питания и водоснабжения. Для проведения в карантине противоэпидемических мероприятий выделяются специалисты из санитарно-эпидемиологических и лечебных учреждений. Формируются группы специалистов, обеспечивающих изоляционно-лечебное, дезинфекционное и лабораторное обслуживание, а также проведение прививок и экстренной профилактики.

#### **5.2.1.2. Мероприятия по разрыву механизма передачи возбудителя.**

##### **5.2.1.2.1. Санитарно-гигиенические мероприятия противоэпидемической направленности**

По своей цели санитарно - гигиенические мероприятия являются профилактическими в отношении многих заболеваний, особенно инфекционных.

Как известно передача возбудителя реализуются с помощью элементов внешней среды, которые в эпидемиологии называются факторами передачи. К ним относятся: воздух, живые переносчики, вода, пища, почва, предметы обстановки. Они и являются объектами применения санитарно - гигиенических мероприятий противоэпидемической направленности.

##### **5.2.1.2.2. Дезинфекционно-дезинсекционные мероприятия**

*Дезинфекция* - комплекс мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний на объектах внешней среды.

Выделяют профилактическую, текущую и заключительную дезинфекцию.

Профилактическая дезинфекция проводится систематически в местах возможного нахождения возбудителей инфекционных болезней (объекты питания и размещения личного состава, места общего пользования и т.д.).

Профилактическая дезинфекция организуется и проводится силами и средствами соединений и воинских частей с участием продовольственной и медицинской служб.

Текущая и заключительная (очаговая) дезинфекция проводится по эпидемическим показаниям на этапах медицинской эвакуации и в очагах инфекционных заболеваний, а также в изоляторах и местах, где размещаются инфекционные больные. Заключительная дезинфекция проводится не позднее трех часов после 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 работ.

*Дезинсекция* – комплекс профилактических и истребительных мероприятий в целях уничтожения членистоногих - переносчиков возбудителей инфекционных заболеваний. Мероприятия дезинсекции обеспечивают уничтожение насекомых и клещей на предметах обмундирования и белья, в помещениях, полевых сооружениях и на местности; защиту от нападения насекомых и клещей на человека и проникновения их в места расположения военнослужащих (землянки, палатки, окопы).

*Дератизация* - комплекс санитарно-профилактических мероприятий, направленных на борьбу с грызунами. Дератизационные мероприятия направлены на защиту мест и объектов полевого размещения личного состава, продовольственных складов и водных источников от проникновения грызунов.

### **5.2.1.3. Иммунопрофилактика и экстренная профилактика**

*Иммунопрофилактика* – это профилактика инфекционных заболеваний среди военнослужащих путем создания у них искусственного иммунитета.

*Вакцинация* – это профилактическое мероприятие, направленное на создание активного специфического иммунитета у военнослужащих путем введения в их организм вакцин.

Вакцинация проводится в плановом порядке и по эпидемическим показаниям. Плановые прививки военнослужащим являются логическим продолжением плановых прививок населению. Прививки по эпидемическим показаниям, проводятся при угрозе заноса инфекции извне. Порядок проведения прививок в воинской части устанавливается приказом командира части (по представлению начальника медицинской службы).

*Экстренная профилактика* – это применение антибиотиков (антибиотикопрофилактика), иммунных сывороток (серофилактика) и некоторых лекарственных и других препаратов (химиофилактика) для предупреждения инфекционных заболеваний среди военнослужащих при подозрении на заражение. Применяются препараты, способные обезвредить (нейтрализовать или уничтожить) возбудителя болезни еще в период инкубации, а так же препараты, быстро, ещё до развития клинических симптомов болезни, создающие невосприимчивость организма.

### **5.2.1.4 Общие мероприятия**

#### **5.2.1.4.1 Лабораторные исследования**

Лабораторные методы исследования широко применяются для выявления источника инфекции, возможных путей передачи инфекции и иммунологической структуры военнослужащих. Для проведения исследований в полевых условиях используются автолаборатории и укладки санитарно-эпидемиологических учреждений.

#### **5.2.1.4.2 Гигиеническое воспитание военнослужащих**

Направлено на ознакомление военнослужащих с эпидемической обстановкой, с причинами и условиями распространения заболеваний и с мерами защиты и профилактики.

#### **5.2.2. Предупреждение заноса инфекционных болезней**

К данному направлению противоэпидемических мероприятий относятся санитарно-эпидемиологическая разведка, мероприятия по обозначению, локализации и ликвидации эпидемического очага.

*Санитарно-эпидемиологическая разведка* – это непрерывное и своевременное получение достоверных сведений о санитарно-эпидемическом состоянии территории, на которой действуют (или предстоит действовать) воинские части (соединения).

Речь идет о возможных источниках заноса инфекции в воинские части от гражданского населения, других вневойсковых контингентов и из природных очагов, а в ходе боевых действий и военнослужащих противника.

В задачу санитарно-эпидемиологической разведки входит также выяснение условий возможного распространения инфекционных заболеваний среди военнослужащих. Санитарно-эпидемиологическая разведка проводится при передислокации воинских частей и любом их передвижении, при подготовке к боевым действиям, в ходе боевых действий и после их завершения. Результаты санитарно-эпидемиологической разведки используются для определения целенаправленных мероприятий по предупреждению заноса инфекции и распространения инфекционных заболеваний среди военнослужащих, а также для рационального распределения сил и средств медицинской службы и местных ресурсов в интересах противоэпидемического обеспечения военнослужащих. При длительном нахождении военнослужащих на одном месте (оборона) санитарно-эпидемиологическая разведка перерастает в санитарно-эпидемиологическое наблюдение.

*Санитарно-эпидемиологическое наблюдение* – это систематическое получение сведений о санитарно-эпидемическом состоянии размещения войск. Наблюдение распространяется также на соседние воинские части и соединения и на войска противника.

Санитарно-эпидемиологическую разведку в условиях изменяющейся обстановки необходимо проводить непрерывно. Для уверенности в достоверности получаемых сведений требуется постоянное сопоставление данных, поступающих из разных источников. Разведка должна быть своевременной, чтобы можно было вовремя провести необходимые мероприятия. Важным требованием к санитарно-эпидемиологической разведке является ее преемственность, т.е. использование вышестоящими звеньями медицин-

ской службы сведений, добытых нижестоящими звеньями. Санитарно-эпидемиологическая разведка должна быть целеустремленной, что предполагает получение, расширение и углубление сведений в соответствии с результатами анализа санитарно-эпидемиологической обстановки и особенностями оперативно-тактической обстановки, в первую очередь в интересах противоэпидемического обеспечения основных группировок войск.

Кроме того, санитарно-эпидемиологическая разведка должна быть действенной – еще в ходе ее проведения должны осуществляться необходимые противоэпидемические мероприятия (например, обозначение или локализация выявленного эпидемического очага).

Санитарно-эпидемиологическая разведка проводится всеми звеньями медицинской службы.

Каждый начальник медицинской службы организует санитарно-эпидемиологическую разведку на участке (в полосе, районе) действий своей воинской части (соединения).

Качество и объем сведений, полученных в ходе проведения разведки, зависят от сил и средств, которыми располагает организующий ее начальник.

В зависимости от условий и задач санитарно-эпидемиологическая разведка проводится отдельными медицинскими работниками, разведывательными медицинскими группами, медицинскими работниками в составе общевойсковой разведки, специалистами санитарно-эпидемиологических учреждений.

Начальник медицинской службы, получивший от командования информацию о предстоящих изменениях обстановки, прежде всего, знакомится с медико-географическими и санитарно-эпидемиологическими описаниями территории.

Эти материалы дополняются информацией, получаемой от старшего медицинского начальника, штабов и гражданских органов здравоохранения. Важно выяснить маршруты движения войск, места предполагаемых остановок и стоянок, а также район предстоящего размещения.

На основании этого принимается решение о проведении санитарно-эпидемиологической разведки, формируются её задачи, определяются конкретные исполнители, указываются маршруты и объекты, а также, место и порядок доклада о результатах разведки.

Результаты разведки старший группы докладывает медицинскому начальнику.

### **5.2.3. Мероприятия по предупреждению выноса инфекционных болезней за пределы района расположения части (соединения)**

К данному направлению относятся эпидемиологический анализ и обследование, лечебно-эвакуационное обслуживание инфекционных боль-

ных, противоэпидемический режим на этапах медицинской эвакуации, противоэпидемические мероприятия среди военнопленных.

Для предупреждения выноса инфекционных болезней за пределы района расположения части (соединения) в пути следования раненых и больных осуществляются:

постоянное медицинское наблюдение за ранеными и больными, активное выявление и изоляция инфекционных больных (подозрительных на инфекционное заболевание), проведение профилактической, текущей и заключительной дезинфекции, а также других противоэпидемических мероприятий;

госпитализация выявленных инфекционных больных в ближайшие лечебные учреждения в возможно ранние сроки;

мероприятия по выполнению требований гигиенических норм и санитарных правил при размещении, питании и водоснабжении раненых и больных в пути следования, а также в период пребывания их во временном перегрузочном районе, на крупных железнодорожных станциях, аэродромах.

О каждом случае инфекционного заболевания в пути следования сообщается военному коменданту ближайшей железнодорожной станции, который ставит об этом в известность соответствующие санитарно-эпидемиологические и лечебные учреждения.

При возникновении среди раненых и больных инфекционных заболеваний, а также при угрозе заноса их в процессе эвакуации, сокращаются число и время стоянок транспорта, и ограничивается выход военнослужащих.

При обнаружении инфекционного больного при эвакуации транспортными средствами он подлежит изоляции и доставке до ближайшего лечебного учреждения отдельно от других раненых и больных.

В случаях осложнения санитарно-эпидемической обстановки на путях эвакуации раненых и больных проводятся следующие мероприятия:

снятие с транспортных средств и госпитализация инфекционных больных;

обеззараживание очага инфекционного заболевания (полная санитарная обработка, дезинфекция, дезинсекция, дератизация);

установление по показаниям обсервации или карантина;

экстренная профилактика инфекционных заболеваний.

Эвакуация инфекционных больных осуществляется санитарным транспортом воинской части, а также специально выделенными средствами. Инфекционные больные эвакуируются отдельно от других раненых и больных.

В одной санитарной машине могут перевозиться только больные с однородными инфекционными заболеваниями или неконтагиозными инфекциями.

Санитарный транспорт, предназначенный для эвакуации инфекционных больных, оснащается медикаментами для оказания медицинской помощи, носилками, карманными плевательницами, подкладными суднами, мочеприемниками, емкостями для сбора выделений больных, дезинфекционными средствами и сопровождается медицинскими работниками

Успешное выполнение мероприятий по противозидемическому обеспечению войск всеми звеньями медицинской службы будет главным фактором эпидемического благополучия войск в мирное и военное время.

### **5.3 Понятие о медицинской разведке, ее задачи и виды.**

**Медицинская разведка** представляет собой сбор сведений об элементах обстановки, влияющих на санитарно-эпидемическое состояние части (соединения), состояние здоровья личного состава и деятельность медицинской службы. Она проводится на всех этапах медицинской эвакуации выделенным для этих целей личным составом медицинской службы. Сведения, полученные в результате медицинской разведки, докладываются старшему медицинскому начальнику и сообщаются медицинским работникам соседних частей.

Основной задачей медицинской разведки является постоянное получение данных об условиях, в которых предстоит работать медицинской службе, о санитарно-эпидемическом состоянии района расположения или действия своих войск и их тылов. Эти данные позволяют своевременно организовать и провести мероприятия по предупреждению заболеваний и поражений личного состава войск, надлежащим образом организовать санитарно-гигиенические и противозидемические мероприятия, наилучшим способом применить силы и средства медицинской службы.

Основными требованиями, предъявляемыми к медицинской разведке, являются достоверность, своевременность, непрерывность, преемственность, целеустремленность и активность.

Медицинская разведка должна быть, прежде всего, **достоверной**, т. е. должна давать сведения, полностью соответствующие фактической обстановке. Всякая неточность или искажение может повести к неправильным выводам и погрешностям в организации медицинского обеспечения войск. Достоверность сведений, добываемых медицинской разведкой, обеспечивается тщательным подбором исполнителей, четкой постановкой задач, сопоставлением данных, получаемых из различных источников, и повторной их проверкой.

**Быстрота и своевременность** являются вторым неизменным условием медицинской разведки. Запоздалое получение сведений не позволит заблаговременно осуществить профилактические мероприятия и подготовить медицинскую службу части (соединения) к работе в новой обстановке.

Условия, влияющие на работу медицинских подразделений и частей, носят не постоянный характер, а, наоборот, отличаются большой изменчивостью. Поэтому сведения о медицинской обстановке должны собираться не эпизодически, а систематически и непрерывно всеми медицинскими начальниками. Таким образом, **непрерывность** медицинской разведки является третьим обязательным требованием к ней.

Медицинская разведка должна быть **преемственной**, так как сведения, получаемые медицинской разведкой, используются не только медицинским начальником, организовавшим разведку, но должны становиться известными и соседним медицинским начальникам, для которых эти сведения могут также играть важную роль. При смене подразделений или частей медицинский начальник обязан сообщить своему преемнику имеющиеся в его распоряжении данные медицинской разведки.

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

**Активность** медицинской разведки обеспечивается настойчивым добыванием всеми возможными способами необходимых разведывательных сведений.

В зависимости от решаемых задач медицинская разведка может носить медико-тактический, санитарно-эпидемиологический или радиационно-химический характер.

*Медицинская медико-тактическая разведка* направлена на сбор сведений об условиях местности, необходимых для организации практической работы того или иного медицинского подразделения (части) или этапа медицинской эвакуации. В ее ходе определяется характер местности, предназначенной для расположения (развертывания) медицинских частей и подразделений, оценивается пригодность дорог для движения санитарного транспорта, наличие материальных средств, которые можно использовать для размещения и лечения раненых и больных. Еще одной задачей медико-тактической разведки является выявление гражданских лечебно-профилактических учреждений, медицинского персонала и медицинского имущества и установление возможности их использования.

В ходе *медицинской санитарно-эпидемиологической разведки* собираются сведения об условиях, влияющих на санитарное состояние войск и

способствующих заносу в войска инфекционных заболеваний. К этим сведениям должны быть отнесены данные о санитарно-эпидемическом состоянии района расположения или действия войск: заболеваемость среди местного населения, состояние водоисточников, условия расквартирования войск, наличие или отсутствие переносчиков инфекции (вши, малярийные комары) и т. д. Разновидностью санитарно-эпидемиологической разведки является *биологическая разведка*, которая осуществляется при угрозе применения биологического оружия.

*Медицинская радиационно-химическая разведка* собирает сведения о местности и населенных пунктах, наиболее безопасных в отношении применения ядерного или химического оружия, о наличии строений, пригодных для развертывания в них медицинских частей и подразделений, о местных средствах, которые могут быть использованы в целях противорадиационной и противохимической защиты. Кроме того, в ее ходе определяется характер и концентрации отравляющих и радиоактивных веществ в случае заражения ими воды и продовольствия.

Медицинская разведка может проводиться одиночными медицинскими работниками различной квалификации (санитарными инструкторами, фельдшерами, врачами, врачами-специалистами, например, эпидемиологами), разведывательными группами в составе нескольких медицинских работников или специальными органами медицинской службы, например, санитарно-эпидемиологической лабораторией соединения. Основными *способами медицинской разведки* являются:

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

*Задачами медицинской разведки* являются:

- выявление санитарно-эпидемического состояния района предстоящих боевых действий (условия жизни и быта населения, состояние коммунально-бытового хозяйства, наличие и характер инфекционных заболеваний и эпизоотий, другие факторы, которые могут повлиять на санитарно-эпидемическое состояние войск);
- оценка санитарного состояния маршрутов перемещения войск, а также зданий и помещений, намечаемых для размещения;
- определение наличия и состояния объектов и участков местности, которые могут быть использованы для развертывания медицинской роты или

отдельного медицинского отряда, медицинского пункта батальона, медицинских постов рот и постов санитарного транспорта;  
— установление наличия и состояния гражданских лечебных и профилактических учреждений, а также медицинского персонала и медицинского имущества в них.

## **ГЛАВА 6**

### **ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОЕДИНЕНИЙ (ВОИНСКИХ ЧАСТЕЙ) МЕДИЦИНСКИМ ИМУЩЕСТВОМ И ТЕХ- НИКОЙ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ.**

Существующая в настоящее время система комплектно-табельного оснащения (КТО) медицинской службы Вооружённых Сил прошла длительный период становления и развития. Её возникновение предопределил характер вооружённой борьбы, коренным образом изменившийся в начале XX века.

В новых условиях к оснащению полевых медицинских подразделений, частей и учреждений предъявляются другие требования, основными из которых являлись: обеспечение достаточного уровня их мобильности, в т. ч. сокращение сроков развёртывания (свёртывания), возможность деления на несколько автономных частей и повышение оперативности работы органов медицинского снабжения.

Следовательно, в настоящее время перед медицинской службой Вооружённых Сил стоит серьёзная проблема реформирования системы комплектно-табельного оснащения в целях приведения её в соответствие с современным уровнем развития военной медицины.

#### **6.1. Задачи и принципы медицинского снабжения в Вооружённых 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 обеспечения воинских частей медицинским имуществом в военное время:

- планирование, своевременное и полное обеспечение медицинским имуществом;
- создание и эшелонирование запасов медицинского имущества, управление медицинским снабжением;
- организация и осуществление централизованных и децентрализованных заготовок медицинского имущества;

- контроль за порядком истребования, приёма, хранения, отпуска и учёта медицинского имущества в воинских частях 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 МО по организации обеспечения медицинским имуществом;
- контроль за выпуском предприятиями промышленности основных видов медицинской техники и имущества для нужд ВС;
- организация технического обслуживания и ремонта медицинского имущества и техники;
- осуществление мероприятий по экономному расходованию медицинского имущества, организация использования местных ресурсов;
- организация подготовки и расстановка фармацевтических кадров;
- 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

Задачи могут быть взаимосвязанными, постоянными и эпизодическими, общими и частными, для органов управления и учреждений медицинского снабжения, зависящими от условий деятельности медицинской службы и от организации медицинского обеспечения боевых действий войск.

В современных условиях успешному выполнению ряда задач по обеспечению медицинским имуществом и техникой способствует применение вычислительных средств, механизации и автоматизации.

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 **цен-**

**трализованного, планового и нормированного натурального довольствия.**

Принципы обеспечения медицинским имуществом во многом совпадают с принципами организации тылового обеспечения и соответствуют задачам, решаемым медицинской службой в различные периоды развития ВС. Значимость отдельных принципов более четко может проявиться в мирное время и, наоборот, снижается в военное время, особенно в ходе боевых действий.

Некоторые из них находятся в прямой или косвенной зависимости с принципами лекарственного обеспечения, принятыми в нашей республике.

Основными организационными принципами обеспечения медицинским имуществом Вооружённых 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 распределиться даже крайне ограниченными запасами. В его основу положено централизованное управление запасами медицинского имущества - распределение и подача имущества по распоряжениям органа управления медицинской службы. Решающее значение этого принципа в войне с применением ОМП, когда потребность в медицинском имуществе значительно возрастает.

**ПРИНЦИП ПЛАНОВОГО СНАБЖЕНИЯ** устанавливается в периодичности представления различных донесений и заявок на медицинское имущество и отпуск 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. Для его реализации требуется гибкость в эшелонировании запасов медицинского имущества, маневр ими в ходе операции, сосредоточение достаточных запасов на направлении главного и других ударов.

**ПРИНЦИП ЭКОНОМИЧНОСТИ И БЕРЕЖЛИВОСТИ** во все времена имеет достаточное значение. Заключается в продуманном и обоснованном истребовании, правильном и бережном хранении и использованием, хозяйским и целенаправленным расходованием.

**ПРИНЦИП ВЫСОКОЙ ГОТОВНОСТИ** заключается в быстром развертывании сил и средств медицинского снабжения. Во многом это достигается чётким мобилизованным 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 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 весьма 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 разрешает вопросы обеспечения войск медицинским имуществом в различных условиях. В частности, при развертывании, в ходе боевых действий, при передислокации воинских частей и соединений. Некоторые негативные стороны этого принципа удается преодолеть за счет децентрализованных заготовок, на что органам управления медицинской службы могут выделяться денежные средства для закупки медицинского имущества непосредственно воинскими частями и соединениями.

**ПРИНЦИП ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО КОМПЛЕКТАМИ** медицинского имущества отвечает одному из современных важнейших требований, предъявляемых к военно-медицинской службе - быстроте от мобилизации и оперативности снабжения в ходе боевых действий. Его преимущества и значение возросли во много раз при промышленном формировании всех комплектов специального назначения.

## **6.2. 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, бактериальные 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).

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 назначению (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, наркотические средства, релаксанты, средства профилактики лучевой болезни, антитоксические препараты, 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 време-

ни. 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 зубоорачебные, 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.

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.

Всё, 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 Вооружённых 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.).

### **6.3. Организация снабжения войск медицинским имуществом и техникой.**

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 РБ;
- медицинская служба ВВС и войск ПВО;
- медицинские службы оперативных командований;

- медицинская служба Сил специальных операций;
- 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 военно-медицинских центров.

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.

За организацию обеспечения медицинским имуществом и техникой части и соединения 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 учёта, хранения и расходования медицинского имущества
4. Руководить экономической работой по медицинскому снабжению.
5. Представлять установленную отчётность.

В определении потребности в медицинском имуществе должны принимать участие как начальник медицинской службы (начальник медицинского учреждения), так и начальник медицинского снабжения (начальник аптеки), а непосредственными организаторами и исполнителями по медицинскому снабжению являются:

в воинской части — начальник медицинской службы;

в соединении — начальник отделения медицинского снабжения отдельного медицинского отряда;

в Вооруженных Силах Республики Беларусь — начальник 2 отдела (медицинского снабжения) военно-медицинского управления Министерства обороны.

Санитарный инструктор роты получает медицинское имущество в медицинском пункте батальона.

Начальник медицинского пункта батальона представляет заявку начальнику медицинской службы соединения и получает имущество в отдельном медицинском отряде.

Начальник медицинской службы соединения представляет донесение и заявки на медицинское имущество начальнику 2 отдела (медицинского снабжения) военно-медицинского управления Министерства обороны, по указанию которого из медицинского склада выделенные средства отпускаются отделению медицинского снабжения отдельного медицинского отряда бригады.

Истребование медицинского имущества осуществляется:

имущества специального назначения — по донесениям о наличии и потребности, а также по отдельным заявкам по фактической потребности;

имущества общего назначения — по заявкам-нарядам.

Донесения и заявки-наряды представляются в порядке и в сроки, установленные Табелем срочных донесений на военное время.

## **ГЛАВА 7**

### **ИНДИВИДУАЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОСНАЩЕНИЕ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ. МЕДИЦИНСКОЕ ОСНАЩЕНИЕ ШТАТНОГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ ВОИНСКИХ ЧАСТЕЙ.**

Индивидуальные средства медицинской защиты предназначены для оказания первой помощи при ранениях и заболеваниях, а также для ослабления воздействия на личный состав поражающих факторов современных видов оружия, в частности, ионизирующих излучений, отравляющих и высокотоксичных веществ, биологических средств.

Медикаментозная противорадиационная защита осуществляется радиопротекторами, профилактическое введение которых снижает поражающее действие проникающей радиации. Радиопротекторы применяют при работе на радиоактивно зараженной местности и в предвидении возможного облучения такими дозами проникающей радиации, когда фортификационные сооружения и защитные свойства техники не могут полностью обеспечить защиту от поражающего воздействия проникающей радиации. Профилактика и оказание неотложной помощи при поражениях отравляющими и высокотоксичными веществами проводится с помощью специальных противоядий (антидотов), а защита от действия биологических средств осуществляется антибиотиками широкого спектра действия, используемыми для проведения экстренной профилактики в очагах биологического поражения.

#### **7.1. Индивидуальное медицинское оснащение военнослужащих.**

**Индивидуальное медицинское оснащение** военнослужащих предназначено для оказания первой медицинской помощи в порядке само- и взаимопомощи при ранениях и заболеваниях, а также для профилактики или ослабления воздействия на личный состав поражающих факторов применяемого противником оружия.

К этой группе медицинского имущества относится аптечка индивидуальная (АИ), пакет перевязочный индивидуальный (ППИ), индивидуальные противохимические пакеты различных модификаций (ИПП-9,10), средства для обеззараживания воды.

Размещается индивидуальное медицинское оснащение военнослужащих в зависимости от принадлежности к видам войск и их специфике обмундирования (либо в специальном брезентовом подсумке, который крепится слева и сзади на поясном ремне, либо аптечка индивидуальная в левом нагрудном кармане, пакет перевязочный индивидуальный в кармане расположенном на левом плече формы одежды, индивидуальный противохимический пакет в сумке для противогаса).



Рис.5. Аптечка индивидуальная АИ.

**Аптечка индивидуальная (АИ)** – это комплект медикаментов, предназначенных для предупреждения или снижения воздействия поражающих факторов различных видов современного оружия, а также оказания первой медицинской помощи пораженным.

Лекарственные препараты, содержащиеся в АИ, применяются либо по указанию командира, либо самостоятельно в виде само- и взаимопомощи, при ранениях, ожогах, поражении фосфорорганическими отравляющими веществами, радиационных поражениях и для профилактики инфекционных болезней.

Упаковка АИ представляет собой специальный пластмассовый футляр с перегородками, на внутренней стороне которого приведен перечень и краткое предназначение лекарственных средств, размещенных в пеналах или в шприц-тюбиках, входящих в аптечку индивидуальную (рис. 5).

**Аптечка индивидуальная АИ** содержит:

**Средство при отравлении ФОВ №1** – шприц-тюбик с красным колпачком, содержащий будаксима раствор для инъекций 1 мл., который используется как средство для оказания первой помощи при поражениях фосфорорганическими отравляющими веществами, вводится 1 мл подкожно или внутримышечно при первых признаках поражения: затрудненном дыхании, появлении слюнотечения или судорог и нарушении зрения (утраты способности видеть в даль);

**Средство при отравлении ФОВ №2** – шприц-тюбик, содержащий атропина сульфата 0,1% раствор для инъекций.

**Противоболевое средство** – два шприц-тюбика с бесцветным колпачком, содержащих промедола 2% р-р для инъекций 1 мл, вводится подкожно или внутримышечно при ожогах и ранениях, сопровождающихся сильными болями, с целью предупреждения развития травматического или ожогового шока.

**Противорвотное средство** – пенал голубого цвета, содержащий таблетки метаклопрамид №10, который применяется по одной таблетке при угрозе облучения или же сразу после него, а также при появлении тошноты в результате контузии и травм, в течение суток возможен повторный прием;

**Радиозащитное средство** – два восьмигранных пенала розового цвета, по 6 таблеток в каждом пенале. Содержимое одного пенала составляет разовую, двух — суточную дозу) — при угрозе или немедленно после облучения по приказу командира одновременно принимаются шесть таблеток (содержимое одного пенала); при продолжительном облучении, например при нахождении на местности, зараженной радиоактивными веществами, через 4—5 ч следует принять еще шесть таблеток (содержимое второго пенала).

**Противобактериальное средство** – два неокрашенных пенала четырехугольной формы белого цвета, содержащие доксицилина гидрохлорида 0,2, которые применяют при угрозе поражения биологическими средствами, а также при ранениях и ожогах (для профилактики раневой инфекции) принимаются одновременно две таблетки, через 12 ч принимаются еще две таблетки;

**Пакет перевязочный индивидуальный (ППИ)** предназначен для оказания первой медицинской помощи при ранениях, травмах и ожогах. Пакет перевязочный выдается каждому военнослужащему и является табельным средством оказания само- и взаимопомощи при ранениях и ожогах.

В практике оказания первой медицинской помощи используются перевязочные пакеты различной конструкции (с двумя и одной подушечкой, с обычным марлевым и атравматичным внутренним слоем, с антисептической пропиткой и без нее и т.д.) (рис. 6).



Рис. 6. Пакет перевязочный индивидуальный ППИ.

ППИ состоит из двух ватно-марлевых подушечек размером 17х32 см (подвижной и неподвижной, одна – пришита к бинту, а другая – свободно передвигается по бинту),

марлевого бинта длиной 7 м и шириной 10 см, средств фиксации (безопасной булавки или застёжки Вилькро), внутренней бумажной и наружной

герметичной прорезиненной оболочек. Наружная оболочка обеспечивает сохранение стерильности содержимого пакета, кроме того, на ней указан способ вскрытия и употребления пакета.

Пакет может использоваться для наложения повязки на раны различного характера и различной площади, в том числе на сквозные, а также в виде окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе.

Для наложения повязки, прежде всего, необходимо снять одежду или обувь с пострадавшего, соблюдая следующую последовательность:

одежду с пострадавшего следует начинать снимать со здоровой стороны;

если одежда пристала к ране, то ткани одежды не следует отрывать, а необходимо обрезать их вокруг раны;

при травме голени или стопы обувь следует разрезать по шву задника, а потом снимать, освобождая в первую очередь пятку;

при снятии одежды или обуви с травмированной руки или ноги помогающий должен осторожно придерживать конечность.

В тех случаях, когда невозможно безболезненно снять одежду, ее разрезают ножом или ножницами, лучше всего по шву, если он проходит вблизи от места ранения, два горизонтальных разреза - выше и ниже раны и один вертикальный, соединяющий горизонтальные разрезы с одной боковой стороны. Откинув клапан в сторону, накладывают на рану повязку, закрывают ее несколькими турами бинта и накрывают клапаном (важно зимой). Клапан скрепляют с одеждой булавками. Поверх клапана можно наложить несколько туров бинта.

**Индивидуальный противохимический пакет (ИПП-9,10,11)** предназначен для защиты личного состава от поражений отравляющими веществами и последующей санитарной обработки открытых участков кожи и прилегающего к ней обмундирования при поражении капельно-жидкими отравляющими веществами. ИПП в зависимости от модификации может содержать дегазирующую жидкость в стеклянном флаконе, обернутом марлевыми салфетками и помещенном в герметично закрытый целлофановый пакет, либо как ИПП-10 состоять из алюминиевого баллона с мембраной, заполненного защитно-дегазирующей рецептурой, пластмассовой насадки и пробки-пробойника. С помощью ИПП проводится частичная санитарная обработка.

В настоящее время разработан и принят на снабжение индивидуальный противохимический пакет ИПП-11. Пакет предназначен для профилактики кожно-резорбтивных и вторично-ингаляционных поражений при заражении ОВ открытых участков кожи военнослужащего (лицо, шея, кисти рук). Он изготовлен на основе нетканых материалов в виде салфетки разового использования, пропитанной дегазирующей рецептурой и размещенной в герметично заваренном пленочном конверте. ИПП-11 отличается

безопасностью в работе, быстротой приведения в рабочее состояние (15 с), удобством и простотой использования. Продолжительность защитного действия рецептуры на коже — 6 ч. Изделие имеет габаритные размеры — 125 x 85 x 12 мм, массу — 41 г и является составной частью разработанных аптек индивидуальных медицинских АИМ-3 и АИМ-3С.

### **Средства для обеззараживания воды**

Средство для обеззараживания питьевой воды из непроверенных водисточников содержится в пенале или конвалюте — обеспечивает обеззараживание 0,75 л воды, содержащейся в одной фляге через 15 мин после растворения в ней одной таблетки (в случае сильного заражения воды — двух таблеток).

Индивидуальное хранение воды военнослужащими в боевых (полевых) условиях осуществляется во флягах. Для обеззараживания индивидуальных запасов воды каждый военнослужащий обеспечивался таблетированными средствами типа «Нео-аквасепт», «Аквасепт», «Пантоцид». Для индивидуального и группового пользования могут применяться индивидуальные очистители воды типа «Родник», «ОАЗИС-3000»

## **7.2. Порядок применения средств индивидуальной медицинской защиты и оказания первой помощи.**

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

Самостоятельно при наличии показаний применяются следующие препараты:

средство при отравлении ФОВ – при первых признаках поражения фосфорорганическими ОВ;

противоболевое средство – при ранениях, травмах и ожогах, сопровождающихся сильными болями;

противобактериальное средство – при ранениях, ожогах;

противорвотное средство – при появлении тошноты, вызванной воздействием различных факторов (ионизирующим излучением, контузией).

По указанию командира (старшего) применяются:

радиозащитное средство – в предвидении боевых действий на радиоактивно загрязненной территории;

противобактериальное средство – при опасности инфекционного заражения;

противорвотное средство – в предвидении воздействия радиации.

Средство при отравлении ФОВ №1 и №2. Первый шприц-тюбик применяется при первых признаках поражения ФОВ (затруднении дыхания, появлении слюнотечения и нарушении зрения), второй – через 5-10

минут после введения содержимого первого шприц-тюбика, при нарастании симптомов поражения.

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

### 1. Применение шприц-тюбика из АИ.

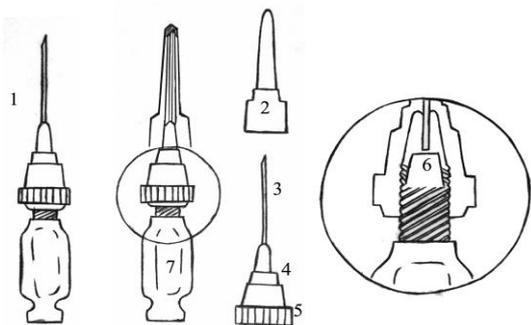


Рис.7. Устройство шприц-тюбика

Шприц-тюбик состоит рис.7 (1-шприц-тюбик со снятым колпачком, 2 -колпачок, 3 - игла, 4 - канюля, 5 -ребристый ободок канюли, 6 -мембрана, 7 - корпус тюбика).

Для использования шприц-тюбика необходимо извлечь его из аптечки, одной рукой взяться за ребристый ободок канюли (рис. 8-2), другой за корпус и повернуть

корпус по часовой стрелке до упора для прокола мембраны (рис. 8-1), затем держа шприц-тюбик за канюлю, снять колпачок, защищающий иглу (рис. 8-2).

Удерживая шприц-тюбик за ребристый ободок канюли и не сжимая пальцами корпус тюбика, ввести иглу в мягкие ткани бедра, ягодицы или плеча (можно через одежду) до канюли (рис. 8-3). Удерживать шприц-тюбик при введении иглы за корпус тюбика недопустимо (рис. 8-3а), так как это может привести к преждевременному вытеканию лекарственного средства из тюбика. Выдавить содержимое тюбика, сжимая его корпус (рис.8-4). Не разжимая пальцев извлечь иглу (рис. 8-5). Прикрепить использованный шприц-тюбик к одежде на видное место.

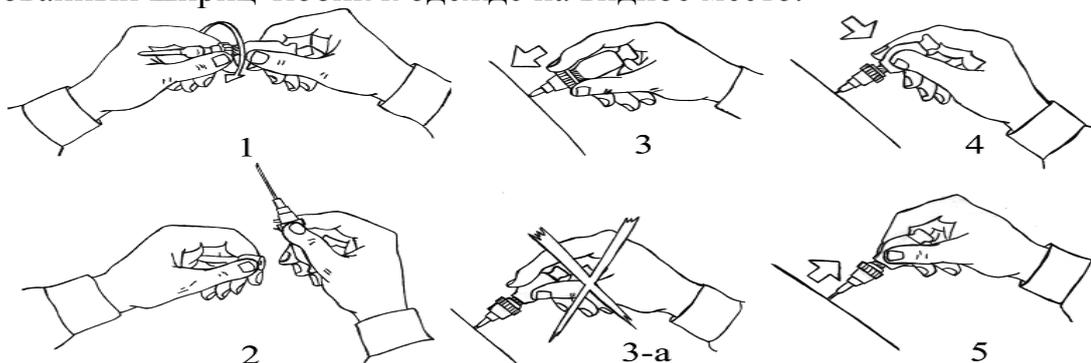


Рис.8. Применение шприц-тюбика из АИ.

### 2. Применение содержимого пеналов (ячеистых конволютов).

*Радиозащитное средство.* 1 таблетка калия йодида принимается за 2 часа до возможного облучения. При необходимости (продолжительном облучении, нахождении на местности, зараженной радиоактивными веще-

ствами) продолжается прием калия йодида по одной таблетке 0,125 г. 1 раз в день в течение 10 дней.

*Противобактериальное средство.* Содержимое одного пенала принимается при возможности заражения возбудителями инфекционных заболеваний, а также при ранениях и ожогах. Повторный прием (содержимое другого пенала) осуществляется через 6-8 часов после первого.

*Противорвотное средство.* Препарат принимается по одной таблетке после облучения или контузии при появлении тошноты или рвоты. При необходимости (продолжающаяся тошнота, рвота) препарат в той же дозе следует принять повторно. При необходимости принимается по 1 таблетке 2 раза в день.

При приеме таблетированных средств (капсул) их, по возможности, необходимо запивать водой.

Перечень лекарственных средств аптечки индивидуальной регулярно подвергается пересмотру и обновлению. В связи с этим, лекарственные препараты могут заменяться более эффективными.

Перспективным направлением является разработка носимой аптечки с элементами крепления к обмундированию военнослужащего, с возможностью размещения там жгута, индивидуального перевязочного пакета, средства для обеззараживания воды, а в случае ведения боевых действий с использованием химического оружия – индивидуального противохимического пакета.

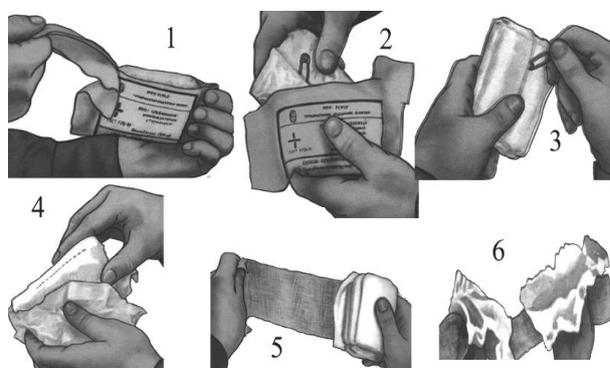


Рис.9. Подготовка ППИ к работе.

При наложении повязки ППИ разрывают по надрезу наружной оболочки и снимают ее (рис. 9-1,2), из складки внутренней оболочки вынимают булавку (рис. 9-3) и левой рукой берут за конец бинта (рис. 9-4), а правой рукой берут за скатку бинта и разворачивают повязку, оставляя каждую подушечку сложенной пополам (рис. 9-5,6). В случае обширного ожога или обширной раны разво-

рачивают подушечку полностью. Не касаясь подушечками посторонних предметов, накладывают их на рану или ожог стороной, не прошитой цветными нитками, при этом держат ватно-марлевую подушечку за поверхность прошитую цветными нитками (черными, зелеными, красными). В случае использования современной модификации ППИ с внутренним атравматичным слоем, подушечки накладывают на рану или на обожженную поверхность сетчатой стороной. Касаться руками можно только той стороной подушечек, которая не имеет сетки (поверхность гладкая).

При сквозной ране подвижную подушечку предварительно отодвигают так, чтобы подушечки можно было наложить на отверстия раны.

Подушечки закрепляются путем подбинтовывания, конец бинта закрепляется булавкой. В современных модификациях пакетов предусмотрена возможность фиксации конца бинта застежкой Вилькро (липучкой).

При наложении повязки запрещается: трогать рану рукой; вынимать из раны осколки, пули, частицы одежды и т.п.; обмывать рану водой. При

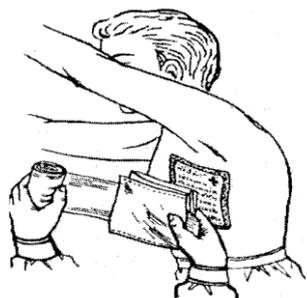


Рис.10. Наложение окклюзионной повязки с использованием ППИ

ранениях живота с выпадением внутренностей повязку с использованием ППИ накладывают непосредственно на выпавшие внутренности - их прикрывают стерильной подушечкой и осторожно, без сдавления, накладывают круговую повязку.

При проникающих ранениях грудной клетки раненому следует наложить так называемую окклюзионную, т.е. герметичную, повязку (рис. 10). С этой целью кожу вокруг раны смазывают вазелином и сверху накладывают оболочку пакета перевязочного индивидуального внутренней ее стороной, а затем - ватно-марлевую подушечку и всю повязку плотно прибинтовывают.

В боевой обстановке, во время выноса, вывоза с поля боя возможно смещение повязок и загрязнение ран. Поэтому необходимо укрепление повязки косынкой, бинтом эластичным трубчатый или путем кругового бинтования обычным бинтом.

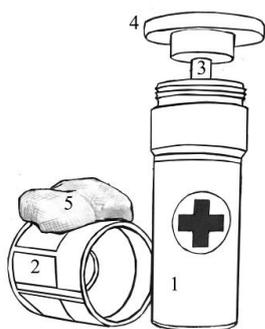


Рис. 11. Индивидуальный противохимический пакет ИПП-9 (1-корпус, 2-крышка, 3-пробойник, 4-губка, 5-марлевые салфетки).

корпус пакета до упора.

3. Перевернуть пакет губкой вниз и встряхнуть его 2-3 раза.

4. Протереть влажной губкой кожные покровы, оснащение и обмундирование в следующей очередности: кисти рук и открытые участки кожи

ИПП-9 (рис. 11) рассчитан на профилактику и оказание первой помощи при поражении капельно-жидкими отравляющими веществами. Позволяет провести дегазацию открытых участков кожных покровов и прилегающего к ним обмундирования, путем нанесения противохимической рецептуры на кожные покровы до заражения, что дает возможность отсрочить их последующую дегазацию до 10 часов.

#### Порядок применения ИПП-9

1. Вскрыть пакет, снять крышку и надеть на донную часть пакета.

2. Нажать на пробойник и утопить его в

лица и шеи; лицевая часть противогаза; воротник, края манжет обмундирования, прилегающего к открытым участкам кожи; личное оружие и приборы; остатки дегазирующей жидкости в области глаз удалить сухим тампоном.

5. Извлечь пробойник из корпуса до упора и закрыть пакет крышкой.



Рис.12. Индивидуальный противохимический пакет ИПП-11.

ИПП-11 (рис. 12) предназначен для предварительной защиты личного состава от поражений отравляющими веществами и последующей дегазации открытых участков кожных покровов и прилегающего обмундирования.

Состоит из оболочки из полимерного материала, тампона из нетканого материала, пропитанного противохимической ре-

цептурой «Ланглик».

Заблаговременное (до заражения) нанесение рецептуры на открытые участки кожных покровов личного состава позволяет отсрочить последующую их дегазацию до 10 часов после заражения. Пакет ИПП-11 рассчитан на проведение одной обработки (35 мл рецептуры).

#### **Для обеззараживания воды необходимо:**

1. Взять емкость (сосуд) с завинчивающейся крышкой (фляга, бутылка и т.д.) и налить туда воду.

2. Добавить в сосуд таблетки: для обеззараживания прозрачной воды, не требующей очистки необходимо в 1 л растворить 1 таблетку препарата, а для обеззараживания загрязненной (мутной) воды в 1 л необходимо растворить 2 таблетки.

3. После распада таблетки (через 5-20 мин) завинтить крышку и взболтать воду.

4. Для того, чтобы растворенный препарат вместе с водой попал в резьбу крышки и сосуда необходимо отвинтить крышку на ½ оборота и несколько раз перевернуть сосуд.

5. Завинтить сосуд и его периодически взбалтывать.

6. Отметить время обеззараживания воды.

Прозрачная вода пригодна для питья через 30 минут, а загрязненная – через 60 минут с момента внесения препарата.

Потребление воды должно быть ограничено таким количеством, чтобы максимальная суточная доза таблеток растворенных в воде не превышала – 6 таблеток, максимальная разовая доза – 1 таблетка.

### **7.3. Медицинское оснащение штатного медицинского персонала подразделений воинских частей, порядок его применения.**

На оснащении санитаря, стрелка-санитаря, водителя-санитаря нахо-

дится **сумка санитаря (СС)**, которая предназначена для оказания первой медицинской помощи 30 раненым, обожженным и пораженным проникающей радиацией, ОВ и БС (по расходному имуществу). Сумка санитаря содержит лекарственные средства различных фармакотерапевтических групп, перевязочные средства (бинт, вата, косынка медицинская перевязочная, ППИ, повязка медицинская малая стерильная), врачебные и другие предметы, позволяющие провести временную остановку кровотечения, обработку окружности ран, наложение первичных повязок на рану и ожоговые поверхности, наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе, профилактику раневой инфекции, выведение из обморочного состояния, предупреждение рвоты, промывание слизистых оболочек глаз и верхних дыхательных путей.

На оснащении санитарного инструктора и фельдшера находится **сумка медицинская войсковая (СМВ)**, которая предназначена для оказания первой медицинской и доврачебной помощи 30 раненым, обожженным и пораженным проникающей радиацией, ОВ и БС (по расходному имуществу). Сумка медицинская войсковая содержит лекарственные средства различных фармакотерапевтических групп (противоболевое средство в шприц-тюбике, радиозащитное, противобактериальное средство, антидоты и др.), перевязочные средства (бинты, вата, пакеты перевязочные и др.), врачебно-медицинские предметы и инструменты (жгут, термометр, нож садовый, ножницы тупоконечные, пинцет анатомический и др.), которые размещаются в матерчатой укладке полужесткой конструкции.

На оснащение санитаров, санитарных инструкторов и фельдшеров воинских частей и подразделений специального назначения находится **сумка медицинской помощи (СМП)**, которая предназначена для оказания первой помощи раненым и больным и пополнения лекарственными и перевязочными средствами аптечек медицинских индивидуальных (АМИ). Сумка медицинской помощи содержит лекарственные средства различных фармакотерапевтических групп, перевязочные средства и врачебные предметы (ножницы, пинцет анатомический, термометр медицинский, жгут кровоостанавливающий, трубка дыхательная, булавки безопасные).

На оснащении фельдшеров медицинских подразделений воинских частей находится **полевой фельдшерский комплект (ПФ)**, который предназначен для оказания доврачебной помощи 100 раненым и обожженным и 50 пораженных ионизирующим излучением и ОВ (по расходному имуществу). В межбоевой период он рассчитан на амбулаторное лечение 50 раненых и больных.

Обеспечивает временную остановку кровотечения, обработку окружности ран, профилактику раневой инфекции, поражений ионизирующими излучениями и отравляющими веществами, снятие болей при травмах и ожогах, повышение психической и физической работоспособности,

купирование и снятие психических и психомоторных возбуждений, выведение из обморочного состояния, проведение искусственного дыхания, измерение температуры тела, промывание слизистых оболочек глаз и верхних дыхательных путей и выполнение других мероприятий. Войсковой фельдшерский комплект содержит лекарственные средства различных фармакотерапевтических групп, врачебные и другие предметы. Имущество размещается в одном ящике медицинском специальном с замком ВФ.

На оснащение врача части находится **сумка врача войскового (СВВ)**, которая предназначена для проведения неотложных мероприятий первой врачебной помощи 30 раненым и больным (по расходному имуществу).

Содержит лекарственные средства различных фармакотерапевтических групп, перевязочные средства, врачебные предметы и хирургические инструменты, предметы контроля за ранеными и больными, средства для инъекции и другие предметы, позволяющие провести временную остановку артериального кровотечения, обработку окружности ран антисептиками, проведение новокаиновых блокад (для анестезии), наложение первичных повязок на раневую и ожоговую поверхности и окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе, противошоковую и антидотную терапию, профилактику раневой инфекции, повышение психической и физической работоспособности, снятие психических нарушений, неотложную амбулаторную помощь и выполнение других мероприятий.

## **ГЛАВА 8**

### **МЕДИЦИНСКОЕ ИМУЩЕСТВО И ТЕХНИКА ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИХ ЧАСТЕЙ И ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ.**

Основу полевого медицинского оснащения составляют комплекты медицинского имущества. Применение комплектов обеспечивает возможность оперативной доставки медицинского имущества, его защиту от действия неблагоприятных факторов внешней среды и, частично, от поражающих факторов современных видов оружия, что позволяет поддерживать высокую готовность подразделений, частей и учреждений медицинской службы к выполнению возложенных на них задач по медицинскому обеспечению войск.

#### **8.1. Комплектно-табельное медицинское имущество и техника функциональных подразделений военно-медицинских частей и медицинских подразделений и его краткая характеристика.**

**Комплектом** называют набор различных предметов медицинского имущества, специально подобранных по составу и количеству и предна-

значенных для оказания определенного объема медицинской помощи раненым (больным) или оснащения этапов медицинской эвакуации, уложенных в специальную тару.

Комплекты медицинского имущества обеспечивают достижение не только оперативности снабжения, но и позволяют значительно сокращать работы по составлению заявок, удобны для транспортировки и хранения имущества в полевых условиях, защищают его от современных видов оружия, позволяют быстро развернуть и свернуть любое подразделение или учреждение.

Комплекты формируются по специальным описям, где указаны сроки хранения медикаментов и другого имущества. В условиях мирного времени медикаменты, имеющие небольшой срок хранения, в комплекты не закладываются. В условиях военного времени в комплекты вкладывается все имущество согласно описям.

Основным принципом современной комплектной системы является принцип универсальности комплектов, т.е. возможность их использования на различных этапах медицинской эвакуации. Это позволяет иметь на снабжении оптимальное количество комплектов.

Содержание комплектов 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.

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.

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.

Укомплектование медицинским имуществом осуществляется в соответствии с табелем к штатам части, учреждения. Так как основу таблицей медицинского имущества составляют комплекты, оснащение военно-медицинской службы принято называть комплектно-табельным.

Комплекты медицинского имущества по назначению делятся на **функциональные и специального назначения.**

**Функциональные комплекты** предназначены для обеспечения работы функциональных подразделений этапов медицинской эвакуации и оказания определенных видов медицинской помощи. В состав функциональных комплектов входят медикаменты, расходное и инвентарное медицинское имущество. По предназначению функциональные комплекты подразделяются на группы:

**1. Аптечки:** индивидуальная АИ, войсковая АВ, десантная АД, бортовая летательных аппаратов АБ-1 и др.

**2. Комплекты для оказания первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи** предназначены для индивидуального, группового оснащения военнослужащих, этапов медицинской эвакуации, оказания первой медицинской, доврачебной и первой врачебной помощи. В эту группу входят: СС - сумка санитаря; СМВ - сумка медицинская войсковая; СВВ - сумка врача войскового; СВА - сумка врача авиационного; ПФ - фельдшерский; В-1 - перевязочная большая; В-2 - приемно-сортировочный; В-3 - специальная помощь; АП-2 – автоперевязочная.

**3. Комплекты медицинского имущества для оказания квалифицированной медицинской помощи.** Они предназначены для оснащения функциональных подразделений отдельного медицинского отряда, ВПП и оказания квалифицированной медицинской помощи. К этой группе относятся комплекты: Г-7 - операционная малая; Г-8 - операционная большая; Г-9 - операционные материалы; Г-10 - операционные предметы; Г-12 - палатный; Г-13 - предметы ухода; АН - анестезиологический; Ш-1 - противошоковый.

**4. Комплекты для оснащения военных аптек и медицинских складов:** В-4 - аптека медицинского пункта части; Г-5 - аптека ассистентская; Г-6 – аптека инъекционная; Г-15 - аптечный хозяйственный инвентарь; ПФЛ - полевая фармацевтическая лаборатория.

**5. Комплекты для стоматологии:** ЗВ - стоматологический; ЗП - зубопротезный; ЗТ – 1 зуботехнический (оборудование); ЗТ-2 - зуботехнический (инструменты); УЧ - челюстно-лицевой.

**6. Комплекты для специальных отделений (кабинетов):** АР-2У1 - рентгеновский комплект; ОР - рентгеновский; ОФ-1 - физиотерапевтический малый; ОФ-2 - физиотерапевтический большой; ОЭ - электродиагностический.

**7. Комплекты для оказания специализированной хирургической помощи:** УХ-1 - хирургический; УХ-2 - торакоабдоминальный; УХ-3 - травматологический; УН - нейрохирургический; УУ- урологический; УГ- гинекологический; УОЖ - ожоговый; УЛ – оториноларингологический; УО-1 - офтальмологический малый; УО-2 - офтальмологический большой; Г-21 - врачебные предметы и хирургические инструменты.

**8. Комплекты для оказания специализированной терапевтической помощи:** УП - психоневрологический; УТ - токсикорадиологический; Г-22 - врачебные предметы и хирургические инструменты на 100 коек терапевтического профиля; ВЛК - врачебно-летная экспертиза.

**9. Комплекты для лабораторий, СЭО и отрядов заготовки крови (станций переливания крови):**

а) для клинических лабораторий и отрядов заготовки крови: Л-1 - лаборатория клиническая войсковая; Л-2 - лаборатория клиническая госпитальная; АЛ-3 - лаборатория санитарно-бактериологическая; ЛМП- лаборатория медицинская полевая; ЛГ-1 - лаборатория гигиеническая войсковая; Г-2 - лаборатория гигиеническая основная; ПК-1 - медицинское имущество для заготовки и переработки крови; ПК-2 - медицинское имущество для заготовки и переработки крови.

б) для судебно-медицинских, патологоанатомических и контрольно-аналитических лабораторий: СМ-1 - судебно-медицинский секционный (базовый); СМ-2 - судебно-медицинский секционный (выездной); СМ-3 - судебно-медицинский (биологический); ПА-1 - патологоанатомический (материалы); ПВ - патологоанатомический (выездной); ЛФ-2 - лаборатория контрольно-аналитическая основная.

**10. Комплекты для дезинфекции и санитарной обработки:** В-5 - дезинфекция; СО - санитарная обработка.

**Комплекты специального назначения** используются для оперативного снабжения медицинским имуществом соединений (воинских частей), военно-медицинских организаций, военных медицинских частей и медицинских подразделений. Отличительной особенностью этих комплектов является то, что они содержат в своем составе только расходное медицинское имущество, предназначенное для оказания медицинской помощи раненым современными видами оружия.

Комплекты специального назначения включают:

**1. Комплекты перевязочных средств и шин:** Б-1 - перевязочные средства стерильные; Б-2 - шины; Б-3 - перевязочные средства нестерильные; Б-4 - перевязочные средства для обожженных стерильные;

**2. Комплект противочумной одежды:** ПЧО - противочумная одежда.

**3. Комплекты документов медицинского учета и отчетности:** БК-1 - книги и бланки медицинского учета и отчетности медр, ОМО; БК-2 - книги и бланки медицинского учета и отчетности госпиталя.

Особую группу составляют **комплекты для сил специальных операций**. Медицинское имущество, входящее в эти комплекты размещено в специальных чехлах-сумках, позволяющих десантировать комплекты парашютным способом. Кроме этого комплекты этой группы более удобны

для перемещения, как в пешем порядке, так и на боевых машинах, и лучше защищены от неблагоприятных условий внешней среды. В группу комплектов для воздушно-десантных войск входят комплекты функциональные («Аптечка десантная», «Десантный-врачебный», «Десантный-перевязочная малая», «Десантный-аптека», «Десантный-противошоковый» и др.) и специального назначения («Десантный-перевязочные средства стерильные», «Десантный-шины» и др.).

**Наборы медицинского имущества** – это совокупность специально подобранных хирургических инструментов, врачебно-медицинских, лабораторных и других предметов, регламентированных по номенклатуре и количеству, имеющих единое функциональное назначение, размещенных в общей укладке и предназначенных для выполнения отдельных медицинских мероприятий (перевязок, операций, анализов и т.п.).

Содержание имеющихся на снабжении хирургических наборов позволяет оказывать все виды медицинской помощи, проводить лечебно-диагностические мероприятия на уровне последних достижений медицинской науки и практики.

В наборы вкладываются наиболее необходимые инструменты и другие предметы, обеспечивающие все виды работ в соответствии с предназначением набора.

В дальнейшем израсходованное и изношенное имущество пополняется отдельными предметами, а при использовании или списании более 50% состава набора целесообразно выписывать новый, а остатки набора оприходовать поштучно.

Медицинские наборы являются важнейшей составной частью целого ряда комплектов медицинского имущества, предназначенных для оказания первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи. Набор, как правило, входит в состав соответствующих комплектов медицинского имущества, а также включается в таблицу самостоятельно. В настоящее время в таблицы и комплекты включены следующие наборы хирургических инструментов:

**общехирургические:** НПМ – перевязочный малый; НПБ – перевязочный большой; НОМ – операционный малый; НОБ – операционный большой.

**специальные:** НВ – инструментов для венесекции; НСП – специальный (диагностический); НН – нейрохирургический; НГ – гинекологический (операционный); НЛ – оториноларингологический; НО – глазной (хирургический); НЧ – стоматологический; НУ – урологический; НС – секционный; НТ – остеосинтеза; НТР – трахеостомический.

## **8.2. Нормы снабжения медицинским имуществом и медицинской техникой военно-медицинских частей и медицинских подразделений**

Обеспечение войск медицинским имуществом и техникой начинается с определения потребности в нем. Определяющим документом является Приказ Министерства обороны Республики Беларусь от 29.12.2003 года № 021 «Об утверждении норм снабжения медицинской техникой имуществом Вооруженных Сил на военное время». На предстоящий бой или на определенный календарный период определяется в соответствии с *Нормами имущества*, предусмотренными табелем к штату части (соединения), с учетом потребности войск и медицинских подразделений в период подготовки и в ходе боевых действий.

Потребность части (соединения) определяется, главным образом, в медицинском имуществе специального назначения.

В связи с тем, что предполагаемый расход медицинского имущества будет различным в зависимости от применяемого противником вида оружия (обычного, высокоточного, ядерного, химического или биологического), потребность в медицинском имуществе рассчитывается, исходя из величины и структуры ожидаемых санитарных потерь. Учитываются также показатели боевой убыли медицинского имущества, установленные нормы его запасов к концу боя (операции), вид и объем медицинской помощи, который будет оказываться на этапах медицинской эвакуации, принятые и рекомендуемые методы профилактики, диагностики и лечения в расчете на личный состав, а также на количество коек в лечебных учреждениях.

Истребование необходимого медицинского имущества специального назначения осуществляется по донесениям о наличии и потребности, а также по отдельным заявкам по фактической потребности, а имущества общего назначения – по заявкам-нарядам. Перечень и количество истребуемого имущества должны обеспечивать полноценное медицинское обеспечение личного состава и работу медицинского пункта в течение всего периода, на который имущество требуется, и оказание медицинской помощи раненым и больным в ходе боевых действий. Накопления в части (соединении) излишнего имущества следует избегать, так как это может приводить не только к перегрузке штатного транспорта, но и к перебоям в общей системе медицинского снабжения войск.

Прием поступившего в часть (соединение) медицинского имущества производится начальником аптеки, который после получения имущества высылает складу подтверждение о приеме груза. Особое внимание при приеме имущества обращается на наличие ядовитых и наркотических веществ, в том числе в аптечках, сумках и комплектах. При поступлении имущества без необходимых сопроводительных документов, обнаружении недостачи или порчи для приема имущества назначается комиссия, которая отражает все недостатки в акте.

## **ГЛАВА 9**

### **ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБОЙ.**

В настоящее время созрели объективные предпосылки и необходимость для формирования и разработки научных основ теории управления медицинской службой, которые обуславливаются следующими обстоятельствами.

Во-первых, без создания теории управления медицинской службой все труднее становится вести целенаправленные исследования по определению оптимальной организационной структуры, эффективного функционирования системы управления медицинской службой, а также предъявлять требования к развитию средств управления и создания, базовых программно-технических средств автоматизации деятельности военно-медицинских учреждений. Организация этих исследований требует, прежде всего, разработки основ самой теории управления, строгой систематизации различных ее понятий и категорий.

Во-вторых, формирование теории управления медицинской службы обеспечивает необходимость комплексного системного подхода к решению задач совершенствования управления медицинской службой, рассмотрения управления не односторонне, а в совокупности с другими аспектами управленческой деятельности.

В-третьих, без создания методологических основ теории трудно сохранить системность в преподавании управления медицинской службой как комплексной учебной дисциплины, вести целенаправленную разработку учебных материалов и программ по ней.

Необходимое условие формирования теории управления медицинской службы – точное определение ее объекта, предмета и задач исследования, категорий, структуры, законов и принципов. Помня о том, что любая теория есть высшая форма организации научного знания, дающая целостное представление о закономерностях и существенных связях изучаемого объекта исследования, раскроем сущность, содержание и принципы общей теории управления, после чего рассмотрим сущность объекта и предмета теории управления медицинской службой.

Исследования показывают, что 98% неудач в любой целенаправленной деятельности организации связаны со слабостью управления. В эти 98% неудач входят: управленческая некомпетентность начальника – 45%; пренебрежение служебными обязанностями – 3%; отсутствие опыта в данной области – 9%; отсутствие опыта руководящей работы – 18%; недостаточность специальных знаний – 20%.

#### **9.1. Понятие, сущность, содержание и основные принципы управления.**

Управление медицинской службой является составной частью управления войсками и заключается в целенаправленной деятельности начальников (командиров) и органов управления медицинской службы по наиболее целесообразному применению подчиненных сил и средств и руководству ими при выполнении поставленных задач.

Основной целью управления является достижение максимальной эффективности системы медицинского обеспечения войск, которая, в свою очередь, может быть достигнута при условии глубоких знаний начальниками медицинской службы и командирами медицинских воинских соединений и частей основ подготовки и ведения современного боя (операции), принципов и методов организации медицинского обеспечения войск.

Строгое соблюдение основных требований к управлению – устойчивость, непрерывность, оперативность, скрытность — способствует эффективному применению сил и средств медицинской службы и выполнению ими поставленных задач в установленные сроки и в любых условиях обстановки.

Управление строится на принципах строгого единоначалия и централизации с предоставлением подчиненным инициативы в определении способов выполнения поставленных им задач. Непосредственное управление силами и средствами медицинской службы воинской части осуществляет начальник медицинской службы. Он несет личную ответственность за боевую готовность службы, полное и своевременное выполнение возложенных на нее задач.

Управление медицинской службой осуществляется во всех видах боевой и повседневной деятельности личного состава частей и соединений.

Управление медицинской службой в воинской части планируется, организуется и осуществляется на основе решения командира на бой и начальника тыла на организацию тылового обеспечения, а также распоряжений (указаний) старшего начальника медицинской службы, в воинской части - на основе решения командира на бой и указаний старшего начальника медицинской службы.

Последовательность, содержание и методы работы начальника медицинской службы воинской части определяются конкретной обстановкой, характером решаемых задач и установленными сроками подготовки медицинской службы к работе.

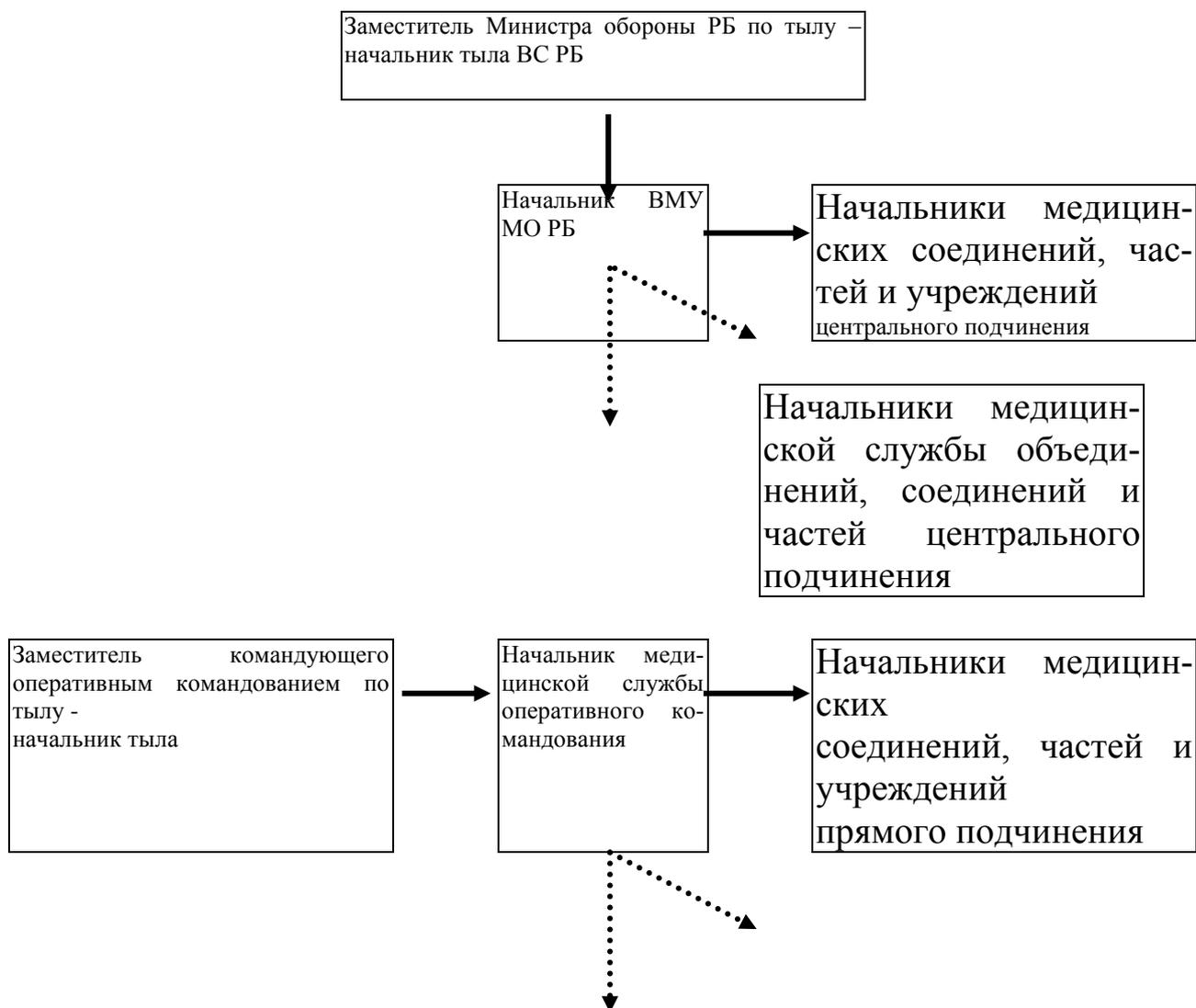
В период подготовки и в ходе боевых действий управление медицинской службой включает:

- непрерывный сбор, изучение и анализ данных обстановки;
- принятие решений на применение сил и средств медицинской службы в бою;
- планирование медицинского обеспечения войск;
- постановку задач подчиненным и контроль их выполнения;

- организацию взаимодействия между подчиненными руководителями различных уровней, а также с начальниками других служб;
- организацию и проведение мероприятий по повышению (поддержанию) боевой готовности подразделений и частей медицинской службы, их защите, охране и обороне;
- организацию системы управления медицинской службой и другие мероприятия.

Организационно-техническую основу управления медицинской службой составляет система управления, которая включает: органы управления, пункты управления и средства управления — связь и автоматизированные системы управления медицинской службой.

Подчиненность начальников медицинской службы и командиров медицинских воинских подразделений, частей, соединений и учреждений показана на рисунке 13





Начальники медицинской службы оперативных командований и бригад непосредственно подчинены соответствующим заместителям командиров (командующих) по тылу, начальники медицинской службы воинских частей - командирам воинских частей. По специальным вопросам медицинского обеспечения войск они выполняют указания вышестоящего начальника медицинской службы.

Командиры (начальники) медицинских воинских подразделений, частей, соединений и учреждений непосредственно подчинены соответствующему начальнику медицинской службы. Так, например, начальник медицинского пункта батальона подчинен начальнику медицинской службы батальона, начальник отдельного медицинского отряда бригады — начальнику медицинской службы бригады и т. д.

Начальник медицинской службы воинской части обязан:

- организовать и проводить мероприятия по повышению (поддержанию) боевой готовности подчиненных частей и подразделений;
- организовать подготовку подчиненных сил и средств к выполнению задач по медицинскому обеспечению войск и осуществлять руководство ими в ходе боевых действий;
- постоянно анализировать боевую, тыловую и медицинскую обстановку;
- организовать оперативный учет раненых и больных в войсках и контролировать их движение по этапам медицинской эвакуации;

- своевременно готовить предложения по организации медицинского обеспечения войск и докладывать их командованию части;
- лично принимать решения на применение сил и средств медицинской службы в бою;
- осуществлять планирование медицинского обеспечения части, доведение задач до подчиненных и контроль их исполнения;
- представлять в штаб части данные по медицинской службе, необходимые для планирования боевых действий и заявки на все виды транспортных средств для эвакуации раненых и больных;
- организовать комплексное использование подчиненных и приданных сил и средств медицинской службы;
- направлять и контролировать деятельность начальников медицинской службы нижестоящих частей и подразделений;
- организовать обеспечение войск медицинским имуществом и техникой;
- организовать защиту, охрану и оборону подчиненных частей и подразделений;
- организовать взаимодействие, управление и связь;
- обобщать и доводить до подчиненных опыт медицинского обеспечения войск.

## **9.2. Порядок организации, содержание и методы работы начальника медицинской службы при принятии решения на медицинское обеспечение боевых действий воинской части.**

Основным содержанием работы начальника медицинской службы в подготовительный период является планирование медицинского обеспечения части в бою и подготовка подчиненных сил и средств к работе.

При планировании медицинского обеспечения войск могут применяться методы последовательной или параллельной работы, а также их сочетание.

*Метод последовательной работы* применяется при наличии достаточного времени на подготовку подчиненных сил и средств к обеспечению войск в предстоящем бою. При этом работа по планированию медицинского обеспечения части начинается после завершения планирования в вышестоящем органе управления и получении соответствующих распоряжений командования и указаний вышестоящего начальника медицинской службы.

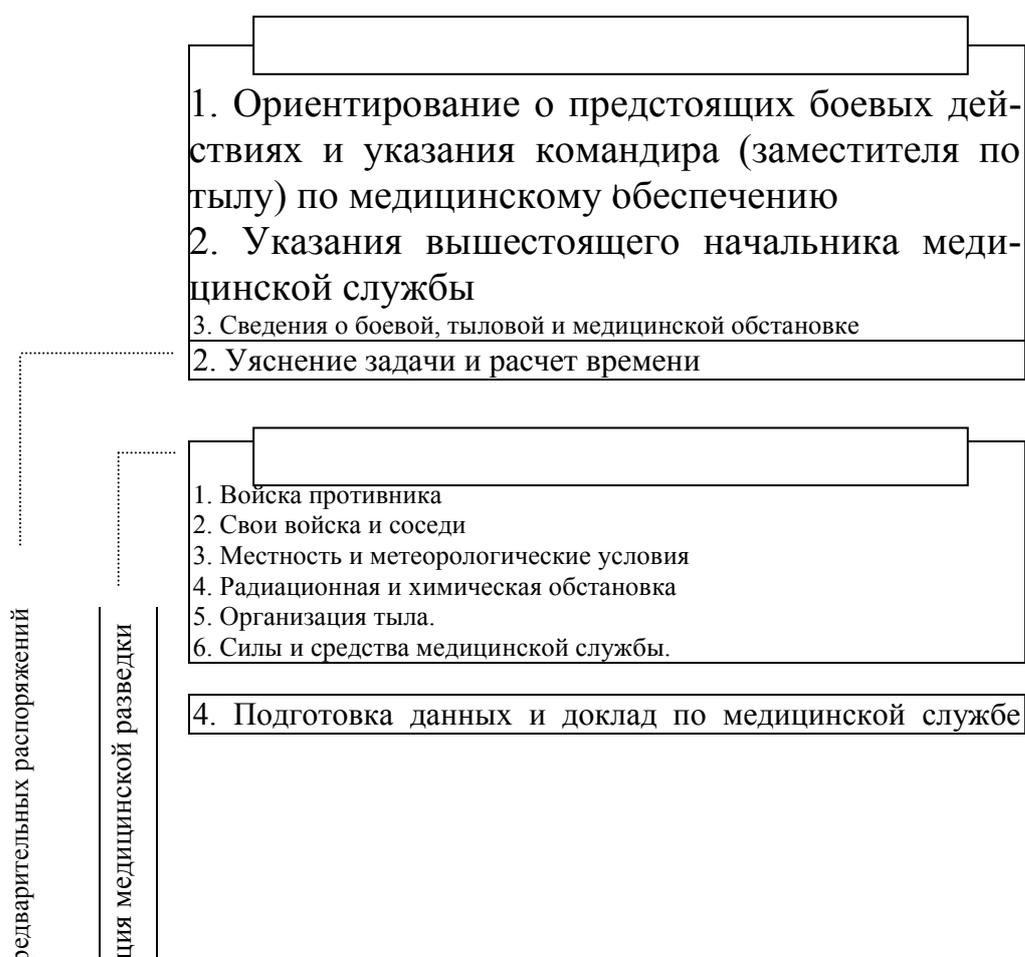
Метод последовательной работы позволяет качественно осуществлять планирование, готовить в полном объеме необходимые расчетно-справочные данные, всесторонне оценивать различные варианты решений. Он обеспечивает полноту и скрытность разработки намечаемых мероприятий. Положительной стороной этого метода является и то, что он дает возможность вышестоящему медицинскому начальнику после окончания им планирования активно помогать менее опытным подчиненным начальни-

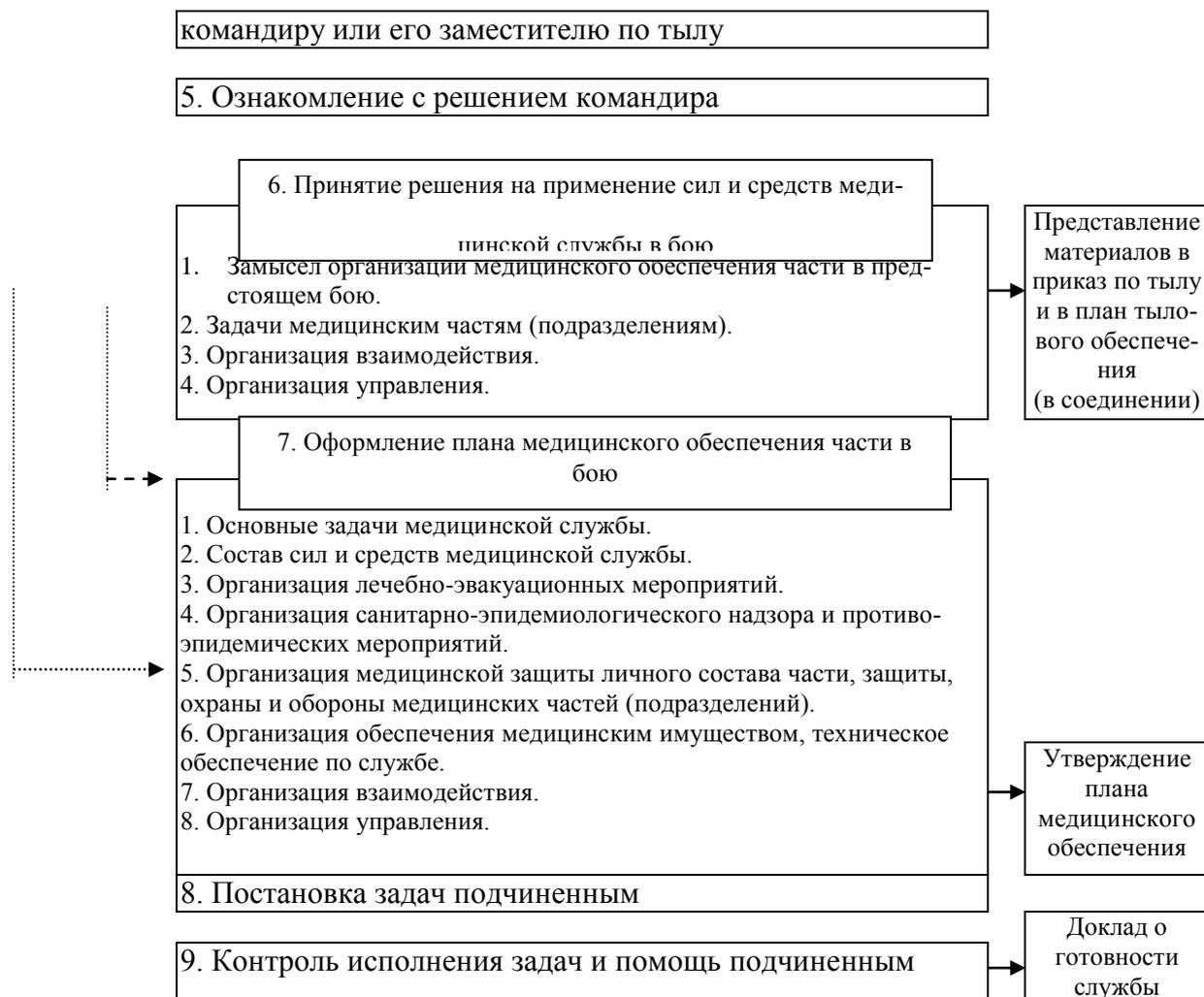
кам служб в планировании медицинского обеспечения своих частей. Вместе с тем этот метод имеет и некоторые недостатки. Основной из них состоит в том, что процесс планирования занимает слишком много времени. Кроме того, последовательному методу присуща более жесткая централизация в управлении, что сужает рамки самостоятельности и творчества подчиненных.

*Метод параллельной работы* применяется при ограниченных сроках подготовки к обеспечению войск в предстоящем бою. При этом планирование медицинского обеспечения осуществляется на основе полученных предварительных указаний (распоряжений) и корректируется по завершении планирования боя штабом части.

Сущность этого метода состоит в том, что при дефиците времени планирование в нижестоящих звеньях начинается сразу же после разработки командиром только первого элемента решения — замысла предстоящих боевых действий, и отдания им предварительных распоряжений. Метод параллельной работы позволяет планировать медицинское обеспечение в сравнительно короткие сроки. При его использовании особое значение приобретает немедленное информирование подчиненных об изменениях обстановки. Эффективное применение этого метода возможно лишь при условии четкой организации и высокой оперативности в работе.

Наиболее полное представление о последовательности и содержании работы начальника медицинской службы в период планирования медицинского обеспечения части в предстоящем бою можно получить при рассмотрении последовательного метода, представленном на рисунке 14.





**Рис. 14.** Порядок и содержание работы начальника медицинской службы при последовательном методе планирования медицинского обеспечения воинской части в бою

### Сбор исходной информации

С момента получения боевой задачи штаб воинской части приступает к подготовке данных для принятия решения командира на бой.

Начальник медицинской службы перед началом планирования медицинского обеспечения части в предстоящем бою должен ознакомиться:

— с указаниями командира и его заместителя по тылу о характере предстоящих боевых действиях войск, а также о задачах медицинской службы по их обеспечению;

— с указаниями вышестоящего начальника медицинской службы о порядке организации медицинского обеспечения войск;

— с данными о боевой, тыловой и медицинской обстановке, влияющими на организацию медицинского обеспечения войск.

Во время ориентирования и изучения замысла командира начальник медицинской службы должен уяснить: задачу медицинской службы; направления (районы) сосредоточения её основных усилий; порядок эвакуации раненых и больных и использования для этих целей авиации и транспорта общего назначения; сроки готовности медицинской службы; органи-

зацию управления.

Кроме того, ему необходимо иметь следующие сведения: характер предстоящих боевых действий; намечаемый боевой порядок части; силы и средства, придаваемые части на бой, сроки и районы их прибытия; основные данные о противнике и его возможном воздействии на войска, в том числе по применению ОМП; перечень данных по медицинской службе, необходимых командованию для принятия решений, сроки и порядок их представления; сроки представления доклада по службе, утверждения плана медицинского обеспечения части в бою и другие.

В указаниях вышестоящего начальника медицинской службы определяются: объем медицинской помощи и сроки лечения раненых и больных в омедо соединений, в МП частей; выделяемые средства усиления, сроки и пункты их прибытия, порядок использования; средства старшего начальника медицинской службы, разворачиваемые в интересах медицинского обеспечения части, их задачи, сроки и районы разворачивания; сроки и пункты прибытия сил и средств медицинской службы для пополнения части; организация эвакуации раненых и больных; организация взаимодействия с медицинской службой соседних частей; порядок обеспечения медицинским имуществом, а также кровью и кислородом; указания по специальным вопросам и др.

При отсутствии каких-либо сведений (данных), необходимых для планирования медицинского обеспечения, начальник медицинской службы должен проявить активность, инициативу и настойчивость для их получения у командования, а также у вышестоящего начальника медицинской службы. Недостаток информации не является оправданием просчетов и ошибок в организации медицинского обеспечения войск в бою.

Таким образом, во время ориентирования начальник медицинской службы уясняет задачу службы в предстоящем бою и основные условия, в которых будет осуществляться её выполнение. Уяснив задачу, начальник медицинской службы определяет мероприятия, которые нужно провести для подготовки службы, ориентирует подчиненных о предстоящей задаче и дает им необходимые указания (предварительные распоряжения). В предварительных распоряжениях подчиненным частям и подразделениям дается ориентировка о подготовке к возможным действиям. В зависимости от конкретной обстановки в них могут ставиться задачи по эвакуации раненых и больных и высвобождению медицинских частей и подразделений, пополнению запасов медицинского имущества, техническому обслуживанию и ремонту техники, проведению медицинской разведки, разворачиванию сил и средств медицинской службы, организации управления и другим вопросам. В этих распоряжениях не должны раскрываться замысел и время начала боевых действий.

### **Расчет времени**

После уяснения задач и отдания предварительных распоряжений начальник медицинской службы производит расчет времени, необходимого для их выполнения.

**Расчет времени** производится с целью его рационального распределения на проведение наиболее важных подготовительных мероприятий и своевременного приведения медицинской службы в полную боевую готовность к началу боевых действий. Практически расчет времени является разработкой календарного плана работы службы в подготовительный период к бою. Исходными данными для расчета времени являются:

- время получения боевой задачи (ориентирования);
- время представления данных, необходимых для принятия решения командиром (заместителем командира по тылу), и доклада по медицинской службе;
- время объявления командиром части замысла боя (решения на бой);
- время представления плана медицинского обеспечения на утверждение;
- время готовности медицинской службы.

Общий бюджет времени исчисляется с момента получения задачи до готовности медицинской службы к обеспечению части в бою. Оценка общего бюджета времени позволяет начальнику медицинской службы определить последовательность и сроки выполнения необходимых подготовительных мероприятий. Одним из основных требований при расчете времени начальником медицинской службы является предоставление подчиненным как можно большего времени на подготовку сил и средств к работе.

В период организации боя командиру части или его заместителю по тылу могут потребоваться различные сведения, характеризующие состояние и возможности медицинской службы, а также замысел медицинского обеспечения войск. Эти сведения включаются в **доклад по медицинской службе**. Такой доклад заслушивается командиром (его заместителем по тылу) не всегда, однако каждый начальник медицинской службы в пределах выполняемых им обязанностей должен быть постоянно готов его сделать в устной или письменной форме. Конкретное содержание доклада по медицинской службе определяется условиями обстановки. Если доклад по медицинской службе делается в период планирования медицинского обеспечения предстоящего боя, то в нем должны быть изложены следующие вопросы:

- основные задачи медицинской службы в предстоящем бою;
- состояние сил и средств медицинской службы (укомплектованность личным составом, транспортом, медицинским имуществом);
- состояние здоровья личного состава части;
- санитарно-эпидемическое и санитарно-гигиеническое состояние войск и района боевых действий;
- возможные санитарные потери;

- потребность части в силах и средствах медицинской службы и обеспеченность ими;
- предполагаемое расположение этапов медицинской эвакуации в предстоящем бою, их маневр в ходе боя;
- организация эвакуации раненых и больных, предлагаемый порядок использования для этих целей авиации и других видов транспорта;
- резерв сил и средств медицинской службы, его размещение и порядок использования;
- основные мероприятия по противоэпидемическому обеспечению;
- размеры и сроки создания запасов медицинского имущества, его эшелонирование, нормы расхода, порядок подвоза;
- основные мероприятия по медицинской защите личного состава части от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, по защите, охране и обороне частей (подразделений) медицинской службы;
- предложения по организации взаимодействия;
- порядок управления медицинской службой;
- необходимая помощь со стороны командования части и вышестоящего начальника медицинской службы;
- общий вывод о готовности медицинской службы к выполнению задач по предназначению.

### **Оценка обстановки**

**Оценка обстановки** является одним из важнейших этапов работы начальника медицинской службы в период планирования медицинского обеспечения войск в бою.

Сущность оценки обстановки состоит в изучении и анализе факторов и условий, оказывающих положительное или отрицательное влияние на организацию медицинского обеспечения войск и выполнение задач медицинской службы. Выводы из оценки обстановки ложатся в основу решения начальника медицинской службы на применение подчиненных сил и средств в бою.

Результативность оценки обстановки напрямую зависит от квалификации организаторов медицинского обеспечения и их способности оценивать в интересах службы не только медицинскую обстановку, но и отдельные элементы тактической, тыловой, радиационной, химической, биологической и других видов обстановки. Оценка обстановки начальником медицинской службы производится с привлечением данных, полученных от офицеров штаба и начальников служб части.

В зависимости от времени, которым располагает начальник медицинской службы на принятие решения, могут применяться последовательный или комплексный методы оценки обстановки.

*Последовательный метод* предполагает подробную оценку обстановки по элементам, требует для проведения большего времени и применяется в основном в период планирования медицинского обеспечения войск.

Суть *комплексного метода* оценки обстановки заключается в том, что обстановка анализируется с точки зрения будущего решения начальника медицинской службы, без учета иногда важных, но частных деталей. Этот метод чаще применяется в ходе боевых действий, когда начальник медицинской службы, как правило, не будет иметь времени, достаточного для проведения развернутой и всесторонней оценки обстановки по всем её элементам, в той последовательности и в том объеме, как в период планирования медицинского обеспечения.

При оценке обстановки по элементам последовательно анализируются (оцениваются) противник, свои войска и соседи, местность и метеорологические условия, радиационная и химическая обстановка, организация тыла, силы и средства медицинской службы.

### **Оценка войск противника**

При *оценке войск противника* анализируются:

- состав, состояние и группировка противника;
- возможный характер действий противника;
- возможности противника по применению ОМП, нанесению ударов с воздуха, применению высокоточного оружия, зажигательных смесей, боеприпасов объемного взрыва и т. д.;
- характер оборонительных сооружений противника (степень защищенности, система укреплений и заграждений), устойчивость его обороны и влияние этого фактора на возникновение санитарных потерь в наступающих подразделениях воинской части;
- санитарно-эпидемическое состояние войск противника и района их расположения.

В результате оценки войск противника делаются выводы о возможном характере действий противника и направлении его главного удара, о возможностях противника по применению ОМП, о степени подготовленности его обороны, о возможной величине санитарных потерь в наших частях и подразделениях и их распределении по рубежам, о санитарно-эпидемическом состоянии войск противника и занимаемой им территории. После этого планируются мероприятия, которые необходимо провести в своих войсках с целью предупреждения заноса и распространения инфекционных заболеваний среди личного состава.

### **Оценка своих войск и соседей**

Из *сведений о своих войсках и соседях* оцениваются:

- состав, укомплектованность, боеспособность и существующая в данный момент группировка;
- решение командира (если оно уже известно), боевая задача части;
- характер действий войск в период подготовки и выполнения боевой задачи, а также влияние этих действий на содержание работы медицинской службы;
- средства усиления и поддержки;
- состояние здоровья личного состава, санитарно-гигиеническое и санитарно-эпидемическое состояние своих войск.

Состав и укомплектованность своих войск обычно оцениваются в сравнении с типовой (штатной) организацией воинской части. Оценка существующей в данный момент группировки своих войск должна включать уяснение характера их деятельности, степень защиты, условия размещения личного состава. В результате оценки группировки своих войск и выполняемых ими задач должны быть намечены необходимые мероприятия медицинской службы, выявлены условия и способы их проведения.

При оценке боевой задачи войск определяются ее глубина, ширина полосы действий войск, характер ближайшей, дальнейшей (последующей) задачи, задачи дня, установленный порядок выполнения боевой задачи, направление главного удара или сосредоточения основных усилий войск. Особое внимание уделяется оценке отдельных направлений боевых действий, оценке боевого порядка, задач и способов использования первого и второго эшелонов, данных о возможностях и порядке применения ОМП (если этими данными располагает начальник медицинской службы).

После оценки противника и своих войск складывается представление о соотношении сил в различные периоды действий на данном направлении. Это позволяет сделать предварительный вывод о возможной динамике возникновения и характере санитарных потерь, их вероятном распределении по направлениям и рубежам, о наиболее важных условиях деятельности медицинской службы и оптимальных способах использования ее сил и средств. В ряде случаев начальнику медицинской службы представляется возможным наметить наиболее целесообразную группировку своих сил и средств к началу боевых действий, а также рубежи развертывания медицинских частей и подразделений в ходе предстоящего боя. Более точные выводы могут быть сделаны только после оценки местности. Оценка характера действий своих войск при подготовке к выполнению боевой задачи позволяет уточнить намеченные ранее мероприятия по медицинскому обеспечению войск в период подготовки к бою.

При оценке состояния здоровья обязательно учитываются и анализируются суммарные дозы облучения, полученные личным составом в предшествующий период, состояние питания и степень утомления. Значительные дозы облучения могут снижать физические возможности, а, следова-

тельно, и боеспособность некоторой части личного состава, особенно при его большой физической нагрузке и переутомлении. Помимо величины полученных доз облучения необходимо учитывать численность облученного личного состава. При небольших значениях полученных доз или незначительном числе облученных правомерен вывод о том, что предшествующее облучение не препятствует выполнению частью (подразделением) стоящих перед ней боевых задач. При необходимости действий личного состава на радиоактивно зараженной местности следует предусматривать применение средств медицинской противорадиационной защиты.

При анализе санитарно-эпидемического состояния войск учитываются инфекционная заболеваемость, санитарно-гигиенические условия в войсках и в районе их расположения. На основе анализа этих данных санитарно-эпидемическое состояние войск оценивается как благополучное, неустойчивое, неблагополучное или чрезвычайное и намечаются вытекающие из этой оценки санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия.

При оценке соседей анализируется, в какой степени, выполняемые ими боевые задачи, могут облегчить или затруднить выполнение боевых задач своей части.

В итоговых выводах из оценки своих войск и соседей обычно отражаются:

- состояние здоровья личного состава, санитарно-эпидемическое состояние части и их влияние на боеспособность войск;
- влияние характера боевых действий, их напряженности, глубины задач, намечаемого темпа продвижения войск на рубежи (районы) наибольших санитарных потерь и динамику их возникновения;
- ориентировочные рубежи (районы) развертывания медицинских частей и подразделений в исходном положении и в ходе боя;
- организация медицинского обеспечения частей и подразделений, действующих на отдельных направлениях или в особых условиях (передовые отряды, форсирование водных преград и т. д.);
- основное содержание работы медицинской службы в период подготовки к боевым действиям;
- вопросы взаимодействия с медицинской службой соседних частей и соединений.

### **Оценка местности и метеорологических условий**

При *оценке местности* выявляются ее особенности, которые могут затруднить или облегчить боевые действия войск, оказать влияние на состояние здоровья личного состава, деятельность медицинской службы. После оценки местности делается окончательный вывод о напряженности боя в целом, возможных темпах продвижения войск в различные периоды и о

рубежах наиболее напряженных действий (наибольших санитарных потерь).

В результате оценки местности обычно создается достаточно полное представление о характере и вероятном развитии предстоящего боя, что позволяет более четко сформулировать содержание основных мероприятий по организации медицинского обеспечения войск. Большое значение правильная оценка местности имеет для определения возможных санитарных потерь в различные периоды боя и в конкретных очагах поражения, так как величина санитарных потерь во многом зависит от защитных свойств местности.

При оценке местности выявляются условия для сбора и вывоза (выноса) раненых на различных рубежах и направлениях действий войск, развертывания этапов медицинской эвакуации, их укрытия от воздействия средств поражения, намечаются пути эвакуации, определяются возможности использования местных средств в интересах медицинской службы. Не менее важная задача оценки местности состоит в том, чтобы подвергнуть всестороннему анализу санитарно-эпидемическое состояние района расположения и боевых действий войск и определить необходимые в связи с этим противоэпидемические мероприятия.

Оценка местности производится по зонам (участкам) в следующей последовательности:

- в наступлении — территория, занимаемая своими войсками, местность в районе (полосе) предстоящих боевых действий, местность в глубине района (полосы), занимаемого противником;
- в обороне — местность, занимаемая противником, затем местность в районе боевого соприкосновения войск, территория, занимаемая частью (соединением), наконец, тыловой район (полоса).

Во время оценки местности часто выясняется, что один и тот же ее элемент может по-разному (и положительно, и отрицательно) влиять на организацию медицинского обеспечения войск. Например, выраженный рельеф местности маскирует средства сбора и вывоза, раненых с поля боя, но в то же время затрудняет их продвижение; населенные пункты предоставляют много удобств для расквартирования войск, но в ряде случаев увеличивают опасность их поражения и т. д. Оценка местности должна проводиться применительно к той конкретной боевой задаче, которую выполняет часть. Все элементы местности необходимо оценивать не только во взаимосвязи между собой, но и в сочетании с данными о противнике и о своих войсках. Более или менее конкретное представление о напряженности боя, вероятном темпе продвижения войск и о возможных рубежах наиболее напряженных боевых действий, а, следовательно, и о возможных рубежах (периодах) наибольших санитарных потерь складывается только в результате умелого сопоставления сведений о местности с данными, о

противнике и своих войсках.

*Оценка метеорологических условий* проводится одновременно с оценкой местности. При этом особое внимание уделяется влиянию на организацию медицинского обеспечения таких факторов, как характер погоды, температура воздуха, осадки, глубина снежного покрова, возможные изменения погоды в ходе боевых действий и другие данные.

В результате оценки противника, своих войск, местности и метеорологических условий делаются следующие выводы:

- влияние местности и метеорологических условий на эффективность применения противником различных средств поражения;
- возможные рубежи и периоды наибольших санитарных потерь;
- условия сбора, вывоза (выноса) раненых и больных с поля боя и наиболее удобные пути их дальнейшей эвакуации;
- возможные рубежи (районы) развертывания медицинских подразделений и частей предполагаемый маневр ими в ходе боя;
- санитарно-эпидемическое состояние войск, районов их расположения и боевых действий и обусловленные этим мероприятия медицинской службы;
- влияние метеорологических условий на состояние здоровья личного состава и организацию медицинского обеспечения войск.

### **Оценка радиационной и химической обстановки.**

*Оценка радиационной и химической обстановки* производится в комплексе с оценкой противника, своих войск, местности и т. д. Так, при оценке противника определяются его возможности по применению ядерного и химического оружия; при оценке своих войск — дозы облучения, полученные ранее личным составом; при оценке местности — наличие участков местности, зараженных радиоактивными, отравляющими и высокотоксичными веществами; при оценке метеорологических условий — их влияние на эффективность применения ядерного и химического оружия.

Оценка радиационной и химической обстановки включает:

- нанесение на карту (схему) зон (районов) заражения, имеющих до начала боя, и определение вероятного характера и масштабов заражения местности радиоактивными, отравляющими и высокотоксичными веществами в ходе боевых действий;
- расчет доз облучения, которые может получить личный состав при действиях на зараженной местности, оценка возможных санитарных потерь от облучения; определение влияния указанных факторов на боеспособность войск и деятельность медицинской службы;
- определение мероприятий по медицинской защите личного состава, обеспечивающих снижение поражающего действия факторов радиационной и химической природы.

Оценка радиационной обстановки может производиться еще до нанесения противником наземных ядерных ударов (метод прогнозирования) или после. В последнем случае оценка проводится сразу после взрыва по данным радиационной разведки, а затем уточняется по мере распространения радиоактивного облака и формирования зон заражения местности.

Дозы облучения, которые может получить личный состав при действиях на зараженной местности, определяются с помощью «Справочника по поражающему действию ядерного оружия». При этом необходимо помнить, что при оценке новых данных должны быть учтены ранее полученные личным составом дозы облучения.

Кроме расчета доз облучения и связанных с ними санитарных потерь при оценке радиационной обстановки нередко приходится решать и обратную задачу — определять допустимое или наиболее выгодное время преодоления зараженной зоны. Часто возникает необходимость определить оптимальное время для вывода из зараженной зоны находящихся в укрытиях раненых и больных, личного состава медицинской службы.

Аналогичным образом оценивается и химическая обстановка.

Оценка радиационной и химической обстановки с учетом данных о противнике и своих войсках позволяет сделать следующие выводы:

- степень влияния радиационной и химической обстановки на выполнение боевых задач частью в целом, а также отдельными частями и подразделениями медицинской службы;
- масштабы заражения местности радиоактивными, отравляющими и высокотоксичными веществами и его влияние на состояние здоровья личного состава и боеспособность войск;
- возможные дозы облучения личного состава и размеры санитарных потерь при действиях войск на радиоактивно зараженной местности;
- мероприятия по медицинской защите личного состава, раненых и больных, а также по защите частей и подразделений медицинской службы;
- возможные и наиболее выгодные маршруты, способы и сроки преодоления зараженных радиоактивными, отравляющими или высокотоксичными веществами участков местности частями и подразделениями медицинской службы, а также санитарным транспортом;
- необходимые мероприятия по обеспечению медицинской помощи пораженным, выявлению и учету полученных ими доз облучения, по организации санитарной обработки;
- рекомендуемые мероприятия медицинской службы по защите войск.

### **Оценка организации тыла**

При оценке организации тыла части анализируется существующее размещение тыловых частей и подразделений, предполагаемый маневр ими в ходе боя, принятый и намечаемый порядок подвоза материальных

средств, пути подвоза и эвакуации, возможности использования авиации и транспорта общего назначения для эвакуации раненых и больных.

В момент оценки обстановки организация тыла может не соответствовать новой боевой задаче, поскольку решение по тылу может быть еще не принято. В таких случаях возможна оценка лишь отдельных элементов организации тыла, основанная на данных приказа (директивы) вышестоящего соединения (объединения). Из этого приказа (директивы), как правило, представляется возможным определить порядок подвоза материальных средств в период подготовки и в ходе боя, существующие военно-автомобильные дороги и предполагаемое направление их наращивания в ходе боевых действий.

Если решение по тылу уже известно, следует оценить вновь установленный порядок подвоза, расположение — батальонных пунктов боепитания и бригадного склада (объединенных складов соединения), а также других тыловых подразделений, чтобы уточнить районы и рубежи развертывания медицинских пунктов и отдельного медицинского отряда. В этом случае оценивается также возможность использования путей подвоза и транспорта общего назначения для медицинской эвакуации.

### **Оценка сил и средств медицинской службы**

*Оценка сил и средств медицинской службы* осуществляется с целью определения их состояния и готовности к работе, а также уточнения степени соответствия их возможностей возлагаемым на них задачам. По результатам оценки сил и средств намечаются необходимые мероприятия по приведению медицинской службы в готовность к выполнению боевых задач.

В ходе оценки сил и средств осуществляется согласование с начальниками служб части вопросов всестороннего обеспечения медицинских частей и подразделений: сроки и объем инженерных работ; порядок проведения мероприятий по защите от ОМП; обеспечение техническими средствами связи и организация связи; обеспечение частей и подразделений медицинской службы продовольствием, горючим, вещевым имуществом; использование авиации и транспорта подвоза для эвакуации раненых и больных и др.

Для принятия начальником медицинской службы объективного и обоснованного решения на применение сил и средств медицинской службы в бою их оценка должна производиться на основе расчета ряда показателей, основными из которых являются:

- величина и структура санитарных потерь в предстоящем бою, распределение их по видам оружия, степени тяжести, по частям (подразделениям), по периодам боя (задачам);
- потребность в средствах сбора раненых и больных и вывоза (выноса) их

с поля боя;

— потребность в транспортных средствах для эвакуации раненых и больных;

— потребность в силах и средствах для оказания медицинской помощи раненым и больным и обеспеченность ими;

— потребность в крови, ее препаратах и заменителях и обеспеченность ими;

— потребность в медицинском имуществе и обеспеченность им.

Все расчеты производятся по двум вариантам: при ведении боевых действий с применением обычного оружия и при ведении боевых действий с применением ОМП. Кроме того, расчет потребности в силах и средствах медицинской службы производится при условии оказания медицинской помощи в полном объеме и при условии оказания медицинской помощи по жизненным показаниям.

Объем работы медицинской службы в предстоящем бою в основном определяется величиной и структурой санитарных потерь. Все последующие расчеты ведутся исходя из этих показателей. Поэтому расчет санитарных потерь является весьма ответственным мероприятием, так как отклонение от истины приведет к ошибкам в планировании медицинского обеспечения в целом со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Прогнозирование санитарных потерь в предстоящем бою должно осуществляться с учетом условий и факторов, оказывающих существенное влияние на их величину и структуру: вид предстоящих боевых действий; место воинской части в боевом порядке; соотношение боевой мощи сторон; возможности противника по применению различных видов оружия, в том числе ОМП; степень защищенности наших войск; ширина полосы наступления (обороны) части; местность и метеорологические условия; состояние здоровья личного состава; санитарно-эпидемическая обстановка в войсках и в полосе действия войск и др.

В упрощенном виде расчет вероятных санитарных потерь части за сутки боя можно произвести по формуле:

$$СП_{\text{в}} = \frac{\text{БЧС} \times \text{К} \%}{100 \%}$$

где:  $СП_{\text{в}}$  — вероятные санитарные потери части (соединения) за сутки боя; БЧС — боевой численный состав части; К % — показатель среднесуточных санитарных потерь части в бою.

Показатель среднесуточных санитарных потерь будет наибольшим в частях, ведущих боевые действия в более тяжелых условиях: действующих в первом эшелоне, на направлении главного удара (сосредоточения основных усилий) и т. д.

При расчете величины санитарных потерь части в предстоящем бою чаще всего применяется методика, при которой сначала рассчитываются санитарные потери в каждой части, входящей в ее состав, а затем по сумме полученных показателей определяются санитарные потери за воинскую часть в целом. При этом все расчеты за каждую часть проводит вышестоящий начальник медицинской службы, но не начальники медицинской службы этих частей. В противном случае, как показывает опыт, показатели санитарных потерь будут непомерно завышены.

Может также применяться методика, при которой с начала определяется величина санитарных потерь бригады в целом, а затем из полученного числа рассчитываются санитарные потери каждой части, входящей в ее состав, в зависимости от предполагаемой степени ее поражения в бою.

При расчете потребности в средствах сбора и эвакуации следует учитывать, что в вывозе (выносе) с поля боя нуждается примерно 50 % общего числа раненых, а одним санитарным транспортером в течение часа может быть вывезено от 4 до 10 тяжелораненых. Как показал опыт Великой Отечественной войны 1941–1945 гг., одно звено санитаров (два человека) за день боя может вынести 6–8 тяжелораненых. Для расчета потребности в средствах сбора и эвакуации раненых и больных может быть использована формула:

$$C_c = \frac{CП \times K}{П}$$

где:  $C_c$  — требуемое количество единиц средств сбора (санитарных автомобилей, санитарных транспортеров, звеньев санитаров-носильщиков);  $CП$  — ожидаемое (или имеющееся) число санитарных потерь;  $K$  — доля нуждающихся в выносе (вывозе) от общего числа раненых (для пораженных ядерным и огнестрельным оружием может быть равной 0,5);  $П$  — производительность единицы средств сбора и выноса (вывоза) раненых и больных за сутки или другой период, принятый для расчета.

Расчет потребности в хирургических и терапевтических бригадах производится с учетом нуждаемости различных категорий раненых и больных в квалифицированной медицинской помощи и возможностей указанных бригад по оказанию квалифицированной медицинской помощи. Одна хирургическая бригада двухврачебного состава делает одну операцию за 2,0–2,5 часа, одноврачебная бригада — за 45–60 минут. Средняя продолжительность работы бригады составляет 16 часов в сутки. Одна терапевтическая бригада, возглавляемая врачом и имеющая в своем составе двух медицинских сестер и санитаря, в течение часа может оказать квалифицированную терапевтическую помощь в среднем 10 пораженным быстродействующими отравляющими веществами или токсинами. Вследствие

быстрого развития картины поражения фосфорорганическими отравляющими веществами, принято считать, что квалифицированная терапевтическая помощь по жизненным показаниям должна быть оказана не позднее двух часов с момента предыдущего введения антидотов. Все эти исходные данные следует учитывать при расчетах. В остальном для определения потребности в бригадах для оказания как хирургической, так и терапевтической помощи можно пользоваться одинаковой методикой.

Расчет потребности в хирургических или терапевтических бригадах определяется по формуле:

$$Br = \frac{СП \times K \times T_1}{T}$$

где: Br — необходимое число бригад; СП — число санитарных потерь от ядерного и огнестрельного оружия (при расчете потребности в хирургических бригадах) или от химического оружия и токсинов (при расчете потребности в терапевтических бригадах); K — коэффициент нуждаемости в квалифицированной медицинской помощи (в долях единицы);  $T_1$  — средняя затрата времени на оказание помощи одному пораженному (в часах); T — продолжительность расчетного периода (в часах).

Расчет потребности в санитарном транспорте производится путем определения количества раненых и больных, подлежащих эвакуации, возможного числа рейсов транспорта в данный отрезок времени и емкости транспортных средств. Считается, что до 50–60 % раненых и больных нуждается в эвакуации на специальном санитарном транспорте, остальные 40–50 % могут быть доставлены в медицинские пункты транспортом общего назначения. Для определения возможного числа рейсов санитарных автомобилей необходимо знать расстояние, на которое надлежит эвакуировать раненых и больных, и возможную величину пробега данного типа санитарного транспорта за определенный отрезок времени. Санитарный автомобиль с учетом времени, необходимого для погрузки и выгрузки раненых и больных, а также для обслуживания техники и отдыха водителей, в течение суток в районах с хорошо развитой сетью автомобильных дорог может пройти расстояние около 200 км.

Потребность в транспорте может быть определена с помощью формулы:

$$Tc = \frac{СП \times K}{PE}$$

где: Tc — потребность в санитарных автомобилях; СП — санитарные потери; K — коэффициент нуждаемости в эвакуации на санитарном транспорте, равный 0,5–0,6; P — возможное количество рейсов в сутки; E — эваковместимость одного санитарного автомобиля (число размещае-

мых в нем раненых или больных)

Применительно к транспорту общего назначения формула приобретает вид:

$$T_T = \frac{СП \times (1 - K)}{E}$$

При этом повторные рейсы одного автомобиля не учитываются, а исчисление ведется в машино-рейсах.

Расчет потребности в медицинском имуществе и обеспеченности им производится на основе предполагаемой величины санитарных потерь и принятых норм расхода.

Все расчетные данные о потребности в силах и средствах медицинской службы сопоставляются с их наличием и возможностями, то есть выявляется степень достаточности этих сил и средств. Далее намечаются мероприятия, направленные на восполнение недостающих сил и средств (полнение некомплекта, получение средств усиления от старшего начальника медицинской службы, от командира или его заместителя по тылу и т. д.), или устанавливается очередность работ имеющимися средствами.

После проведения соответствующих расчетов для объективной оценки сил и средств медицинской службы необходимо проанализировать:

- укомплектованность медицинской службы личным составом;
- боевой опыт и квалификацию личного состава, слаженность медицинских подразделений и частей;
- потребность в силах и средствах медицинской службы;
- состояние медицинского имущества и транспортных средств;
- средства усиления, а также силы и средства старшего медицинского начальника, развертываемые в интересах части;
- дислокацию подразделений и частей медицинской службы, её соответствие боевой задаче части;
- загрузку медицинских частей (подразделений) ранеными и больными, их эвакуационную характеристику;
- существующий порядок эвакуации раненых и больных;
- возможности медицинской службы по оказанию медицинской помощи раненым и больным и их эвакуации, а также соответствие этих возможностей предполагаемому объему работы.

После оценки сил и средств медицинской службы делаются следующие выводы:

- обеспеченность силами и средствами медицинской службы, их состояние и готовность к выполнению предстоящей задачи;
- соответствие существующей группировки сил и средств медицинской

службы боевой задаче части;

- планируемая группировка сил и средств медицинской службы части в исходном положении и маневр ими в ходе боя;
- перечень обязательных мероприятий по подготовке службы к выполнению задач по предназначению;
- нужды медицинской службы и необходимая помощь со стороны командования и старшего начальника медицинской службы

Кроме того, в ходе оценки обстановки определяются вопросы, подлежащие согласованию с начальниками других служб. С начальником инженерной службы согласовывается вопрос о сроках и объеме инженерных работ по оборудованию укрытий для медицинских пунктов; с начальником службы радиационной, химической и биологической защиты — порядок проведения мероприятий по защите личного состава и медицинских подразделений и частей от ОМП; с начальником связи — порядок использования средств связи для управления медицинской службой; с начальниками служб тыла - вопросы организации эвакуации раненых и больных транспортом общего назначения, порядок снабжения медицинских подразделений и частей продовольствием, вещевым имуществом, горюче-смазочными материалами и т. д.

По результатам оценки обстановки начальник медицинской службы делает итоговые выводы, которые носят обобщающий характер и ложатся в основу решения начальника медицинской службы на применение сил и средств медицинской службы в предстоящем бою.

В итоговых 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 профилактические и противоэпидемические мероприятия;
- мероприятия медицинской защиты личного состава войск;
- необходимая помощь со стороны командования и вышестоящего начальника медицинской службы.

### **9.3. Содержание решения начальника медицинской службы и плана медицинского обеспечения боевых действий воинской части.**

На основе решения командира части, указаний заместителя командира

по тылу и старшего начальника медицинской службы, оценки обстановки и проведенных расчетов начальник медицинской службы принимает *решение на применение сил и средств медицинской службы в бою*. Решение должно быть лаконичным, но в тоже время содержать все основные пути реализации задач, стоящих перед медицинской службой.

*В решении определяются:*

- замысел организации медицинского обеспечения части в бою;
- задачи медицинским частям (подразделениям);
- организация взаимодействия;
- организация управления.

Замысел организации медицинского обеспечения части в предстоящем бою формируется в ходе оценки обстановки. В замысле, как правило, определяются:

- основные задачи медицинской службы;
- вероятные санитарные потери частей (подразделений);
- направление сосредоточения основных усилий службы;
- объем медицинской помощи раненым и больным на этапах медицинской эвакуации;
- группировка сил и средств медицинской службы к началу боевых действий и маневр ими в ходе боя;
- резерв сил и средств медицинской службы, его размещение и порядок использования;
- организация эвакуации раненых и больных и порядок использования для этих целей авиации и других видов транспорта;
- усиление частей (подразделений) силами и средствами медицинской службы;
- основные мероприятия по противоэпидемическому обеспечению;
- организация обеспечения медицинским имуществом;
- основные мероприятия по медицинской защите личного состава части от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы;
- организация защиты, охраны и обороны медицинских подразделений (частей).

*Задачи медицинским частям (подразделениям):*

- направления сосредоточения основных усилий медицинской части (подразделения);
- районы, сроки развертывания и готовности к работе этапов медицинской эвакуации;
- организация лечебно-эвакуационных мероприятий;
- организация санитарно-эпидемиологического надзора и противоэпиде-

мических мероприятий;

- мероприятия по медицинской защите личного состава от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы;
- организация защиты, охраны и обороны медицинских частей и подразделений;
- размеры и сроки создания запасов медицинского имущества, их эшелонирование, нормы расхода, порядок подвоза;
- районы, время прибытия и порядок использования придаваемых сил и средств;
- организация взаимодействия;
- организация управления.

*Организация взаимодействия* - это комплекс мероприятий, проводимых начальниками медицинской службы (командирами медицинских частей и подразделений), по согласованию действий медицинских частей и подразделений при совместном выполнении ими задач в бою. Взаимодействие организуется, прежде всего, в интересах тех войск, которые выполняют главные задачи на важнейших направлениях. Сущность организации взаимодействия заключается: в определении основных вопросов взаимодействия, отражаемых в решении на применение сил и средств медицинской службы в бою; в планировании взаимодействия, в том числе в определении и детальной разработке мероприятий по согласованию действий медицинских частей и подразделений в бою и доведении их до исполнителей; в практической отработке вопросов взаимодействия с соответствующими начальниками медицинской службы (командирами медицинских частей и подразделений); в оказании помощи подчиненным в организации взаимодействия; в систематическом уточнении ранее организованного взаимодействия в соответствии с реальными изменениями обстановки; в принятии мер по восстановлению утраченного взаимодействия и др.

Кроме плана медицинского обеспечения вопросы взаимодействия по представлению начальника медицинской службы включаются в план взаимодействия, разрабатываемый штабом части. Вопросы взаимодействия могут быть также включены в приказ по тылу.

Начальник медицинской службы части организует взаимодействие между всеми медицинскими подразделениями (частями) по следующим основным вопросам: организация медицинской эвакуации; организация медицинской разведки; организация противоэпидемических мероприятий; выделение средств усиления и порядок их использования; прием раненых и больных из других подразделений (частей); выделение сил и средств для усиления медицинской службы других подразделений (частей); развертывание сил и средств медицинской службы данной части в интересах медицинского обеспечения других частей и т. д.

Кроме того, начальник медицинской службы разрабатывает вопросы

взаимодействия с начальниками других служб:

- с инженерной службой - объем и порядок выполнения инженерных мероприятий в интересах медицинской службы (маскировка и инженерное оборудование районов размещения и развертывания медицинских частей и подразделений и др.); организация переправы медицинских подразделений (частей) через водные преграды; организация эвакуации раненых и больных через водные преграды; организация водоснабжения части (соединения) и др.;

- со службой РХБЗ - мероприятия радиационной, химической, биологической разведки маршрутов выдвижения, путей эвакуации, районов размещения и развертывания частей и подразделений медицинской службы; прогнозирование возможного применения противником ядерного и химического оружия; организация защиты раненых и больных, медицинских частей и подразделений от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы; организация мероприятий по ликвидации последствий применения ОМП и др.;

- с начальником автомобильной службы - мероприятия технического обеспечения медицинской службы;

- с начальниками служб тыла - порядок материального обеспечения медицинских частей и подразделений; размещение, охрана и оборона частей и подразделений медицинской службы в тыловой полосе; использование коммуникаций для перевозки и передвижения частей и подразделений медицинской службы, эвакуации раненых и больных и др.

Ответственность за организацию и поддержание непрерывного взаимодействия между медицинскими частями и подразделениями в бою несут старшие начальники медицинской службы, осуществляющие непосредственное руководство их совместным применением.

*Организация управления* включает: определение места начальника медицинской службы, порядок доведения задач (распоряжений) по службе, организация связи, сроки и порядок представления донесений, мероприятия по сохранению живучести и восстановлению нарушенного управления и др.

### **Оформление плана медицинского обеспечения части в бою**

Принятое начальником медицинской службы решение на применение сил и средств медицинской службы в бою оформляется в виде плана медицинского обеспечения части в бою. План является основным документом начальника медицинской службы, координирующим действия всех штатных и приданных сил и средств медицинской службы при подготовке и в ходе медицинского обеспечения части в бою. Он состоит из следующих основных разделов:

1. Задачи медицинской службы в предстоящем бою.
2. Состав сил и средств медицинской службы части.

3. Организация лечебно-эвакуационных мероприятий.
4. Организация санитарно-эпидемиологического надзора и противоэпидемических мероприятий.
5. Мероприятия медицинской защиты от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы.
6. Организация обеспечения медицинским имуществом.
7. Организация взаимодействия.
8. Организация управления медицинской службой.

План медицинского обеспечения части подписывается начальником медицинской службы и утверждается командиром части (заместителем командира по тылу). План медицинского обеспечения 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 воинской части в исходном положении перед началом боя и предполагаемый маневр ими в ходе боя; силы и средства вышестоящего начальника, выполняющие задачи в интересах медицинской службы части; пути эвакуации раненых и больных; пункты управления и другие данные в объеме, необходимом для руководства медицинской службой.

Пояснительная записка содержит расчетно-информационные таблицы, а также те положения плана, которые не могут быть изображены на карте графически. Так, в пояснительной записке к плану медицинского обеспечения части в предстоящем бою должны быть представлены в виде таблиц все расчеты, проводимые в период оценки обстановки и принятия решения. Текст в пояснительной записке излагаются задачи медицинской службы, основные лечебно-эвакуационные и противоэпидемические мероприятия, мероприятия медицинской службы по защите личного состава войск и этапов медицинской эвакуации от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы, организация обеспечения медицинским имуществом, мероприятия по взаимодействию между подразделениями (частями) медицинской службы, порядок управления и связи медицинской службы.

После утверждения плана медицинского обеспечения части в бою начальник медицинской службы организует постановку задач по медицинскому обеспечению подчиненным, организует взаимодействие, управление и связь, проводит организационную работу по подготовке службы, осуществляет контроль исполнения и помощь.

Кроме того, начальник медицинской службы при необходимости может готовить проекты приказов командира по отдельным вопросам медицинского обеспечения войск.

Наряду с планированием медицинского обеспечения войск в пред-

стоящих боевых действиях начальник медицинской службы организует проведение необходимых подготовительных мероприятий. Содержание последних зависит от ряда условий - характера предшествовавших боевых действий, конкретной боевой и медицинской обстановки, особенностей предстоящего боя, опыта работы личного состава медицинской службы, санитарно-эпидемической обстановки и других факторов. Обычно в число подготовительных мероприятий включаются: меры по эвакуации раненых и больных; перемещение сил и средств медицинской службы и их развертывание в соответствии с планом; доукомплектование подразделений и частей медицинской службы личным составом, имуществом, транспортными и другими средствами; обеспечение личного состава войск индивидуальными средствами оказания первой помощи и обучение пользованию ими; боевая подготовка личного состава медицинской службы; противоэпидемические мероприятия; мероприятия по защите сил и средств медицинской службы.

Перечень мероприятий, проводимых медицинской службой по подготовке к предстоящим боевым действиям, может оформляться в виде специального плана (план подготовительных мероприятий).

#### **9.4. Управление медицинской службой воинской части при подготовке и в ходе боя.**

**Управление подчиненными силами и средствами в ходе боевых действий** должно быть направлено на своевременную реализацию всех мероприятий, предусмотренных планом медицинского обеспечения войск. Следует иметь в виду, что маневренный характер боевых действий, резкие изменения обстановки, одномоментное появление массовых санитарных потерь и другие факторы могут приводить к несоответствию ранее установленного порядка медицинского обеспечения войск вновь возникшим перед медицинской службой задачам. Поэтому план медицинского обеспечения войск постоянно корректируется и уточняется в соответствии с меняющейся обстановкой. Оперативность управления в ходе боевых действий достигается активным сбором информации об обстановке, своевременным ее анализом и корректировкой задач подчиненным частям и подразделениям. Частые изменения обстановки в ходе боя требуют принятия нестандартных решений в короткие сроки, а дефицит времени обуславливает необходимость применения методики комплексной оценки обстановки, требует ее проведения по сокращенной схеме, с анализом минимума факторов, без учета которых нельзя принять обоснованное решение.

При оценке оперативно-тактической, тыловой и медицинской обстановки в ходе боя могут быть сделаны следующие выводы:

- о положении войск и о возможном характере боевых действий в ближайшее время;

- об условиях деятельности медицинской службы и стоящих перед ней задачах в сложившейся обстановке;
- о величине и структуре санитарных потерь в данный момент, загруженности ранеными и больными этапов медицинской эвакуации и организации лечебно-эвакуационных мероприятий;
- о соответствии группировки сил и средств медицинской службы положению и задачам войск и о необходимом маневре ими в ходе боевых действий;
- о необходимости маневра объемом и видами медицинской помощи;
- о необходимой помощи со стороны командования и вышестоящего начальника медицинской службы.

Принимаемые в ходе боя решения могут содержать следующие основные положения:

- уточнение задач медицинской службы в сложившейся обстановке;
- изменение объема медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации;
- уточнение организации вывоза (выноса) раненых с поля боя или очагов массовых санитарных потерь;
- усиление медицинской службы отдельных подразделений (частей) средствами сбора и эвакуации раненых и больных;
- использование резерва сил и средств медицинской службы;
- конкретизация противоэпидемических мероприятий, необходимость проведения которых вытекает из сложившейся обстановки;
- конкретизация мероприятий по защите медицинских пунктов и частей от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы;
- уточнение порядка обеспечения медицинским имуществом;
- организация в новых условиях управления, связи и взаимодействия в ходе боя и др.

В соответствии с принимаемыми в ходе боя решениями начальник медицинской службы отдает подчиненным краткие распоряжения. Для ускорения оформления и передачи распоряжений используют бланки формализованных документов.

Особое внимание в ходе боевых действий начальник медицинской службы уделяет своевременному маневру подчиненными силами и средствами. Формы маневра могут быть весьма разнообразными и определяются конкретными условиями обстановки, задачами, возникающими перед медицинской службой, и характером используемых сил и средств. В зависимости от характера сил и средств, используемых для маневра, а также условий обстановки различают маневр развернутыми или резервными медицинскими подразделениями и частями, личным составом медицинской службы, санитарно-транспортными средствами и т. д. Своеобразным ви-

дом маневра является изменение объема медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации, а также переключение потока раненых и больных с одного этапа или эвакуационного направления на другие.

Немаловажное значение для своевременного и непрерывного медицинского обеспечения войск имеют также заблаговременное создание, систематическое восстановление и целесообразное применение резерва сил и средств медицинской службы. Резерв сил и средств медицинской службы чаще всего используется для развертывания медицинских подразделений и частей в новых районах, для усиления нижестоящего звена медицинской службы, для замены вышедших из строя подразделений и частей медицинской службы и т. д. Особенно важное значение имеет выделение резервных сил и средств при применении противником ОМП.

В связи с тем, что решение на применение сил и средств медицинской службы в предстоящем бою основывается на прогностических данных и, следовательно, его безошибочность не гарантирована, в резерве начальника медицинской службы в начале боя может содержаться до одной трети подчиненных сил и средств. В состав резерва могут включаться отдельные подразделения, санитарно-транспортные средства, медицинское имущество. Резерв сил и средств должен быть сосредоточен в полосе действия войск для его быстрого выдвижения в нужный район.

Непосредственное руководство подчиненными подразделениями и частями начальник медицинской службы части осуществляет с тылового пункта управления. Часто возникает необходимость личного присутствия на наиболее ответственных участках, поэтому он может работать непосредственно в медицинских подразделениях и частях в или очагах массовых санитарных потерь, не прекращая при этом руководства службой в целом. Во всех случаях для сохранения непрерывности и своевременности управления подчиненными силами и средствами особое значение имеет постоянная, хорошо налаженная связь. В зависимости от условий конкретной обстановки могут использоваться различные средства связи: штатные средства связи медицинской службы, средства связи командования, связь через водителей санитарного транспорта, связь через специально выделенных для этой цели лиц (посыльные, офицеры связи и т. д.).

Однако наиболее успешно влиять на медицинское обеспечение воинской части в целом начальник медицинской службы может, лишь находясь на командном пункте воинской части.

## **ГЛАВА 10**

### **ОРГАНИЗАЦИЯ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОГО УЧЕТА И ОТЧЕТНОСТИ В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ В ВОЕННОЕ ВРЕМЯ.**

Учет и анализ санитарных потерь и мероприятий, проводимых медицинской службой позволит обеспечить своевременное планирование и организацию проведения всего комплекса мероприятий медицинского обеспечения в условиях ведения боевых действий.

Начальники медицинской службы и врачи военных медицинских организаций, военных медицинских частей и медицинских подразделений должны хорошо знать порядок ведения медицинского учета и отчетности, содержание соответствующих документов, порядок их составления, сроки представления их вышестоящему начальнику медицинской службы. Необходимо уметь анализировать основные медико-статистические показатели, характеризующие санитарные потери и деятельность медицинской службы.

Объективность и достоверность этих показателей позволит сделать необходимые выводы для дальнейшей работы военно-медицинской службы.

Хорошо известны показатели работы военных медиков и гражданских врачей в прошедших войнах. В годы Великой отечественной войны возвращено в строй 72,3% раненых и более 90% больных.

Во время боевых действий в Афганистане – 77,9%, в армии США во время боевых действий во Вьетнаме – 81,4%. А ведь за этими кроются абсолютные цифры людских жизней.

В Советской Армии в 1941-1945г.г. они составили около 30 млн. человек, в Афганистане - 49985 раненых и 278022 больных.

Эти показатели свидетельствуют об огромном объеме работы, проделанной военно-медицинской службой с целью сохранения здоровья раненых и больных и возвращения их в строй и к трудовой деятельности.

Военный врач, анализируя работу медицинской службы соединения (воинской части), должен уметь соответствующим образом показать её командиру, лишней раз, подтверждая важность правильного и своевременного медицинского обеспечения воинской части в бою.

### **10.1. Цели и задачи военно-медицинского учета и отчетности в военное время.**

Медицинский учет, принятый в ВС на военное время, представляет собой разработанную на основе военно-медицинской статистики систему сбора, обработки и анализа информации о санитарных потерях, здоровье военнослужащих и состоянии медицинского обеспечения войск ВС.

Сбор, обработка, а также научный анализ медико-статистической информации осуществляются в целях:

- организации и планирования медицинского обеспечения ВС в различных условиях боевой обстановки;

- оперативного руководства работой военных медицинских организа-

ций, военных медицинских частей и медицинских подразделений;  
осуществления своевременных и преемственных лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

изучения и обобщения результатов деятельности военных медицинских частей и подразделений;

своевременного информирования командования и вышестоящего начальника медицинской службы о состоянии медицинского обеспечения частей, соединений и оперативных объединений всех видов Вооруженных Сил.

**Задачами медицинского учета в военное время являются:**

учет санитарных потерь и состояния здоровья личного состава соединений (воинских частей), оперативных объединений, видов ВС и войск в целом;

учет движения, исходов и длительности лечения раненых и больных на этапах медицинской эвакуации;

учет состояния сил и средств медицинской службы;

учет основных лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;

учет санитарно-эпидемического состояния войск.

Обязательными требованиями, предъявляемыми к данным медицинского учета и отчетности, являются их достоверность, полнота, сравнимость и своевременность представления. Порядок работы с документами медицинского учета должен исключать возможность разглашения сведений, содержащих военную и государственную тайну.

Медицинский учет в военное время основывается на врачебной регистрации и начинается с МП воинских частей, подразделений (батальон, дивизион). Он осуществляется с помощью официально принятых форм медицинской документации и специальных правил измерения, регистрации и анализа военно-медицинских данных.

## **10.2. Документы военно-медицинского учета и отчетности.**

**Документы военно-медицинского учета и отчетности подразделяются на две группы:**

учетные медицинские документы (индивидуальной и групповой регистрации);

отчетные медицинские документы (срочные и внеочередные).

Учетные медицинские документы обеспечивают единообразную систематическую регистрацию по строго установленной форме данных, характеризующих санитарные потери личного состава войск, здоровье военнослужащих, а также работу военных медицинских частей и медицинских подразделений.

Наряду с лечебно-эвакуационным и учетно-статистическим назначением учетные медицинские документы имеют важное юридическое значение, официально подтверждая факт ранения (заболевания), его связь с участием пострадавшего в боевых действиях, а также отражая уровень и изменения в состоянии здоровья и результаты лечения.

Отчетные медицинские документы представляют собой целесообразные формы статистической группировки и сводки учетных данных о санитарных потерях воинских частей, соединений и оперативных объединений, а также о работе медицинской службы за определенные промежутки времени.

Порядок и сроки представления отчетных медицинских документов определяются Табелем срочных донесений Тыла Вооруженных Сил Республики Беларусь на военное время.

Ответственность за организацию медицинского учета и своевременность представления установленных документов отчетности возлагается на соответствующих начальников медицинской службы.

Подлежащие учету данные регистрируются в документах медицинского учета, которые свидетельствуют факт ранения или заболевания военнослужащего, пребывание его на лечении, характер проведенных лечебно-эвакуационных мероприятий, исход лечения и т.д.

Пример важности такого учета: все послевоенные годы (после 1945г) и особенно спустя десятилетия после окончания войны многим ветеранам понадобилось подтвердить факт ранения для определения инвалидности, получения пенсии, различных льгот и пр. С этой целью сотни тысяч запросов направлялись в архив военно-медицинского музея МО РФ (в г. Санкт-Петербурге) и благодаря высокой организации учета до сегодняшнего дня удается отыскивать материалы учета и восстанавливать факты получения военнослужащими ранений, что позволяет обеспечить их социальную защиту.

### **Основные формы статистических документов.**

Формы медицинских документов учета и отчетности входят в специальный комплект медицинского имущества "БК-1" (бланки, книги войсковые).

Таковыми документами являются:

а) учетные документы: первичная медицинская карточка, книга учета раненых и больных, книга учета переливания крови и кровезамещающих жидкостей, карточка эпидемиологического обследования инфекционного больного, книга учета стоматологического кабинета (при наличии в штате стоматолога).

б) отчетные документы: донесение по медицинской службе (срочное), донесение по медицинской службе (внеочередное), донесение о наличии и потребности медицинского имущества

К индивидуальным документам относятся первичная медицинская карточка и история болезни. Большинство этих документов имеют не только учетное, но и важное лечебно-эвакуационное значение, так как их наличие обеспечивает последовательность и преемственность в оказании медицинской помощи. Кроме того, они имеют юридическое значение, поскольку служат основанием для предоставления льгот и преимуществ, установленных законами для военнослужащих, получивших ранения (поражения) и заболевание на войне.

Первичная медицинская карточка - документ строго персонального медицинского учета, предназначенный для обеспечения преемственности и последовательности в оказании медицинской помощи раненым и больным на этапах медицинской эвакуации (во время Великой Отечественной войны - карточка передового района).

Карточка предназначена для персонального медицинского учета раненых и больных, обеспечения медицинской сортировки преемственности, своевременности и последовательности в оказании медицинской помощи на передовых этапах медицинской эвакуации.

Первичная медицинская карточка является юридическим документом, свидетельствует факт ранения (заболевания) и дает право раненому (больному) на эвакуацию в тыл.

Первичная медицинская карточка ведется на всех раненых и больных, выбывших из строя в связи с ранением или заболеванием на срок не менее суток, при первом оказании врачебной помощи (в МП, омедо (медр)). В ВПГ карточка заводится только на тех раненых, которые поступили в ВПГ, минуя войсковые этапы оказания медицинской помощи, а также на тех, кто не подлежит лечению в данном ВПГ и после оказания неотложной помощи будет эвакуирован в другое лечебное учреждение.

Направление раненых и больных из МП, омедо (медр) в ВПГ, военные медицинские организации и лечебные организации Министерства здравоохранения без первичных медицинских карточек (или истории болезни) не разрешается.

Первичная медицинская карточка состоит из собственно карточки (краткая история болезни) и отрывной части – корешка первичной медицинской карточки, который остается в МП (омедо, медр, ВПГ), где была впервые заполнена сама карточка и служит основой для составления ежедневного медицинского донесения о раненых и больных.

На этапе медицинской эвакуации, где раненому (больному) оказывается впервые врачебная помощь, заполняется лицевая сторона первичной медицинской карточки и её корешок. После этого корешок отрезается от карточки и используется для составления очередного донесения по медицинской службе. В первичной медицинской карточке регистрируются общие сведения о раненом (больном), диагноз, дата и час поражения (заболе-

вания), медицинская помощь, время и место ее оказания, способы и средства эвакуации.

Заполненная первичная медицинская карточка подписывается врачом, заверяется печатью части и вместе с раненым отправляется на следующий этап эвакуации. Карточка прикрепляется к повязке раненого или вкладывается в левый карман верхней одежды и сопровождает раненого (больного) до наступления у него того или иного исхода лечения (возвращение в воинскую часть, увольнение из ВС РБ, смерть) и хранится постоянно со всеми другими его медицинскими документами.

Первичная медицинская карточка раненого (больного), оставленного в омето (медр) для лечения на срок до 5 суток используется как история болезни. В этом случае на оборонной стороне карточки делаются записи о состоянии раненого (больного) и оказанной медицинской помощи, а по окончании лечения указывается его исход. Обратная сторона карточки используется для записи данных о медицинской помощи, оказанной на последующем этапе. Заполнение карточки продолжается до того, пока не будет заведена история болезни. Карточка клеивается в историю болезни между первым и вторым её листами.

Для обозначения вида санитарных потерь имеются символические рисунки, которые подчеркиваются. Локализация ранения указывается на силуэте человека (характер ранения подчеркивается, места ранения обводятся). Также обозначается очередность, способ эвакуации и этап, куда эвакуируется раненый (больной).

Первичная медицинская карточка имеет цветные отрывные полосы (красную, черную, желтую и синюю), предназначенные для сигнализации последующему этапу медицинской эвакуации о необходимости оказания того или иного вида неотложной медицинской помощи или немедленного выделения из общего потока раненых и больных:

красная полоса – указывает на необходимость срочного оказания медицинской помощи;

черная – свидетельствует о наличии инфекционного или психического заболевания, а также бактерионосительства, вследствие чего раненый или больной должен быть изолирован;

желтая – обозначает нуждаемость раненого (больного) в санитарной обработке;

синяя – констатирует необходимость проведения специальных мероприятий при радиационном поражении.

Если раненый (больной) нуждается одновременно в нескольких медицинских мероприятиях, на карточке могут быть оставлены две или более цветных полос.

Первичные медицинские карточки на всех раненых и больных с определенным исходом и не имевших истории болезни, направляются вы-

шестоящему медицинскому начальнику.

История болезни – заводится на каждого больного (раненого) в ОМО, госпиталях. Она является ценным источником медицинской информации и широко используется как для текущих, так и последующих углубленных военных медико-статистических разработок с целью научного обобщения опыта медицинского обеспечения войск.

Основным учетно-статистическим документом в госпиталях во время войны является карточка учета раненых и больных, заполняющаяся на каждого поступившего в госпиталь.

К групповым документам относятся журналы, книги, списки: книга учета раненых и больных (является важным документом, в которой регистрируются все обратившиеся за медицинской помощью, так как кроме паспортных данных записывается дата и час поражения, время поступления, диагноз, содержание оказанной медицинской помощи, исход), книга учета переливания крови и кровезаменителей, книга учета перевязок и процедур, книга учета хирургических операций, карточка эпидемиологического обследования инфекционных заболеваний.

Книга учета раненых и больных предназначена для регистрации всех обратившихся за медицинской помощью, включая и тех, кому эта помощь оказывается амбулаторно. Обязательно регистрировать данные о времени ранения, поступления в МП, омедо (медр), ВПГ, диагноз и содержание оказанной помощи. Книга ведется в МП, омедо (медр), ВПГ.

Книга учета переливания крови и кровезамещающих жидкостей ведется в омедо (медр), ВПГ. В книгу записываются данные о группе крови, учреждения заготовившего кровь, дата заготовки, дата и способ переливания, результаты переливания.

Карточка эпидемиологического обследования инфекционного заболевания предназначена для учета всех инфекционных заболеваний и эпидемической обстановки.

Отчетные документы предназначены для обеспечения статистической группировки и сводки материалов наблюдения, собираемых в текущем порядке с помощью документов медицинского учета. В медицинской отчетности различают очередные (срочные) донесения, внеочередные донесения и медицинские отчеты.

Срочные донесения по медицинской службе ф.№1/мед, составляется начальником медицинской службы воинской части и представляется непосредственному начальнику медицинской службы ежедневно к 21.00 по состоянию на: 20.00.

В донесении указываются сведения о поступлении, наличии и движении раненых и больных по этапам медицинской эвакуации (состояло, поступило, возвращено в часть, эвакуировано, умерло), о подлежащих эвакуации, о наличии и потребности санитарного транспорта, о расположении

и местах развертывания МП, омедо, (медр), об изменениях санитарно-эпидемического состояния соединения (воинской части) и района их действий, о величине и структуре санитарных потерь, об объеме оказанной медицинской помощи раненым и больным и их эвакуации, о числе пораженных отдельными видами оружия и с комбинированными поражениями и о срочных нуждах медицинских подразделений.

В ежемесячных отчетах о работе медицинских подразделений медицинской службы содержится значительно больше данных. Ежемесячные отчеты дают возможность выявить не только количественную, сколько качественную сторону и особенности величины и структуры СП, деятельности медицинской службы в зависимости от вида и характера боевых действий войск.

Собираемые с помощью документов медицинские отчетные данные всесторонне характеризуют санитарные потери и деятельность медицинской службы по каждому отдельно взятому ее звену за каждый данный период боевых действий и всей службы в целом за более длительные периоды времени.

**Внеочередные донесения (ф.№2 мед.)** представляется немедленно в адрес непосредственно вышестоящего начальника медицинской службы в произвольной форме при следующих обстоятельствах:

**появление среди военнослужащих или населения в районе действий воинской части особо опасных инфекций;**

**появление необычного для данного района инфекционного заболевания, также при эпизоотии среди грызунов и других животных;**

**при возникновении вспышек инфекционных заболеваний, а также групповых отравлениях;**

**при применении противником неизвестных видов оружия, оружия ОМП и возникновении очагов массовых поражений;**

**при смертельных случаях, связанных с применением прививок, переливания крови, анаэробной инфекцией;**

**при потерях медицинской службы, повлекших за собой резкое снижение её деятельности или полный выход из строя и другие чрезвычайные происшествия по службе;**

**о захвате крупных партий трофейного имущества.**

Донесение о наличии и потребности медицинского имущества ф.№5.мед представляется непосредственно начальнику медицинской службы подекадно (10, 20, 30 числа каждого месяца).

Все донесения представляются через штаб соединения (воинской части) или с водителями санитарных автомобилей.

Запрещается вносить какие-либо изменения в установленные формы документов медицинского учета или требовать представления каких-либо дополнительных донесений и отчетов по медицинской службе, не преду-

смотренных Табелем срочных донесений Тыла Вооруженных Сил на военное время. Изменения в содержание и порядок ведения документов медицинского учета и отчетности могут вноситься только на основании директив заместителя Министра обороны по тылу — начальника Тыла Вооруженных Сил Республики Беларусь или начальника военно-медицинского управления Министерства обороны.

Учетные медицинские документы, подлежащие постоянному хранению, пересылаются в архив Министерства обороны РБ. Документы, не подлежащие хранению, уничтожаются установленным порядком. Порядок отправления или уничтожения документов медицинского учета указан в пояснениях к каждому документу.

При расформировании или реформировании воинских частей, военных медицинских организаций и военных медицинских частей отчетность по медицинской службе составляется по день расформирования (реформирования). В этом случае должны быть приняты меры к сбережению и сдаче в архив Министерства обороны Республики Беларусь всей подлежащей постоянному хранению учетной и отчетной медицинской документации.

Книги и бланки медицинского учета и отчетности изготавливаются централизованно, снабжение ими осуществляется через военно-медицинское управление Министерства обороны.

### **10.3. Порядок ведения и представления документов военно-медицинского учета и отчетности. Единицы медико-статистического учета.**

В соответствии с задачами медицинского учета важнейшими единицами медико-статистического учета в военное время, которые находят отражение в учетных и отчетных медицинских документах, являются:

- *случай санитарных потерь;*
- *лечившийся (госпитализированный) раненый или больной;*
- *оперированный раненый (больной);*
- *раненый или больной, получавший интенсивную терапию;*
- *лечебно-диагностическое мероприятие;*
- *определившийся исход лечения раненого (больного);*
- *длительность лечения раненого (больного);*
- *случай расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов ранения, заболевания;*
- *госпитальная койка (штатная, развернутая, занятая, свободная);*
- *койко-день;*
- *состояние этапа медицинской эвакуации;*
- *санитарно-эпидемическое состояние воинской части.*

Единое понимание и регистрация поименованных единиц учета

обеспечивает достоверность, полноту и сравнимость медико-статистической информации.

**Единица учета санитарных потерь** — военнослужащий Вооруженных Сил Республики Беларусь (лицо гражданского персонала ВС), выбывший из строя вследствие ранения или заболевания на срок не менее суток (24 часа), зарегистрированный на этапе медицинской эвакуации, где оказывается врачебная помощь.

Медицинский учет раненых и больных производится по диагнозам их ранений, заболеваний. При наличии у раненого (больного) нескольких ранений или заболеваний все они обязательно регистрируются в учетных медицинских документах; оперативный же медицинский учет санитарных потерь, учет лечившихся в военно-медицинских подразделениях, частях и учреждениях, а также медицинская отчетность ведутся по диагнозам основных (ведущих) ранений, заболеваний.

Необходимо руководствоваться следующими правилами и последовательностью выбора диагноза основного ранения (заболевания) и причины смерти:

основным следует считать первичное (в этиологическом и хронологическом отношении) ранение, заболевание, а не его осложнение;

предпочтение отдается диагнозу более тяжелого или смертельного ранения (заболевания);

при наличии острого и хронического заболевания (поражения) основным считается диагноз острого заболевания (поражения);

диагнозу эпидемического заболевания (поражения) микробными формами биологического оружия) отдается предпочтение перед диагнозами других заболеваний, ранений;

из двух ранений (заболеваний), одинаковых по тяжести, предпочтение отдается тому, которое более тяжело отражается на боеспособности и трудоспособности раненого (больного) или требует более сложного и длительного лечения.

При пользовании приведенной схемой выбора диагноза основного ранения, заболевания каждое ее правило вступает в силу в том случае, когда не может быть применено предыдущее.

**Лечившийся (госпитализированный) раненый (больной)** — каждый поступивший на медицинский пункт части, в медицинскую роту, отдельный медицинский отряд, военный полевой госпиталь для стационарного лечения или обследования. В числе лечившихся наряду с военнослужащими и гражданским персоналом ВС могут быть раненые и больные военнослужащие союзных армий, военнопленные и прочие лица; все они подлежат персональному медицинскому учету.

**В воинской части** в качестве **санитарных потерь** учитываются раненые и больные, поступившие в МП (на этап медицинской эвакуации),

получившие там первую врачебную помощь, на которых была заполнена первичная медицинская карточка ввиду потери ими бое- и трудоспособности по состоянию здоровья более одних суток.

**Оперированным** считается раненый (больной), которому произведена хирургическая операция, т. е. механическое воздействие на ткани и органы с применением обезболивания для целей диагностики или лечения. Одному оперированному может быть сделано несколько хирургических операций, каждая из которых подлежит специальному медицинскому учету. Одновременно с регистрацией хирургических операций учитываются также вид применявшегося обезболивания, осложнения и исход операции.

Специальному медицинскому учету подлежат раненые и больные, получившие противошоковую терапию.

**Лечебно-диагностическое мероприятие** — единица учета, используемая для характеристики объема и содержания проводимой на этапах медицинской эвакуации лечебно-диагностической работы. К лечебно-диагностическим мероприятиям относятся: хирургические операции, переливания крови и кровезаменителей, иммобилизация, перевязки, рентгенологические и другие диагностические исследования, различные физиотерапевтические процедуры и т. д. Для единообразия учета лечебно-диагностических мероприятий используются их специальные номенклатуры.

**Определившийся исход лечения раненого (больного)** — результат законченного лечения военнослужащего на этапах медицинской эвакуации: выписка по выздоровлении для дальнейшего прохождения воинской службы (без изменения или с изменением степени годности к службе); увольнение по ранению или болезни из Вооруженных Сил (в отпуск, в запас или вовсе); летальный исход.

Каждый случай определившегося исхода лечения раненых (больных) регистрируется в документах медицинского учета с обязательным указанием для военнослужащих одной из следующих формулировок о наличии или отсутствии причинной связи ранения (заболевания) с участием в боевых действиях или исполнением обязанностей военной службы.

Ранение (контузия, травма, увечье):

- 1) получено в боях при защите РБ;
- 2) получено при исполнении обязанностей военной службы;
- 3) получено вследствие несчастного случая, не связанного с исполнением обязанностей военной службы;
- 4) не связано со службой в Вооруженных Силах РБ.

Заболевание:

- 1) связано с участием в боевых действиях;
- 2) получено в период прохождения военной службы;
- 3) не связано со службой в Вооруженных Силах РБ.

**Случай расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов ранения (заболевания)** — единица учета, используемая при оценке качества диагностической работы врачебного состава путем сопоставления клинических и патологоанатомических диагнозов у умерших раненых и больных. Различают полное и частичное расхождение сравниваемых диагнозов.

**Госпитальная койка** как единица медицинского учета отражает возможность лечебного учреждения разместить одного раненого (больного), обеспечив его необходимой медицинской помощью, питанием и уходом. Медико-статистическому учету подлежат койки, определенные штатом лечебного учреждения — штатные койки; койки, предусмотренные планом его развертывания — плановые койки; койки (места), фактически подготовленные к приему раненых и больных — развернутые койки; койки, соответствующие числу находящихся на лечении раненых и больных — занятые (использованные) койки.

**Койко-день** — расчетная единица, применяемая при планировании и анализе использования коечного фонда лечебных учреждений (имеется в виду одна койка, запланированная к использованию, фактически развернутая или занятая раненым, больным в течение одних суток).

**Состояние этапа медицинской эвакуации** — краткая функциональная характеристика его участия в лечебно-эвакуационном обеспечении войск. В донесениях по медицинской службе предусмотрено отражение следующих состояний этапа медицинской эвакуации:

развернут (готов к приему или ведет прием, оказание медицинской помощи, лечение раненых и больных),

свернут (свободен от раненых и больных, готов к передислокации),  
передислоцируется,

уничтожен (не может функционировать в результате гибели личного состава и имущества);

развернут по противоэпидемическому режиму.

Специальному медицинскому учету подлежит санитарно-эпидемическое состояние воинской части и района ее расположения. Предусматриваются четыре оценки санитарно-эпидемического состояния: благополучное, неустойчивое, неблагополучное и чрезвычайное.

Современное медицинское обеспечение может быть правильно организовано и осуществлено только при наличии исчерпывающей, достоверной, полной и своевременной медико-статистической информации во всех звеньях медицинской службы. Особенно большие требования в этом отношении предъявляются к войсковой медицинской службе.

## **ГЛАВА 11. ЗАДАЧИ И СОСТАВ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ СОЕДИНЕНИЯ. ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ШТАТНОГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СОЕДИНЕНИЯ**

Новые взгляды на способы ведения боевых действий, изменение условий боевой подготовки военнослужащих, появление новых, современных видов вооружений, изменение величины и структуры санитарных потерь, а также изменение порядка ведения боевых действий с учетом мобильности соединений (воинских частей и подразделений), увеличением скоротечности боя наложили отпечаток на все стороны деятельности медицинской службы, в том числе на задачи, состав и порядок использования военных медицинских частей и подразделений.

### **11.1 Задачи и состав медицинской службы соединения.**

**Основными задачами медицинской службы соединения** являются:

- розыск, сбор раненых и больных, вывоз (вынос) их с поля боя;
- своевременное оказание раненым и больным первой, доврачебной, первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи;
- эвакуация раненых и больных из подразделений и очагов массового поражения в медицинские пункты батальонов, медицинский пункт группы артиллерии и отдельный медицинский отряд;
- предэвакуационная подготовка раненых и больных, нуждающихся в дальнейшей эвакуации;
- организация медицинского контроля условий военного труда, соблюдения установленных норм и правил размещения, питания, водоснабжения, обитаемости, банно-прачечного обслуживания личного состава;
- проведение в установленном объеме противоэпидемических мероприятий;
- медицинская защита личного состава соединения, раненых и больных от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы;
- защита, охрана и оборона подразделений медицинской службы;
- обеспечение личного состава соединения медицинскими средствами профилактики и оказания первой помощи;
- обеспечение подразделений медицинской службы медицинским имуществом;
- ведение медицинской разведки в полосе действий соединения;
- проведение военно-медицинской подготовки личного состава соединения и специальной подготовки медицинского персонала;
- проведение санитарно-просветительной работы в подразделениях соединения;

— ведение медицинского учета и отчетности.

Успешное решение задач по медицинскому обеспечению соединения в бою достигается: постоянной боевой и мобилизационной готовностью медицинской службы и всесторонней подготовкой ее личного состава; своевременным, четким планированием и правильной организацией медицинского обеспечения соединения в соответствии с планами и условиями конкретной обстановки; сосредоточением основных усилий медицинской службы на важнейших направлениях действий соединения и на выполнении главных задач; своевременным комплектованием медицинской службы силами и средствами, их подготовкой, выдвижением и развертыванием на эвакуационных направлениях; максимальной автономностью медицинского обеспечения подразделений соединения, действующих на самостоятельных направлениях; постоянным наличием резерва сил и средств медицинской службы и осуществлением маневра им; организацией взаимодействия и согласованным применением всех сил и средств медицинской службы; поддержанием высокой живучести системы медицинского обеспечения соединения; непрерывным ведением медицинской разведки; устойчивым, непрерывным и скрытым управлением силами и средствами.

*Постоянная боевая и мобилизационная готовность медицинской службы* достигается способностью в любых условиях обстановки имеющимися силами осуществить всестороннее медицинское обеспечение соединения в бою.

*Своевременное и четкое планирование медицинского обеспечения* достигается знанием начальником медицинской службы и командирами медицинских подразделений конкретной обстановки, замысла боя (в части их касающейся), состояния и возможностей подразделений медицинской службы, а также их высокой профессиональной подготовкой.

*Сосредоточение основных усилий медицинской службы на важнейших направлениях действий соединения* достигается выдвижением адекватных по возможностям и подготовленности сил и средств на главное и другие направления действий соединения, решительным и гибким маневром медицинскими подразделениями, умелым использованием резерва.

*Максимальная автономность медицинского обеспечения подразделений соединения, действующих на изолированных направлениях*, заключается в возможности самостоятельного проведения всего комплекса лечебно-эвакуационных и других медицинских мероприятий. Она достигается заблаговременным сосредоточением на этих направлениях такого количества сил и средств, которое позволит в ходе боя в самой сложной обстановке организовать медицинское обеспечение соответствующих подразделений при временном нарушении эвакуации раненых и больных и невозможности осуществления маневра силами и средствами в их интересах.

*Постоянное наличие резервов сил и средств медицинской службы, их умелое использование являются главными условиями осуществления маневра в целях успешного медицинского обеспечения соединения в бою. Наличие резервов позволяет своевременно наращивать усилия медицинской службы на нужных направлениях, быстро заменять или усиливать медицинские подразделения, понесшие большие потери или перегруженные ранеными и больными, осуществлять при необходимости одновременную массовую эвакуацию раненых и больных, решать другие внезапно возникающие задачи.*

**Основными формами маневра являются:**

- изменение объема медицинской помощи;
- перераспределение сил и средств;
- усиление нижестоящих звеньев медицинской службы силами и средствами вышестоящего медицинского начальника;
- привлечение сил и средств нижестоящих звеньев медицинской службы для решения задач по плану вышестоящего начальника медицинской службы;
- переключение эвакуации раненых и больных в другие медицинские подразделения, организация медицинской эвакуации транспортом общего назначения и т. д.

*Согласованное применение сил и средств медицинской службы достигается четким планированием, организацией и поддержанием непрерывного взаимодействия между медицинскими подразделениями. Взаимодействие организуется начальником медицинской службы соединения и осуществляется, прежде всего, в интересах тех подразделений соединения, которые действуют на основных направлениях и выполняют главные задачи.*

*Высокая живучесть системы медицинского обеспечения соединения заключается в ее способности сохранять, а при необходимости - восстанавливать и наращивать свои возможности в интересах выполнения задач в любых условиях обстановки.*

**Живучесть системы медицинского обеспечения достигается:**

- эшелонированным построением и рассредоточением сил и средств;
- организацией бесперебойной эвакуации раненых и больных и своевременного оказания им всех видов медицинской помощи в установленном объеме;
- бесперебойным снабжением личного состава и медицинских подразделений медицинским имуществом;
- постоянным содействием нижестоящим звеньям в решении их задач; быстрым восстановлением боеспособности медицинских подразделений;
- поддержанием непрерывного управления;
- размещением медицинских подразделений в районах, позволяющих организовать их надежную защиту и охрану.

*Медицинская разведка* ведется в целях своевременного получения достоверной информации, необходимой для эффективной организации медицинского обеспечения соединения. Медицинскую разведку планируют и организуют начальник медицинской службы соединения, а также командиры медицинских подразделений.

*Устойчивое, непрерывное, скрытое и оперативное управление медицинской службой* достигается: постоянным знанием обстановки; своевременным принятием решений и проведением их в жизнь; поддержанием постоянной связи; сохранением в тайне планируемых мероприятий; своевременным восстановлением нарушенного управления.

Медицинскую службу соединения возглавляет начальник медицинской службы соединения. Он является непосредственным организатором медицинского обеспечения соединения, лично руководит подчиненными медицинскими подразделениями и несет ответственность за боевую готовность службы, полное и своевременное выполнение возложенных на нее задач. Начальник медицинской службы соединения подчиняется командиру соединения (заместителю командира соединения по тылу), а по специальным вопросам выполняет указания начальника медицинской службы оперативного командования. Указания и распоряжения начальника медицинской службы соединения по специальным вопросам обязательны для исполнения всем личным составом медицинской службы соединения.

**Начальник медицинской службы соединения обязан:**

- организовывать и проводить мероприятия по поддержанию высокой боевой готовности подчиненных медицинских подразделений;
- организовывать подготовку подчиненных медицинских подразделений к выполнению задач по медицинскому обеспечению соединения и осуществлять руководство ими в ходе боевых действий;
- постоянно анализировать боевую, тыловую и медицинскую обстановку;
- представлять в штаб соединения данные по медицинской службе, необходимые для планирования боя, и заявки на все виды транспортных средств для эвакуации раненых и больных;
- своевременно готовить необходимые расчеты и предложения по организации медицинского обеспечения соединения, докладывать их командиру соединения (заместителю командира соединения по тылу);
- лично принимать решения на применение сил и средств медицинской службы в бою;
- планировать медицинское обеспечение соединения, доводить задачи до подчиненных командиров медицинских подразделений, а также контролировать их исполнение;
- организовывать комплексное использование подчиненных и приданных сил и средств медицинской службы соединения;

- направлять и контролировать деятельность командиров медицинских подразделений;
- организовывать обеспечение личного состава индивидуальными средствами профилактики и оказания медицинской помощи, медицинские подразделения — медицинским имуществом;
- организовывать защиту, охрану и оборону медицинских подразделений и поддерживать с ними устойчивую связь;
- организовывать оперативный учет раненых и больных в подразделениях соединения и контролировать их движение по этапам медицинской эвакуации;
- обобщать и доводить до подчиненных опыт медицинского обеспечения подразделений соединения.

Принципиальная схема организации медицинской службы соединения представлена на рисунке 15.



Основным медицинским подразделением соединения является отдельный медицинский отряд соединения. Задачи, организационно-штатная структура и организация работы отдельного медицинского отряда соединения изложены в главе 13.

**Санитарно-эпидемиологическая лаборатория** соединения предназначена для проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в полосе (районе) действия соединения, проведения полной санитарной обработки раненых и больных, дезактивации, дегазации и дезинфекции обмундирования и транспортных средств, мероприятий медицинской службы по защите личного состава от воздействия поражающих факторов ОМП, а также неблагоприятных факторов боевой деятельности и окружающей среды.

### **11.2 Организация деятельности штатного медицинского персонала подразделений соединения.**

В батальонах соединения имеются медицинские пункты, а в отдельных ротах – санитарные инструкторы. Руководит медицинским пунктом - начальник медицинского пункта, который подчиняется командиру батальона, а по специальным вопросам выполняет указания начальника медицинской службы соединения.

*Начальник медицинского пункта* организует и осуществляет медицинское обеспечение батальона в бою. В своей работе он основывается на решении командира батальона на бой и указаниях начальника медицинской службы соединения на применение сил и средств медицинской службы в бою. На основании этих данных начальник медицинского пункта намечает порядок организации розыска, сбора раненых, оказания им первой и доврачебной помощи и эвакуации их с поля боя или медицинских постов рот. В ходе боя он поддерживает связь с командиром батальона и санитарными инструкторами рот.

Задачами медицинского пункта являются:

- розыск, сбор, вывоз (вынос) раненых и больных с поля боя и из подразделений батальона;
- оказание раненым и больным первой и доврачебной помощи;
- развертывание и организация работы медицинского пункта батальона;
- медицинский контроль состояния здоровья и условий боевой и повседневной деятельности личного состава батальона;
- проведение мероприятий по предупреждению возникновения и распространения инфекционных заболеваний;
- проведение мероприятий по медицинской защите личного состава батальона от воздействия факторов радиационной, химической и биологической природы;

—  
обес-  
пе-  
че-  
ние  
лич-  
но-  
го  
со-  
ста-  
ва  
ба-  
таль-  
она  
ме-  
ди-  
цин-  
ски  
ми



Рис. 16. Организационно-штатная структура медицинского пункта батальона

средствами профилактики и оказания первой помощи, а санитарных инструкторов рот, стрелков-санитаров — медицинским имуществом; — медицинская разведка района расположения и боевых действий батальона;

военно-медицинская подготовка личного состава батальона.

В состав медицинского пункта батальона входят медицинское отделение и отделения сбора и эвакуации раненых (рис. 16).

На оснащении медицинского пункта батальона имеется медицинское имущество для оказания первой, доврачебной и первой врачебной медицинской помощи: комплекты ПФ, Б-1, шины Б-2, аппарат искусственной вентиляции легких ДП-10.02, ингалятор кислородный КИ-4.02, сумки медицинские войсковые, санитары, носилки санитарные, подставки под носилки высокие, столик инструментальный, умывальник, стойка унифицированная, тазодержатель, таз эмалированный.

Из технических средств сбора и эвакуации, раненых и больных на оснащении медицинского пункта имеются санитарные автомобили УАЗ-

39621.

Санитарный автомобиль УАЗ-39621 предназначен для перевозки личного состава и имущества взвода, а также для эвакуации раненых и больных. Он обладает грузоподъемностью до 500 кг, улучшенной рессорной подвеской и высокой проходимостью (обе оси ведущие). Кузов его герметичен, имеет фильтровентиляционную установку, отопительное устройство и специальное санитарное оборудование для транспортировки пострадавших и ухода за ними. Автомобиль может преодолевать броды глубиной до 0,6 м и подъемы крутизной до 30°. Санитарное оборудование автомобиля УАЗ-39621 состоит из кронштейнов и ремней для размещения раненых на носилках, откидных сидений для легкораненых, медицинского имущества и предметов ухода. Эвакоместимость автомобиля: 4 человека на носилках плюс 1 - сидя или 7 человек только сидя.

*Санитарный инструктор роты* подчиняется командиру роты, а по специальным вопросам выполняет распоряжения начальника медицинского пункта батальона. В бою санитарный инструктор действует непосредственно в боевых порядках роты.

Он обязан:

- знать задачу роты и свою задачу в предстоящем бою, место командно-наблюдательного пункта роты, медицинского пункта батальона, поста санитарного транспорта, наличие раненых и больных в подразделениях;
- организовывать и совместно со стрелками-санитарами взводов осуществлять розыск раненых на поле боя, оказание им первой помощи, а также их сбор, укрытие и обозначение мест их сосредоточения;
- оборудовать и оснащать медицинский пост роты, определять пути выноса (вывоза) раненых и больных из подразделений роты;
- ставить задачу стрелкам-санитарам, приданным роте санитарам (внештатным санитарам), определять порядок и место их работы, руководить их действиями в ходе боя установленными командами и сигналами;
- периодически докладывать командиру роты и начальнику медицинского пункта батальона о количестве раненых, местах их размещения и о необходимой помощи;
- своевременно обеспечивать личный состав роты индивидуальными средствами профилактики и оказания первой помощи, пополнять медицинским имуществом сумки медицинские санитаря и аптечки войсковые в боевых машинах;
- следить за выполнением личным составом роты правил личной гигиены и обучать его приемам оказания первой помощи в бою;
- проводить медицинскую разведку района расположения и боевых действий роты;
- вести учет раненых и больных, эвакуированных из роты, и докладывать о них по команде.

На оснащении санитарного инструктора роты имеется сумка медицинская войсковая, носилочная ляжка, шлем для раненых в голову, нарукавный знак Красного Креста.

*Стрелок-санитар взвода* подчиняется командиру взвода, а по специальным вопросам выполняет распоряжения санитарного инструктора роты.

Он обязан:

- осуществлять розыск раненых и больных на поле боя, оказывать им первую помощь, оттаскивать их в укрытия, используя маскирующие и защитные свойства местности, обозначать места их нахождения;
- изучать местность в районе расположения (действий) взвода и указывать раненым и больным, которые сохранили способность к самостоятельному передвижению, наиболее короткий и безопасный путь к медицинскому посту роты, посту санитарного транспорта (месту сбора раненых), медицинскому пункту батальона;
- проверять и при необходимости исправлять первичные повязки, наложенные в порядке само- и взаимопомощи;
- вести учет раненых и больных, эвакуированных из взвода, и докладывать о них командиру взвода.

На оснащении стрелка-санитара имеется сумка санитара, носилочная ляжка, шлем для раненых в голову, нарукавный знак Красного Креста.

Первая помощь раненым и больным на поле боя оказывается стрелками-санитарами взводов, санитарными инструкторами рот и личным составом отделений сбора и эвакуации раненых, а также самими пострадавшими или их товарищами в порядке само- и взаимопомощи. Для этого у каждого военнослужащего имеется аптечка индивидуальная, пакет перевязочный индивидуальный и индивидуальный противохимический пакет.

Сбор, вывоз (вынос) раненых с поля боя (из очагов поражения) в медицинский пункт батальона осуществляется с их личным оружием и средствами индивидуальной защиты силами и средствами отделения сбора и эвакуации раненых медицинского пункта батальона, приданными эвакуационными средствами из отдельного медицинского отряда, а также личным составом и транспортными средствами (в том числе и боевыми машинами), дополнительно выделяемыми командиром батальона (роты).

## **ГЛАВА 12 ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПУНКТА ВОИНСКОЙ ЧАСТИ**

Медицинская служба воинской части действует в условиях быстро меняющейся боевой и медицинской обстановки, постоянного огневого воздействия противника, массовых санитарных потерь и влияния множества других факторов, препятствующих своевременному и качественному

выполнению стоящих перед ней задач. В этих условиях медицинская служба решает сложные и ответственные задачи: напрямую влияющие на эффективность медицинского обеспечения войск.

### **12.1. Задачи и организационно-штатная структура медицинского пункта воинской части.**

Основными задачами медицинского пункта воинской части являются:

- розыск, сбор раненых и больных, вывоз (вынос) их с поля боя;
- своевременное оказание раненым и больным первой, доврачебной и первой врачебной помощи;
- эвакуация раненых и больных из подразделений и очагов массового поражения в медицинский пункт воинской части;
- предэвакуационная подготовка раненых и больных, нуждающихся в дальнейшей эвакуации;
- организация медицинского контроля условий военного труда, соблюдения установленных норм и правил размещения, питания, водоснабжения, обитаемости, банно-прачечного обслуживания личного состава;
- проведение в установленном объеме противоэпидемических мероприятий;
- медицинская защита личного состава воинской части, раненых и больных от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природы;
- защита, охрана и оборона функциональных подразделений медицинского пункта воинской части;
- обеспечение личного состава воинской части медицинскими средствами профилактики и оказания первой помощи;
- обеспечение подразделений медицинской службы медицинским имуществом;
- ведение медицинской разведки в полосе действий воинской части;
- проведение военно-медицинской подготовки личного состава воинской части и специальной подготовки медицинского персонала;
- проведение санитарно-просветительной работы в подразделениях воинской части;
- ведение медицинского учета и отчетности.

Организационно-штатная структура медицинских пунктов различных воинских частей имеет существенные различия, в усредненном варианте она будет выглядеть таким образом:

#### **Организационно-штатная структура медицинского пункта воинской части (полка, бригады):**

##### **Медицинский пункт:**

1. Начальник медицинского пункта – врач – 1.
2. Врач-специалист – 2.

3. Врач – стоматолог – 1.
4. Фельдшер – 3.
5. Фельдшер – начальник аптеки – 1.
6. Медицинская сестра – 2.
7. Санитарный инструктор – дезинфектор – 3.
8. Санитар – 4.
9. Повар – 1.
10. Старший телеграфист -1.
11. Водитель-санитар – 3.

**Отделение сбора раненных и больных:**

1. Санитарный инструктор – 1.
2. Санитар – 2.
3. водитель – санитар – 3.

**Отделение эвакуации раненных и больных:**

1. Санитарный инструктор – 1.
2. Санитар – 2.
3. водитель – санитар – 3.

**Итого: 34 человека.**

## **12.2 Выбор и подготовка места для развертывания медицинского пункта. Типовая схема развертывания медицинского пункта воинской части.**

Медицинская служба воинской части развертывает медицинский пункт в соответствии с решением командира части на бой, в котором он определяет срок и место развертывания, а также маршрут его перемещения в ходе боя. Медицинский пункт развертывается в ее полосе (на участке) действий воинской части. Его удаление от переднего края должно обеспечивать возможность доставки раненых и больных и оказания им первой врачебной помощи в течение 4-5 часов с момента ранения.

Медицинский пункт развертывается вблизи путей эвакуации и подвоза с соблюдением мер защиты, в стороне от объектов наиболее вероятного воздействия противника. Место развертывания медицинского пункта должно быть обозначено знаками Красного Креста, хорошо видимыми со всех сторон и с воздуха. На путях, ведущих к медицинскому пункту воинской части, устанавливаются заметные днем и ночью указатели (пикетаж).

Для развертывания медицинского пункта воинской части требуется площадка размером не менее 120×120 м. Вблизи от места развертывания медицинского пункта оборудуется вертолетная площадка. Принципиальная схема развертывания медицинского пункта воинской части показана в Приложении 1.

При наличии времени на подготовку к бою (чаще всего в обороне) осуществляется инженерное оборудование места развертывания медицин-

ского пункта. Для размещения функциональных подразделений строятся укрытия легкого типа. При недостатке времени на инженерное оборудование медицинский пункт может развертываться в подвалах каменных зданий, приспособленных помещениях и в палатках.

### **12.3 Организация работы медицинского пункта воинской части.**

Медицинский пункт должен быть полностью развернут и готов к оказанию медицинской помощи раненым и больным не более чем через 30 минут с момента прибытия в район развертывания. В составе медицинского пункта воинской части развертываются сортировочно-эвакуационное отделение, перевязочное отделение, аптека, в первую очередь — сортировочная и перевязочная для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, сортировочный пост, площадка специальной обработки.

**Сортировочно-эвакуационное отделение** предназначено для приема, медицинской сортировки раненых и больных, проведения специальной обработки, оказания нуждающимся медицинской помощи, временного размещения и подготовки к дальнейшей эвакуации раненых и больных, нуждающихся в дальнейшей эвакуации. Отделение развертывается в составе сортировочного поста, площадки специальной обработки, сортировочной площадки, сортировочной для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, сортировочной для легкораненых и больных, эвакуационной для тяжелораненых, эвакуационной для легкораненых и больных, изолятора.

**Сортировочный пост** размещается у въезда на площадку медицинского пункта воинской части. Он оборудуется флагом с изображением Красного Креста, указателями с надписью «МЕДИЦИНСКИЙ ПУНКТ», «СОРТИРОВОЧНЫЙ ПОСТ», «СТОП», средствами для подачи звуковых сигналов, таблицей с сигналами оповещения и оснащается приборами радиационной и химической разведки. В темное время суток вывешивается фонарь с красным крестом.

На сортировочном посту работает санитарный инструктор, который на основании опроса водителей и старших машин, результатов дозиметрического контроля и осмотра доставленных раненых и больных проводит первичную сортировку с целью выявления среди них лиц, представляющих опасность для окружающих. Он ведет наблюдение за воздушной, радиационной и химической обстановкой и в случае необходимости оповещает личный состав медицинского пункта воинской части. Санитарный инструктор имеет на оснащении общевойсковой защитный комплект.

На сортировочном посту раненые и больные распределяются на следующие группы:

— подлежащие изоляции — инфекционные больные и лица с заболеваниями, подозрительными на заразные (направляются в изолятор), и лица с психическими расстройствами и нервно-психической неустойчивостью;

— нуждающиеся в частичной санитарной обработке — имеющие загрязнение открытых частей тела и обмундирования радиоактивными веществами с мощностью дозы излучения, превышающей безопасные, зараженные стойкими отравляющими веществами или биологическими средствами (направляются на площадку специальной обработки);

— все остальные раненые и больные — направляются на сортировочную площадку на том транспорте, которым они были доставлены в медицинскую роту полка, при этом выделяются раненые, сохранившие способность к самостоятельному передвижению.

**Сортировочная площадка** предназначена для работы сортировочных бригад вне помещений. Она размещается перед сортировочными палатками. Ее размеры должны обеспечивать въезд и движение по ней транспортных средств, размещение носилок на подставках и скамеек для легкораненых. На сортировочной площадке раненых и больных выгружают из автомобилей, размещают на носилках или скамейках, проводят медицинскую сортировку. Нуждающимся оказывается медицинская помощь, для чего на сортировочной площадке оборудуются переносные столики с лекарственными средствами и инструментарием, перевязочным материалом.

На площадке работает сортировочная бригада в составе врача (начальника медицинского пункта), двух медицинских сестер, двух регистраторов и одного-двух звеньев санитаров. При необходимости для работы на сортировочной площадке привлекаются врач-специалист и стоматолог.

В первую очередь проводится выборочная сортировка: выявляются раненые и больные, нуждающиеся в неотложных мероприятиях первой врачебной помощи (раненые с продолжающимся наружным кровотечением, с явлениями асфиксии, с открытым и клапанном пневмотораксом, в состоянии шока и т. д.), и направляются в перевязочную для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести.

Остальные раненые распределяются на следующие группы:

- раненые, нуждающиеся во врачебной помощи в перевязочных;
- раненые и больные, которым первая врачебная помощь может быть оказана в сортировочных или на сортировочной площадке;
- раненые и больные, не нуждающиеся в медицинской помощи в медицинском пункте части и подлежащие дальнейшей эвакуации;
- легкораненые и легкобольные, подлежащие после оказания помощи возвращению в строй.

При проведении сортировки врач на основании осмотра и оценки состояния раненого ставит диагноз, диктует регистратору необходимые назначения для записи в первичную медицинскую карточку, дает указания об обозначении сортировочного заключения сортировочной маркой. В то время, когда медицинская сестра выполняет назначения, врач с другой ме-

дицинской сестрой и регистратором переходят к следующему раненому или больному.

Тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, подлежащих дальнейшей эвакуации, после оказания им медицинской помощи на сортировочной площадке сосредотачивают в эвакуационной для тяжелораненых, где определяют очередность и порядок их эвакуации.

Если медицинскую сортировку и оказание медицинской помощи из-за плохих погодных условий нельзя проводить на сортировочной площадке, она переносится в сортировочные.

**Сортировочная для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести** предназначена для приема, регистрации, временного размещения тяжелораненых; проведения медицинской сортировки, оказания первой врачебной помощи раненым, не нуждающимся в направлении в перевязочную для тяжелораненых; сосредоточения раненых, ожидающих очереди в перевязочную; обогрева (защиты от перегревания) раненых, ухода за ними. В результате внутрисортной медицинской сортировки раненые разделяются на следующие группы:

— нуждающиеся в неотложных мероприятиях первой врачебной помощи в перевязочной (их направляют в перевязочную для тяжелораненых в первую очередь);

— раненые, которым первая врачебная помощь может быть оказана в сортировочной или в перевязочной для тяжелораненых во вторую очередь;

— нуждающиеся в срочной эвакуации в омедо (медр) для оказания неотложной квалифицированной хирургической помощи.

Сортировочная бригада проводит медицинскую сортировку и оказание медицинской помощи тем же порядком, что и на сортировочной площадке.

В сортировочной оценивают состояние раненого (сознание, частота и ритм дыхания, цвет кожных покровов и слизистых); измеряют пульс и артериальное давление, наполняемость капилляров; при необходимости проводят перкуссию, пальпацию и аускультацию груди и живота; осматривают повязки. Комплекс лечебно-профилактических мероприятий в сортировочной включает введение столбнячного анатоксина, антибиотиков, обезболивающих средств. По показаниям вводятся сердечно-сосудистые и дыхательные аналептики, проводятся ингаляции кислорода, искусственная вентиляция легких, исправляются ранее наложенные шины и повязки.

При поступлении в медицинский пункт части пораженных отравляющими и высокотоксичными веществами вводят антидоты, противосудорожные, дыхательные и сердечные средства, проводят ингаляцию кислорода и искусственную вентиляцию легких. При поражениях отравляющими веществами типа иприт на пораженные участки кожи накладывают-

ся повязки с лекарственными средствами, промываются глаза, желудок, даются адсорбенты. При поражении ионизирующим излучением производится купирование первичной реакции.

**Сортировочная для легкораненых и больных** предназначена для приема, регистрации, временного размещения, поступивших в медицинский пункт легкораненых и больных; выявления раненых и больных, представляющих опасность для окружающих; оказания нуждающимся неотложной медицинской помощи; проведения внутripунктовой и эвакуационно-транспортной медицинской сортировки; подготовки нуждающихся к эвакуации в омедо.

В ходе проведения медицинской сортировки в сортировочной для легкораненых и больных выделяются следующие группы:

- раненые, имеющие тяжелое ранение, но сохранившие способность к самостоятельному передвижению (направляются в перевязочную для тяжелораненых или готовятся к эвакуации);
- легкораненые и больные, нуждающиеся в оказании первой врачебной помощи (направляются в перевязочную для легкораненых);
- легкораненые и больные, нуждающиеся в дальнейшей эвакуации (направляются в эвакуационную);
- подлежащие возвращению в строй.

Лечебно-профилактические мероприятия в сортировочной для легкораненых заключаются в исправлении повязок, шин; введении столбнячного анатоксина и антибиотиков. Больным в сортировочной вводят antidоты, кардиотонические средства, проводят кислородные ингаляции, инфузионную терапию, купируют психомоторное возбуждение, судорожный синдром и рвоту.

**Площадка специальной обработки** предназначена для проведения частичной специальной обработки. Состоит из площадки санитарной обработки личного состава и площадки специальной обработки транспорта и имущества.

Нуждаемость в проведении специальной обработки определяется на сортировочном посту санитарным инструктором-дозиметристом.

На площадке санитарной обработки может оказываться неотложная помощь, для чего предусмотрен запас antidотов и перевязочных пакетов.

После проведения частичной санитарной обработки раненых и больных направляют по показаниям в соответствующие функциональные подразделения медицинского пункта воинской части.

Руководит работой площадки специальной обработки подготовленный санитарный инструктор. Контроль осуществляет один из фельдшеров медицинского пункта части.

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

Эвакуации в первую очередь подлежат тяжелораненые, нуждающиеся в неотложных мероприятиях квалифицированной медицинской помощи. Эвакуационная оснащается необходимым имуществом для оказания медицинской помощи тяжелораненым, аппаратом искусственной вентиляции легких ДП-9, оборудуется станками для размещения носилок, столами для медикаментов, перевязочного материала, регистрации, хозяйственных принадлежностей, позволяющих обеспечить тяжелораненым уход и согревание.

**Эвакуационная для легкораненых и больных** предназначена для временного размещения легкораненых и больных и подготовки их к эвакуации. В эвакуационной работает один из фельдшеров и санитар. Они готовят легкораненых и больных к дальнейшей эвакуации (проводится подбинтовывание, исправление повязок, обеспечивается согревание и питание легкораненых и больных, при необходимости вводятся сердечные и болеутоляющие средства), организуют их погрузку на транспортные средства.

**Перевязочная (автоперевязочная) для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести** предназначена для оказания первой врачебной помощи указанной категории раненых.

**Диагностические мероприятия в перевязочной во время оказания неотложной медицинской помощи** заключаются в снятии повязки и оценки состояния раны.

**Перевязочная (автоперевязочная) для легкораненых** предназначена для оказания первой врачебной помощи легкораненым.

В перевязочной снимают шины и повязки, осматривают раны и окружающие ткани, выявляют клинические признаки повреждения магистральных сосудов, нервов, костей, развития раневой инфекции, проводят пальпацию с целью выявления патологической подвижности и крепитации костей, проверку сохранности активных и пассивных движений, чувствительности, определение пульсации периферических артерий.

К лечебно-профилактическим мероприятиям в перевязочной для легкораненых и больных относятся: остановка продолжающегося кровотечения из поверхностных ран; ампутация разрушенных фаланг и пальцев кисти, стопы; обработка поверхностных ран, зараженных радиоактивными или отравляющими веществами; паравульнарное введение антибиотиков; туалет ожоговых поверхностей II–IIIa степени, площадь которых не пре-

вышает 10% поверхности тела, а также ограниченных ожогов (не более 30–50 см<sup>2</sup>) III степени; транспортная иммобилизация по показаниям.

**Изолятор** предназначен для временного размещения инфекционных больных и лиц с заболеваниями, подозрительными на инфекционные, оказания им первой врачебной помощи и подготовки к эвакуации. Он оборудуется в лагерных палатках или приспособленных помещениях и должен быть рассчитан на две инфекции (для больных с желудочно-кишечными заболеваниями и больных воздушно-капельными инфекциями). Инфекционных больных эвакуируют на специально выделенном санитарном транспорте непосредственно в военный полевой госпиталь или в изолятор отдельного медицинского отряда.

**Аптека** предназначена для обеспечения медицинским имуществом функциональных подразделений медицинского пункта воинской части и медицинского персонала подразделений части. Она разворачивается вблизи перевязочной для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести и эвакуационной, но на удалении не менее 50 м с наветренной стороны от площадки специальной обработки.

#### **12.4 Особенности организации работы медицинского пункта воинской части при поступлении пораженных отравляющими веществами и биологическими средствами.**

Организация работы медицинского пункта воинской части *в условиях применения противником химического оружия* определяется угрозой заражения отравляющими и высокотоксичными веществами местности в районе развертывания медицинского пункта, возможностью поступления в короткие сроки значительного числа пораженных, большая часть которых будет нуждаться в оказании неотложной медицинской помощи, трудностями использования тяжелопораженными индивидуальными средств защиты, опасностью поражения личного состава медицинской службы воинской части. Схема развертывания медицинского пункта воинской части в условиях массового поступления пораженных отравляющими и высокотоксичными веществами остается без изменений, однако организация его работы будет иметь ряд особенностей.

При массовом поступлении пораженных отравляющими и высокотоксичными веществами важнейшим требованием к организации работы медицинского пункта воинской части является обеспечение быстрого оказания неотложной медицинской помощи, и, в первую очередь, введения антидотов. Учитывая опасность возникновения поражений в результате десорбции отравляющих веществ, на площадке специальной обработки необходимо проводить частичную специальную обработку, а у наиболее тяжелых пораженных — и смену обмундирования.

В предвидении массового поступления пораженных отравляющими и высокотоксичными веществами во всех функциональных подразделениях медицинского пункта необходимо создать запасы медицинского имущества для оказания неотложной помощи при отравлении отравляющими веществами (антидоты, противосудорожные препараты, сердечные и дыхательные analeптики). При этом сортировочные обеспечиваются всем необходимым медицинским имуществом для оказания пораженным первой врачебной помощи.

При поступлении в медицинский пункт воинской части пораженных отравляющими и высокотоксичными веществами на сортировочном посту выделяется два потока: имеющие заражение отравляющими веществами и представляющие опасность для окружающих (направляются на площадку специальной обработки) и не имеющие заражения (поступают на сортировочную площадку). На площадке специальной обработки пораженные подвергаются частичной санитарной обработке и делятся на две группы. Первая - пораженные (главным образом легкопораженные), медицинская помощь которым может оказываться здесь же, а последующая эвакуация может проводиться без снятия противогаза. Они сразу направляются в омедо (медр). Вторая группа - пораженные, с которых противогаз должен быть снят. В отдельной части площадки специальной обработки им производят обработку открытых поверхностей тела дегазирующими растворами, снимают обмундирование, а затем дополнительно обрабатывают открытые поверхности тела. После проведения этих мероприятий всех пораженных второй группы одевают в обмундирование из обменного фонда и направляют на сортировочную площадку, где выделяются лица, нуждающиеся в неотложных мероприятиях первой врачебной помощи. Раненые, нуждающиеся в проведении неотложных мероприятий первой врачебной помощи, с сортировочной площадки направляются в перевязочную. Часть пораженных отравляющими и высокотоксичными веществами с сортировочной площадки может направляться на эвакуацию.

При осуществлении эвакуации из медицинского пункта воинской части следует иметь в виду, что пораженных, с которых в медицинском пункте не снимались средства защиты (противогаз) и обмундирование, желательно эвакуировать на открытом транспорте и обязательно отдельно от пораженных, которые не пользуются противогазом.

При массовом поступлении пораженных отравляющими и высокотоксичными веществами медицинский пункт воинской части будет нуждаться в усилении средним и младшим медицинским персоналом, в дополнительном обеспечении антидотами и другими средствами оказания медицинской помощи, спальными мешками, одеялами, обменным фондом обмундирования. Весь личный состав медицинской службы части должен

иметь достаточную подготовку к работе с использованием индивидуальных средств противохимической защиты.

**В случае применения противником биологического оружия** медицинский пункт воинской части переводится на строгий противоэпидемический режим работы. Личный состав медицинского пункта в этих условиях работает в средствах защиты. Во всех функциональных подразделениях периодически проводится дезинфекция. Всем раненым и больным, поступающим в медицинский пункт из района применения биологических средств, проводится частичная санитарная обработка. Их обмундирование и средства защиты, а также транспорт, на котором они доставлены, подвергаются дезинфекции.

Личному составу медицинской службы и всем поступающим в медицинский пункт раненым и больным проводится экстренная профилактика.

На сортировочный пост вместо санитарного инструктора выделяется фельдшер, главной задачей которого при проведении медицинской сортировки поступающих в медицинский пункт раненых и больных является выделение лиц с симптомами инфекционных заболеваний и направление их в изолятор.

Для раненых и больных с клиническими проявлениями инфекционного заболевания дополнительно оборудуются площадка специальной обработки и сортировочная, а для оказания им первой врачебной помощи развертывается отдельная автоперевязочная. При оформлении этим раненым и больным (пораженным) медицинских документов черная полоса на первичных медицинских карточках не отрывается.

Эвакуация раненых и больных, а также пораженных биологическими средствами из медицинского пункта при введении строгого противоэпидемического режима работы не прекращается. Эвакуация лиц, имеющих клинические признаки инфекционного заболевания, ведется отдельно от других эвакуируемых.

### **ГЛАВА 13. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ОТДЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОТРЯДА СОЕДИНЕНИЯ**

**Отдельный медицинский отряд** – военно-медицинская часть, предназначенная для развертывания в зоне ведения широкомасштабных боевых действий или в условиях локального вооруженного конфликта, а также в районах ликвидации последствий стихийных бедствий, крупных аварий и катастроф, вблизи очагов массовых санитарных потерь, возникших в районах размещения войск и военно-стратегических объектов, предприятий военно-промышленного комплекса с целью оказания пострадав-

шим и больным первой врачебной, квалифицированной, а при соответствующем усилении и отдельных элементов специализированной медицинской помощи, временной их госпитализации, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации в военные медицинские организации и лечебные организации Министерства здравоохранения для последующего окончательного лечения и реабилитации.

### **13.1. Задачи, организационно-штатная структура, схема развертывания отдельного медицинского отряда**

На отдельный медицинский отряд возлагаются следующие задачи:

отмобилизование сил и средств в установленные сроки, проведение боевого слаживания личного состава и приведения всех подразделений к готовности выполнения задач по предназначению;

выдвижение, развертывание и организация работы омедо в указанном районе по обеспечению приема, медицинской сортировки, регистрации, оказания раненым и больным первой врачебной и квалифицированной медицинской помощи;

лечение до полного выздоровления легкораненых и больных со сроками выздоровления до 7 суток;

временная госпитализация тяжелораненых и тяжелобольных, не подлежащих дальнейшей эвакуации по тяжести состояния (категория нетранспортабельных раненых и больных);

временная изоляция инфекционных больных и пораженных бактериологическим оружием;

усиление силами и средствами подразделений омедо по решению начальника медицинской службы соединения медицинских подразделений воинских частей, а также контроль за своевременностью и качеством оказания медицинской помощи в медицинских пунктах воинских частей, принятие мер по их выявлению и недопущению;

организация эвакуации и предэвакуационная подготовка раненых и больных из омедо в лечебные организации по назначению;

организация и проведение специальной санитарной обработки раненых и больных, зараженных радиоактивными, отравляющими, высокотоксичными веществами и биологическими средствами, дезактивация, дегазация и дезинфекция обмундирования и доставивших их транспортных средств;

проведение психопрофилактических мероприятий среди личного состава участвующего в боевых действиях в территориальной зоне ответственности;

организация медицинского контроля за условиями военного труда, соблюдением установленных норм и правил размещения, питания, водо-

снабжения, обитаемости, банно-прачечного обслуживания личного состава вне пунктов постоянной дислокации;

организация и проведение в установленном объеме санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в территориальной зоне ответственности;

организация и проведение медицинской защиты личного состава от поражающих факторов радиационной, химической и биологической природой;

организация и обеспечение защиты, охраны и обороны подразделений омедо;

обеспечение медицинских подразделений воинских частей, действующих в территориальной зоне ответственности медицинским имуществом и техникой;

организация и ведение медицинской разведки в районе дислокации механизированной бригады и на путях эвакуации;

организация и ведение документов военно-медицинского учета и отчетности;

организация и проведение боевой и специальной подготовки личного состава омедо;

участие в сборе, выносе и вывозе раненых с поля боя и очагов массовых санитарных потерь и оказании им первой медицинской помощи, а также эвакуация раненых и больных из медицинских подразделений воинских частей или непосредственно из очагов (районов) массовых санитарных потерь, в омедо, а при возможности и целесообразности в лечебные организации.

Порядок применения омедо и организация его работы определяется начальником отряда в соответствии с указаниями начальника медицинской службы соединения, зависит от вида и структуры санитарных потерь, возможностей медицинских подразделений соединений и воинских частей и госпиталей, действующих в районе возникновения санитарных потерь.

Работа омедо по типовому варианту развертывания этапа медицинской эвакуации организуется для оказания квалифицированной и отдельных элементов специализированной медицинской помощи по неотложным показаниям.

**В соответствии с организационно-штатной структурой в состав омедо входят:**

**управление** (командование, медицинская часть, финансовая служба, отделение материально-технического обеспечения);

**основные подразделения** (приемно-сортировочное отделение, хирургическое отделение, отделение анестезиологии и интенсивной терапии, отделение госпитализации (на 50 коек), лаборатория, стоматологический кабинет, рентгеновский кабинет);

**подразделения обеспечения** (аптека, отделение связи, автомобильный санитарный взвод, взвод обеспечения).

**Организационная структура омедо**

<b><u>Управление</u></b>	
Командование	2
Медицинская часть	3
Финансовая служба	2
Отделение материально-технического обеспечения	3
<b>Итого:</b>	<b>10</b>
<b><u>Основные подразделения</u></b>	
Приемно-сортировочное отделение (2 врача-хирурга)	15
Хирургическое отделение (8 врачей-хирургов)	26
Отделение анестезии и интенсивной терапии (2 врача-реаниматолога)	10
Отделение госпитализации (на 50 коек) (2 врача)	10
Лаборатория	3
Стоматологический кабинет	2
Рентгенологический кабинет	3
<b>Итого</b>	<b>69</b>
<b><u>Подразделения обеспечения</u></b>	
Аптека	4
Взвод обеспечения (отделение охраны, 2 автомобильных отделения, отделение технического обслуживания, столовая, склады)	40
Отделение связи	5
Автомобильный санитарный взвод	38
<b>Итого</b>	<b>87</b>
<b><u>Всего по штату</u></b>	
Офицеров	25
Прапорщиков	8
Сержантов	45
Солдат	88
<b><u>Автомобильная техника</u></b>	
Легковые	1
Грузовые	9
Специальные (общевойскового назначения)	20
Специальные родов войск	6
Автоприцепы	2

Отдельный медицинский отряд перемещается и развертывается в соответствии с распоряжением командира соединения (заместителя командира соединения по тылу) по представлению начальника медицинской службы. Омедо развертывают на безопасном удалении от объектов вероятного воздействия противника на таком удалении от войск, чтобы квалифицированная медицинская помощь раненым (пострадавшим) могла быть оказана не позже 6-8 часов с момента ранения.

Определение места развертывания омедо осуществляется по критериям общим для всех этапов медицинской эвакуации. Омедо может развертываться в палатках, различного рода укрытиях, приспособленных помещениях. При возможности нужно стремиться к развертыванию основных функциональных подразделений омедо в укрытиях, первых этажах и подвальных помещениях зданий. Опыт ведения боевых действий в современных вооруженных конфликтах показал, что омедо развертываются комби-

нированным способом, то есть в палатках, но с максимальным использованием сохранившихся жилых и нежилых помещений.

**Для выбора места и подготовки площадки для развертывания омедо необходимо:**

1. Подготовить оснащение, необходимое для обозначения и трассировки площадки развертывания омедо. Эти мероприятия проводятся заранее, в пункте постоянной дислокации, до развертывания в полевых условиях.

2. Собрать информацию, необходимую для выбора места развертывания и обеспечения работы омедо: у командира бригады (цель предстоящего боя и боевые задачи бригады, место бригады в боевом порядке оперативного командования; ширину и глубину полосы обороны, боевой порядок бригады; рубежи перехода в атаку, задачи, исходные рубежи и рубежи развертывания; данные о соседях); у заместителя командира бригады по тылу (размещение тыловых подразделений и предполагаемый маневр ими в ходе боя; порядок организации управления тылом, порядок охраны и обороны тыловых подразделений; начертание путей подвоза и эвакуации, предполагаемое их наращивание в ходе боя; порядок подвоза материальных средств в период подготовки и ведения боя).

3. Определить схему развертывания функциональных подразделений омедо.

4. Выбрать на карте ориентировочное место (район) развертывания омедо.

Для выбора места развертывания омедо начальник медицинской службы бригады и начальник омедо должны использовать информацию топографических карт и медико-географических справочников.

5. Назначить рекогносцировочную группу и направить ее в назначенный район. Для выбора места развертывания в назначенный (на карте) район начальником медицинской службы соединения направляется рекогносцировочная группа. Ее возглавляет начальник омедо или один из его заместителей.

6. Выбрать площадку для развертывания омедо. По прибытии в новый район начальник рекогносцировочной группы с учетом удобства маскировки от воздушного и наземного противника, возможностей защиты и обороны этапа, наличия искусственных или естественных убежищ или возможности создания их, наличия подъездных путей, допускающих подход санитарного транспорта к месту развертывания этапа, величины площадки необходимой для развертывания омедо определяет место развертывания омедо.

7. Подготовить площадку для развертывания. Для этого необходимо:

Обозначить места развертывания палаток заранее заготовленными указателями с названиями палаток. При этом расстояние между палатками не должно быть менее 25 метров, а между отделениями 50 метров.

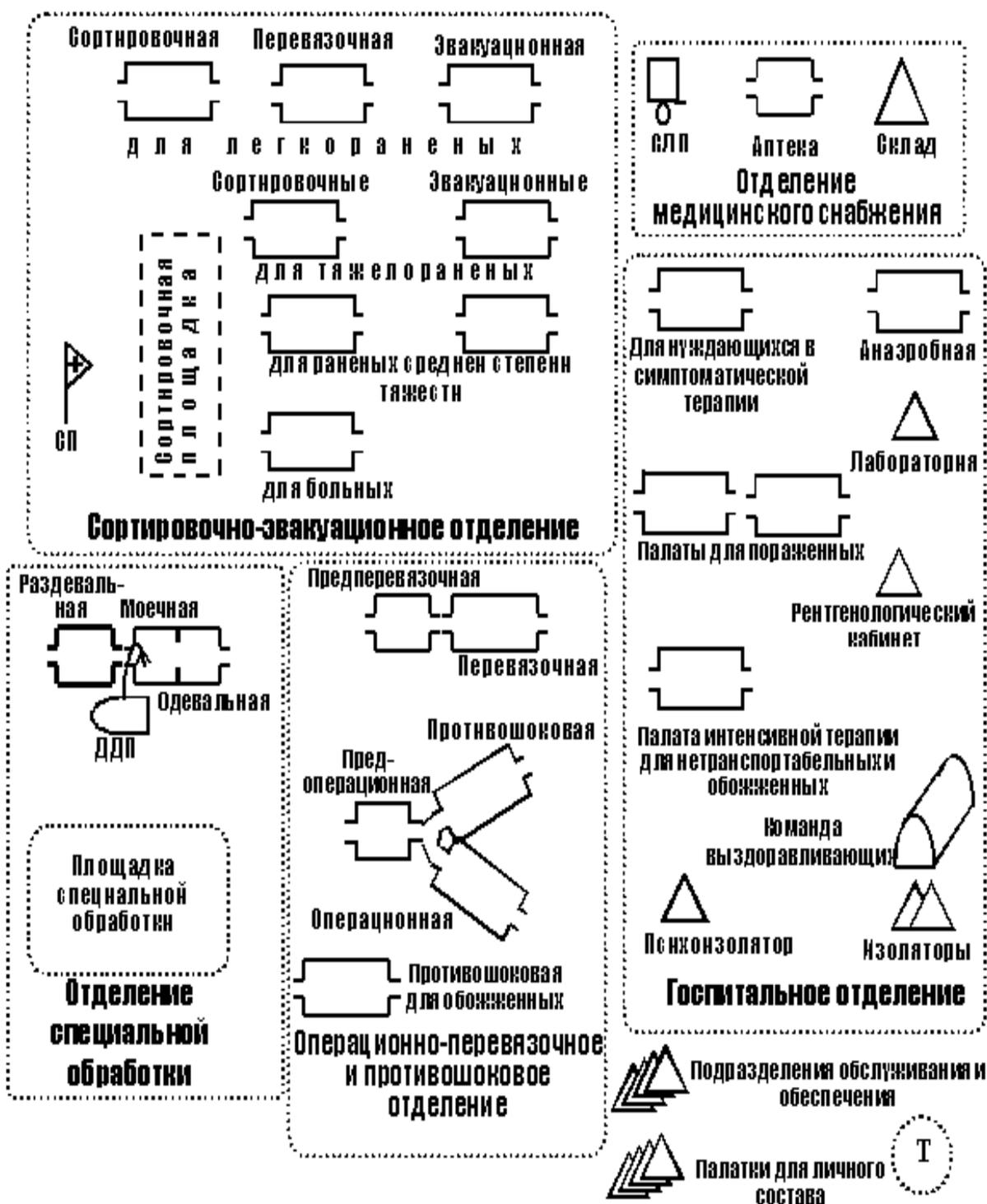
В соответствии с принципиальной схемой развертывания в составе омеда развертываются следующие функциональные подразделения: управление (штаб), приемно (сортировочно) - эвакуационное отделение, отделение специальной обработки, операционно-перевязочное отделение, отделение госпитализации, лаборатория, стоматологический кабинет, рентгеновский кабинет, аптека, отделение связи, столовая, склады, помещения для размещения личного состава омеда, а также площадка для автомобильного транспорта и вертолетную площадку.

В соответствии с принципиальной схемой развертывания начальник омеда определяет схему развертывания функциональных подразделений омеда с учетом характера местности и условий боевой обстановки.

Развертывание омеда осуществляется в соответствии с разработанной схемой развертывания и составляет:

подразделения первой очереди (приемно-сортировочное отделение, операционно-перевязочное отделение, противошоковое и плата интенсивной терапии) - до 2 часов; в полном составе через 6 часов с момента прибытия в район развертывания.

#### **Вариант схемы развертывания отдельного медицинского отряда**



### 13.2 Задачи и организация работы основных подразделений отдельного медицинского отряда.

Приемно (сортировочно) - эвакуационное отделение разворачивается для приема, поступающих в отряд раненых и больных, их регистрации, медицинской сортировки, определения необходимого объема медицинской помощи, оказания неотложной медицинской помощи нуждаю-

щимся в ней и направления поступивших раненых и больных в основные функциональные подразделения омеда, а также для подготовки раненых и больных к дальнейшей эвакуации в специализированные лечебные организации по назначению.

**Приемно (сортировочно) - эвакуационное отделение** развертывается силами личного состава приемно-сортировочного отделения с привлечением личного состава хирургического отделения.

В составе **приемно (сортировочно) - эвакуационного отделения развертываются:** сортировочный пост, сортировочная площадка, сортировочная для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, сортировочная для легкораненых, эвакуационная для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести, а также эвакуационная для легкораненых, перевязочная для легкораненых.

Медицинская сортировка в этом отделении проводится с целью выделить из общего потока раненых и больных, которым необходимо оказать медицинскую помощь в омеда, определить ее очередность и место оказания помощи. В первую очередь выявляются лица, нуждающиеся в санитарной обработке или изоляции, а также в неотложной квалифицированной медицинской помощи. Затем выделяют раненых и больных, квалифицированная медицинская помощь которым может быть отсрочена и оказана во вторую очередь в омеда или (в зависимости от его загрузки) в других лечебных организациях.

Кроме того, в составе приемно-эвакуационном отделении силами и средствами хирургического отделения развертывается и оборудуется перевязочная для легкораненых, предназначенная для оказания неотложной квалифицированной хирургической помощи легкораненым, а также первой врачебной помощи, связанной с необходимостью открытия раны для проведения различного рода блокад. Общая емкость приемно-сортировочных и эвакуационных помещений (палаток) должна обеспечивать одновременное прием и нахождение в них не менее 200 раненых и больных.

**Сортировочный пост** выставляется при въезде в омеда, который оборудуется флагом с изображением Красного Креста, указателями с надписью «ОТДЕЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОТРЯД», «СОРТИРОВОЧНЫЙ ПОСТ», «СТОП», средствами для подачи звуковых сигналов, таблицей с сигналами оповещения, оснащается приборами радиационной и химической разведки. В темное время суток вывешивается фонарь с красным крестом.

На сортировочном посту раненые и больные распределяются на три группы:

подлежащие изоляции (инфекционные больные и лица с подозрением на заразные заболевания; больные, находящиеся в состоянии психомоторного возбуждения);

нуждающиеся в санитарной обработке (раненые и больные, пораженные стойкими отравляющими веществами, имеющие радиоактивное заражение выше допустимых уровней или находившиеся в зоне применения биологических средств);

раненые и больные, не подлежащие изоляции и не нуждающиеся в санитарной обработке.

В третьей группе в свою очередь выделяются в отдельный поток легкораненые и легкобольные («ходячие») и раненые и больные средней тяжести и тяжелые («носилочные»).

Первая группа направляется в изоляторы для инфекционных больных или психоизолятор, вторая — в отделение специальной обработки, третья — на сортировочную площадку. При этом носилочные раненые и больные транспортируются с сортировочного поста на автомобиле, в котором они были доставлены в омеда.

Санитарный инструктор, кроме того, обязан вести наблюдение за воздухом и окружающей территорией и подавать при необходимости сигналы тревоги, при угрозе поступления раненых и пораженных зараженных РВ надевает защитный костюм и респиратор, зараженных ОВ или БС — защитный костюм и противогаз.

**Сортировочная площадка** представляет собой участок местности перед сортировочными палатками, предназначенный для работы сортировочных бригад вне помещений. На сортировочной площадке раненые и больные снимаются с транспортных средств, располагаются на носилках рядами и быстро осматриваются врачом, который проводит сортировку с целью выявления лиц, нуждающихся в неотложной помощи. Они сразу же направляются в соответствующие функциональные подразделения омеда.

Сортировочные палатки (помещения) оборудуются для приема и размещения на носилках, нарах или сидя не менее 150 раненых и больных. Весьма целесообразно применение специальных станков, на которых можно размещать носилки в два-три яруса.

Сортировочная для легкораненых, как и сортировочная для раненых средней тяжести и тяжелораненых оборудуются в палатках УСБ-56 (УЗ-68) или в приспособленных помещениях.

Сортировочную для легкораненых следует развешивать на некотором удалении от других подразделений омеда, но в непосредственной близости от перевязочной для легкораненых. Это дает возможность выделить легкораненых в отдельный поток. В теплое летнее время сортировочная для легкораненых может располагаться вне помещений, под открытым небом.

Для оказания неотложной медицинской помощи в сортировочных палатках должны быть жгуты, желудочный зонды, набор перевязочный малый, сердечные средства, антидоты и другое медицинское имущество, содержащееся в комплектах В-2, Б-1, Б-2, Б-3, а также ингаляторы кислорода и аппараты ИВЛ.

В процессе медицинской сортировки устанавливается также очередность направления в то или иное функциональное отделение.

Раненые и больные распределяются на следующие группы:

1. Нуждающиеся в хирургической помощи в операционно-перевязочном отделении (направляются в операционную, перевязочную или противошоковую).

2. Нуждающиеся в интенсивной терапии, оказании терапевтической помощи, мероприятиях симптоматической терапии (направляются в госпитальное отделение).

3. Нетранспортабельные раненые (направляются в госпитальное отделение, где находятся до возможности эвакуации).

4. Подлежащие оставлению в команде выздоравливающих для амбулаторного лечения.

5. Подлежащие дальнейшей эвакуации в тыл после необходимой помощи непосредственно в приемно-эвакуационном отделении.

**Эвакуационная** предназначена для временного пребывания раненых, больных и пораженных, подлежащих дальнейшей эвакуации на следующий этап, предоставления им кратковременного отдыха и питания, медицинского контроля за их общим состоянием, подготовки к дальнейшей эвакуации, контроля за полнотой оформления медицинской документации, учета эвакуируемых, доставки их к транспорту и размещении на нем. Эвакуационная может размещаться в палатке УСБ-56 (УЗ-68) или приспособленном для этого укрытии.

В эвакуационной работают фельдшер или медицинская сестра, а также санитары. В эвакуационной необходимо постоянно вести опрос, выявление жалоб на усиление, изменение характера болей; оценка общего состояния (степень нарушения сознания, признаки неадекватности); контроль пульса, АД, ЧДД, температуры тела, состояния повязок и иммобилизации, характера и количества отделяемого из ран в динамике.

Подготовка раненых и больных к дальнейшей эвакуации включает инъекции наркотических средств, сердечных и дыхательных аналептиков, различных сывороток, антидотов, а также дачу кислорода, исправление повязок и транспортной иммобилизации.

Из **эвакуационных** раненые и больные направляются в военные полевые госпитали или лечебные организации по назначению.

**Отделения специальной обработки** развертывается для полной санитарной обработки поступающих в омеда раненых и больных, имеющих

заражения РВ, ОВ и БС выше предельно допустимых и безопасных уровней, а также для частичной дегазации, дезактивации и полной дезинфекции обмундирования, средств защиты, обуви и снаряжения раненых и больных, доставившего их транспорта и санитарных носилок.

Отделения специальной обработки развертывается силами личного состава приемно-эвакуационного отделения с привлечением сил и средства санитарно-эпидемиологической лаборатории, в связи с чем, все силы и средства, задействованные для работы на площадке специальной обработки, входят в состав функционального подразделения омеда, как функциональное отделение специальной обработки (ОСО).

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

**Операционно-перевязочное отделение** развертывается силами хирургического отделения и отделения анестезиологии и реанимации для оказания раненым и больным первой врачебной и квалифицированной помощи, проведения им противошоковых мероприятий, обеспечения подготовки и проведения анестезии при операциях, перевязках и специальных диагностических процедурах, а также последующей сортировки раненых и больных в интересах их последующей эвакуации по назначению. Объем оказываемой в этом отделении медицинской помощи не является постоянным и зависит от условий обстановки.

Операционно-перевязочное отделение развертывается в составе операционной, перевязочных для тяжелораненых и раненых средней степени тяжести и противошоковой. В составе операционной и перевязочных обору-дуются соответственно предоперационная и предперевязочные.

Если из состава омеда не выделяется подвижное отделение, то автоперевязочную с хирургической бригадой можно использовать для развертывания перевязочной для легкораненых в составе приемно-эвакуационного отделения.

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

**Противошоковая** (реанимационная) предназначена для проведения комплекса противошоковых (реанимационных) мероприятий, который включает: новокаиновые блокады, переливание крови и кровезамещающих жидкостей, введение противошоковых растворов, снотворных и наркоти-

ческих средств, сердечных и дыхательных analeптиков, витаминных препаратов и др.

Противошоковая (реанимационная) развертывается силами личного состава отделения анестезиологии и интенсивной терапии. В противошоковой проводится дифференциальная диагностика шока, устанавливается степень его тяжести, определяются показания к проведению противошоковой терапии. В отношении раненых, нуждающихся в оперативных вмешательствах, в противошоковой решается вопрос о наиболее целесообразном виде обезболивания; некоторым из них здесь же дают наркоз, поэтому противошоковая, как правило, развертывается в стык с операционной и обеспечивается аппаратурой для наркоза.

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

**Отделение госпитализации** развертывается для оказания первой врачебной и квалифицированной терапевтической медицинской помощи раненым и больным, проведения мероприятий интенсивной терапии, временной госпитализации и лечения нетранспортабельных раненых и больных, 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 работе госпитального отделения может привлекаться весь медицинский персонал омеда незадействованный по своему прямому назначению.

Отделение госпитализации развертывается в составе госпитальных палаток, палаток интенсивной терапии, изолятора для инфекционных больных и психоизолятора для больных с нервно-психическими и психоэмоциональными расстройствами.

Госпитальные палатки используются для временной госпитализации нетранспортабельных раненых. Они же могут использоваться как помещения для пораженных отравляющими веществами и проникающей радиацией, а также для соматических больных.

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

Отделение госпитализации по штату рассчитано на 50 коек. Однако количество мест, развертываемых в нем, определяется условиями обстановки, в частности числом и структурой раненых и больных, которые могут поступить в омеда при его работе на данном месте, и объемом оказываемой им медицинской помощи. В среднем можно считать, что из общего числа раненых и больных, которых может принять омеда, до 15-20% будут нуждаться во временной госпитализации по нетранспортабельности. В то же

время среди пораженных высокотоксичными отравляющими веществами в госпитализации будут нуждаться 60-70% от числа поступивших в онедо. Изоляторы предназначены для временной изоляции инфекционных больных.

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

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

Инфекционные больные (подозрительные на инфекционные заболевания) находятся здесь до первой возможности их эвакуации в инфекционные отделения лечебных организаций. Эвакуация больных проводится на специально выделенном санитарном транспорте в военных полевой инфекционный госпиталь. После эвакуации больных в изоляторе проводится заключительная дезинфекция.

**Лаборатория** развертывается для проведения установленного объема общеклинических анализов. В лаборатории работает клинический лаборант.

**Рентгеновский кабинет** развертывается для проведения рентгеновских исследований.

Для развертывания рентгеновского кабинета устанавливают палатку лагерную и оснащают ее. В рентгенлаборатории работает начальник рентгеновского кабинета (врач-рентгенолог) и рентгенлаборант.

При наличии в штате передвижной рентгеновской установки она может применяться для обследования раненых и больных в приемно-эвакуационном, оперативно-перевязочном отделениях и отделении госпитализации.

**Стоматологический кабинет** развертывается для оказания терапевтической и хирургической стоматологической помощи. Для развертывания стоматологического кабинета устанавливают палатку лагерную и оснащают ее медицинским имуществом и оборудованием согласно штатных норм. При поступлении потока раненых и больных, нуждающихся в оказании хирургической помощи, медицинский персонал стоматологического кабинета задействуется для работы в составе хирургических бригад.

### **13.3 Организация работы подразделений обеспечения отдельного медицинского отряда.**

Подразделениями обеспечения отдельного медицинского отряда являются: аптека, отделение связи, автомобильный санитарный взвод, взвод обеспечения.

**Аптека** развертывается для обеспечения медицинских подразделений омедо и медицинских подразделений соединения медицинским имуществом и медицинской техникой, обеспечения личного состава соединения индивидуальными средствами медицинской защиты и оказания первой медицинской помощи, а также организации проведения метрологического контроля медицинской техники, восстановления на месте или отправке в ремонт неисправной медицинской техники, сбора и учета трофейного медицинского имущества и медицинской техники.

**Узел связи** развертывается для обеспечения связи начальника омедо 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.

**Автомобильный санитарный взвод** предназначен для эвакуации раненых и больных из медицинских пунктов воинских частей и очагов санитарных потерь в омедо.

Командир автомобильного санитарного взвода подчиняется помощнику начальника омедо по материально-техническому обеспечению - начальнику отделения материально-технического обеспечения и отвечает за готовность сил и средств взвода выдвинуться в районы развертывания МП для эвакуации из них раненых и больных.

**Взвод обеспечения включает:** отделение охраны, автомобильное отделение, отделение технического обслуживания, столовую, склады.

Командир взвода обеспечения подчиняется помощнику начальника омедо по материально-техническому обеспечению - начальнику отделения материально-технического обеспечения.

Силами и средствами взвода обеспечения осуществляется:  
инженерно-техническое оборудование района развертывания подразделений омедо;  
разведка источников водоснабжения, добыча и обеспечение водой подразделений омедо;  
получение, хранение, учет и обеспечение подразделений омедо материальными, техническими средствами; организация питания раненых и больных, а также личного состава омедо;  
защита, охрана и оборона подразделений омедо;  
организация обеспечения вещевым имуществом; организация банно-прачечного обслуживания.

Отделение материально-технического обеспечения планирует и организует материально-техническое обеспечение отряда, в том числе техническое обслуживание и ремонт автомобильной техники, обеспечивает подразделения отряда электроэнергией, водой, другими материальными средствами, ведет учет по службам тыла.

**Столовая** разворачивается для приготовления и приема пищи раненых и больных, поступивших в омедо, а также медицинского персонала омедо.

**Склады** разворачиваются для хранения материальных средств и запасов имущества в соответствие с установленными нормами.

## **ГЛАВА 14. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ВОЕННОГО ПОЛЕВОГО ГОСПИТАЛЯ.**

Современная система медицинского обеспечения войск в настоящее время организационно представлена силами и средствами медицинской службы Вооруженных Сил, медицинской службой других силовых структур и ведомств, лечебно-профилактическими организациями Министерства здравоохранения, функционирующими в интересах войск.

Важным элементом современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения является военный полевой госпиталь (далее – ВПГ).

### **14.1 Задачи и организационно-штатная структура и схема развертывания военного полевого госпиталя.**

**Военный полевой госпиталь** – это военно-медицинская часть, предназначенная для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи раненым и больным, их обследования, лечения и медицинской реабилитации.

#### **Основные задачи военного полевого госпиталя:**

прием, регистрация, медицинская сортировка, санитарная обработка раненых и больных, поступающих из медицинских пунктов воинских частей, медицинских рот, отдельных медицинских отрядов, непосредственно из воинских частей и очагов массовых санитарных потерь, проведение специальной обработки обмундирования, имущества и транспорта;

оказание раненым и больным квалифицированной и специализированной медицинской помощи, их лечение и реабилитация в соответствии с установленными сроками;

контроль за правильностью оказания медицинской помощи и ведения документов медицинского учета на предыдущих этапах медицинской эвакуации;

проведение военно-врачебной экспертизы раненых и больных;

отбор и подготовка к эвакуации раненых и больных, подлежащих лечению в других лечебных организациях;

оказание консультативной и практической помощи медицинской службе соединений и воинских частей;

защита личного состава военного полевого госпиталя, а также находящихся на лечении раненых и больных, материальных средств от оружия массового поражения, охрана и оборона района развертывания госпиталя;

проведение идеологической и воспитательной работы с ранеными, больными и личным составом госпиталя;

создание необходимых материально-бытовых условий раненым и больным, а также личному составу госпиталя.

**В соответствии с организационно-штатной структурой в состав военного полевого госпиталя входят:**

**управление** (командование, медицинская часть, секретная часть, финансовая служба, отдел материально-технического обеспечения, отделение кадров и строевое);

**основные подразделения** (приемно-сортировочное отделение, 2 хирургических отделения, отделение анестезиологии и реанимации, травматологическое отделение, терапевтическое отделение, инфекционное отделение, психоневрологическое отделение, диагностическое отделение, стоматологическое отделение, патологоанатомическое отделение, отделение заготовки крови);

**подразделения обеспечения** (аптека, взвод связи, автомобильная рота, взвод обеспечения, взвод охраны, клуб).

**Организационная структура военного полевого госпиталя (вариант учебный)**

<b><u>Управление</u></b>	
Командование	5
Медицинская часть	5
Финансовая служба	3
Отдел материально-технического обеспечения	6
Секретная часть	3
Отделение кадров и строевое	4
<b>Итого:</b>	<b>26</b>
<b><u>Основные подразделения</u></b>	
Приемно-сортировочное отделение (2 врача-хирурга, врач-терапевт, врач-инфекционист)	24
1-е хирургическое отделение 60 коек (3 врача-хирурга, 2 врача-анестезиолога-реаниматолога)	29
2-е хирургическое отделение 60 коек (3 врача-хирурга, 2 врача-анестезиолога-реаниматолога)	29
Отделение анестезии и реанимации 30 коек (4 врача-анестезиолога-реаниматолога)	21
Травматологическое отделение 60 коек (3 врача-травматолога, 2 врача-анестезиолога-реаниматолога)	23
Терапевтическое отделение 50 коек (2 врача-терапевта)	15
Психоневрологическое отделение 20 коек (2 врача-психиатра)	15
Инфекционное отделение 20 коек (2 врача инфекциониста)	11
Стоматологическое отделение (2 врача-стоматолога)	5
Диагностическое отделение (врача функциональной диагностики, 2 врача-лаборанта, врача-бактериолога, врача-рентгенолога)	12
Патологоанатомическое отделение (2 врача-патологоанатома)	4
Отделение заготовки крови (2 врача-перфузиолога)	7
<b>Итого</b>	<b>195</b>
<b><u>Подразделения обеспечения</u></b>	
Аптека	4
Взвод обеспечения (электротехническое отделение, столовая, склады, прачечная)	60

Взвод связи	35
Автомобильная рота	80
Взвод охраны	31
Клуб	4
<b>Итого</b>	<b>215</b>
<b><u>Всего по штату</u></b>	<b>410</b>
Офицеров	55
Прапорщиков	40
Сержантов	145
Солдат	170

Вне населенных пунктов площадка для развертывания ВПГ должна быть размером 1000X1000м (700X700 м).

Для подготовки ВПГ к приему раненых требуется 3—4 часа.

Для полного развертывания всех подразделений вне населенного пункта необходимо 8—10 часов летом и 10—12 зимой, в населенном пункте 6—8 часов.

Размещение функциональных подразделений госпиталя должно обеспечить наибольшие удобства для работы персонала.

Принципиальная схема развертывания ВПГ представлена в приложении 2.

Организацию работы основных подразделений и подразделений обеспечения ВПГ регламентирует «Руководство по организации работы военного полевого госпиталя».

## **14.2 Задачи и организация работы основных подразделений военного полевого госпиталя.**

### **Приемно-сортировочное отделение осуществляет:**

прием, временное размещение, медицинскую регистрацию, медицинскую сортировку (распределение по функциональным подразделениям госпиталя и другим лечебным учреждениям) поступивших раненых и больных;

выявление и изоляцию инфекционных больных;

выявление раненых и больных, имеющих заражение открытых участков тела и обмундирования радиоактивными, отравляющими веществами и биологическими средствами, нуждающихся в специальной обработке;

санитарную обработку поступивших раненых и больных, специальную обработку их обмундирования и личных вещей, а также дезактивацию, дегазацию и дезинфекцию транспорта, доставившего раненых и больных;

оказание неотложной медицинской помощи нуждающимся раненым и больным; подготовку раненых и больных к эвакуации в другие лечебные учреждения.

В лечебных отделениях ВПГ устанавливают окончательный диагноз ранения (заболевания), оказывают раненым и больным квалифицирован-

ную и специализированную медицинскую помощь, организуют их лечение и реабилитацию, а также подготовку к эвакуации для продолжения лечения в других лечебных учреждениях.

### **14.3 Задачи и организация работы подразделений обеспечения военного полевого госпиталя.**

**Аптека ВПГ** предназначена для обеспечения функциональных подразделений медицинским имуществом и техникой.

**Автомобильная рота** обеспечивает перевозку личного состава и имущества военного госпиталя в район развертывания, а также осуществляет эвакуацию раненых и больных.

**Взвод связи** развертывает узел связи при управлении ВПГ и обеспечивает радио- и телефонную связь, как внутри госпиталя, так и с органами управления медицинской службы.

**Взвод охраны** организует и обеспечивает защиту, охрану и оборону подразделений военного полевого госпиталя.

**Взвод обеспечения** предназначен для всестороннего материального, технического и инженерного обеспечения военного полевого госпиталя. Силами и средствами взвода обеспечения осуществляется: разведка источников водоснабжения, добыча и обеспечение водой подразделений госпиталя; истребование, получение, хранение, учет и обеспечение подразделений госпиталя материальными, техническими средствами, медицинским имуществом и техникой; организация питания раненых и больных, а также личного состава госпиталя; организация обеспечения вещевым имуществом; организация банно-прачечного обслуживания; захоронение тел умерших в военном госпитале. **Взвод обеспечения в своем составе имеет:** электротехническое отделение, прачечную, столовую, склады.

**Электротехническое отделение взвода обеспечения** обеспечивает доставку топлива и горюче-смазочных материалов, энергообеспечение подразделений госпиталя, оборудует инженерные укрытия для функциональных подразделений госпиталя, а также проведение работ по маскировке госпиталя.

**Прачечная ВПГ** обеспечивает проведение всего комплекса банно-прачечного обслуживания как раненых и больных, так и личного состава госпиталя.

**Столовая ВПГ** обеспечивает приготовление и выдачу пищи раненым и больным, а также личному составу госпиталя.

**На складах ВПГ** организуется прием, хранение и выдача продовольственного, вещевого, коммунально-эксплуатационного, инженерно-технического имущества, а также ремонт вещевого имущества.

**В клубе** организуется проведение идеологической и культурно-массовой работы среди личного состава госпиталя, а также выздоравливающих раненых и больных.

## **ГЛАВА 15. ЗАДАЧИ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ШТАТНАЯ СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИИ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА.**

Поддержание устойчивого санитарно-эпидемиологического благополучия войск, то есть сохранение здоровья личного состава, улучшение условий его жизни, быта и среды обитания, которые обеспечивают своевременное выполнение частями, подразделениями и отдельными военнослужащими возлагаемых на них задач — одна из важнейших обязанностей командиров и начальников всех степеней.

Основополагающими показателями санитарно-эпидемиологического благополучия (или неблагополучия) войск являются данные санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемического состояния соединений, частей и подразделений, в особенности — показатели уровня, структуры и динамики инфекционной и другой заболеваемости личного состава, его физического состояния, а также уровень соблюдения санитарных требований и норм воинских уставов по размещению военнослужащих, организации их питания, водоснабжения и других видов материально-бытового обеспечения.

### **15.1 Задачи санитарно-эпидемиологической лаборатории (СЭЛ) соединения.**

Санитарно-эпидемиологическая лаборатория (СЭЛ) входит в состав медицинской службы соединения. Начальник санитарно-эпидемиологической лаборатории является заместителем начальника медицинской службы соединения.

**На санитарно-эпидемиологическую лабораторию возлагаются следующие задачи:**

проведение квалифицированной санитарно-эпидемиологической, радиационной, химической и бактериологической разведки в районе размещения (боевых действий) частей бригады;

- анализ общей и инфекционной заболеваемости личного состава, разработка предложений по проведению мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, сохранение и укрепление здоровья военнослужащих;

- осуществление санитарного надзора за условиями военного труда, выполнением санитарно-гигиенических норм размещения, питания, водо-

снабжения, банно-прачечного обслуживания личного состава, перемещением войск, захоронением павших в бою и умерших воинов;

- осуществление противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний в частях и подразделениях бригады;

- проведение санитарной экспертизы воды и пищевых продуктов;

- проведение мероприятий по защите личного состава от оружия массового поражения.

## **15.2 Организационно-штатная структура и организация работы СЭЛ.**

В состав санитарно-эпидемиологической лаборатории входят:

начальник санитарно-эпидемиологической лаборатории – эпидемиолог (майор м/с);

врач-гигиенист (капитан м/с);

врач-бактериолог (капитан м/с);

лаборант (сержант);

водитель (рядовой).

В повседневной деятельности санитарно-эпидемиологическая лаборатория осуществляет санитарный надзор за условиями жизнедеятельности личного состава.

Санитарный надзор включает:

- изучение, оценку и прогнозирование состояния здоровья личного состава на основе анализа результатов медицинского обследования военнослужащих, вновь прибывших в воинскую часть, углубленных и контрольных медицинских осмотров, медицинского наблюдения в процессе боевой подготовки и диспансерного динамического наблюдения;

- проверку выполнения должностными лицами и отдельными военнослужащими требований по сохранению и укреплению здоровья личного состава;

- осуществление постоянного контроля за состоянием здоровья личного состава, участвующего в организации питания и водоснабжения;

- разработку предложений по организации профилактических и противоэпидемических мероприятий в меняющихся условиях оперативно-боевой и медицинской обстановки;

- оценку соблюдения санитарных правил на объектах военного труда, питания, водоснабжения, размещения, банно-прачечного обслуживания, при содержании территории;

- применение мер пресечения санитарных правонарушений и привлечение к ответственности лиц их совершивших.

Результаты, полученные в процессе медицинского контроля, анализа состояния здоровья и заболеваемости личного состава, эпидемиологического обследования и санитарно-эпидемиологической разведки являются основанием объективной оценки **санитарно-гигиенического состояния**

**части (соединения)** на определенный период.

### **15.3 Задачи санитарно-эпидемиологического центра.**

Санитарно-эпидемиологический центр осуществляет санитарный надзор в масштабе Вооруженных Сил Республики Беларусь.

Его задачами являются:

- изучение, учет, анализ и прогнозирование состояния здоровья личного состава в связи с условиями его учебно-боевой деятельности, труда и быта;

- осуществление надзора за соблюдением санитарно-эпидемиологического законодательства в Вооруженных Силах, проведении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, соблюдением действующих санитарных правил и норм командирами (начальниками), другими должностными лицами;

- выявление причин и условий возникновения и распространения инфекционных, массовых неинфекционных заболеваний, отравлений и других нарушений здоровья военнослужащих;

- разработку обязательных для исполнения должностными лицами и всеми военнослужащими предложений по проведению мероприятий, обеспечивающих санитарно-эпидемическое благополучие войск;

- обеспечение информацией Министра обороны Республики Беларусь и его заместителей, начальников управлений и служб, командиров соединений, учреждений и воинских частей о состоянии среды обитания, условиях учебно-боевой деятельности, состоянии здоровья военнослужащих, санитарно-эпидемической обстановке в воинских коллективах и местах дислокации воинских частей;

- ретроспективный и оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости;

- применение санкций при нарушении санитарно-эпидемиологического законодательства и привлечение к ответственности лиц, их совершивших;

- ведение учета и анализа инфекционных, массовых неинфекционных заболеваний и отравлений, связанных с неблагоприятным влиянием на здоровье личного состава условий военной службы;

### **15.4 Организационно-штатная структура и организация работы санитарно-эпидемиологического центра.**

В соответствии с организационно-штатной структурой в состав санитарно-эпидемиологического центра входят:

управление (командование, организационно-плановое отделение, финансовая служба, отделение материально-технического обеспечения);

основные подразделения (эпидемиологический отдел, санитарно-гигиенический отдел, отдел радиологии, токсикологии и гигиены военного труда, микробиологический отдел);

подразделения обеспечения (взвод обеспечения).

### **Организационная структура санитарно-эпидемиологического центра (учебная).**

<b><u>Управление</u></b>	
Командование	2
Организационно-плановое отделение	5
Финансовая служба	2
Отделение материально-технического обеспечения	2
<b>Итого:</b>	<b>11</b>
<b><u>Основные подразделения</u></b>	
Эпидемиологический отдел (6 врачей-эпидемиологов)	12
Санитарно-гигиенический отдел (6 врачей-гигиенистов)	10
Отдел радиологии, токсикологии и гигиены военного труда (2 врача-гигиениста, 1 врач-радиолог, 1 врач-токсиколог)	10
Микробиологический отдел (4 врача – бактериолога, 2 врача-лаборанта)	14
<b>Итого</b>	<b>46</b>
<b><u>Подразделения обеспечения</u></b>	
Взвод обеспечения (автомобильное отделение, отделение технического обслуживания)	18
<b>Итого</b>	<b>18</b>

Организация работы центра заключается в сборе, обработке и анализе информации, характеризующей здоровье военнослужащих с использованием современных информационных технологий. Разработка и подготовка на основе анализа адекватных управленческих решений на уровне Министерства обороны.

Организация и контроль над работой санитарно-эпидемиологических лабораторий соединений и медицинской службой воинских частей по осуществлению постоянного мониторинга за санитарно-эпидемическим состоянием территории и здоровьем военнослужащих.

Оказание организационной и консультативно-методической помощи санитарно-эпидемиологическим лабораториям.

Осуществление надзора за соблюдением санитарно-эпидемиологического законодательства, а также контроль за организацией и проведением санитарно-гигиенических, противоэпидемических и противорадиационных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья военнослужащих, профилактику инфекционных и профессиональных заболеваний лиц, работающих в условиях воздействия неблагоприятных факторов среды обитания;

- подготовка и внесение в установленном порядке соответствующим должностным лицам Вооруженных Сил Республики Беларусь предложений о выполнении санитарно-эпидемиологического законодательства;
- реализация мер по профилактике заболеваний военнослужащих, служащих Вооруженных Сил Республики Беларусь путем предупреждения, об-

нарушения и пресечения нарушений санитарно-эпидемиологического законодательства;

- обеспечение должностных лиц Вооруженных Сил Республики Беларусь информацией о состоянии среды обитания, условиях учебно-боевой деятельности, состоянии здоровья военнослужащих, служащих Вооруженных Сил Республики Беларусь и санитарно-эпидемической обстановке;

- методическое руководство гигиеническим обучением и воспитанием военнослужащих в целях формирования у них навыков и потребности в здоровом образе жизни;

- осуществление системы специальных наблюдений, оценки и прогнозирования состояния здоровья военнослужащих, служащих Вооруженных Сил Республики Беларусь в зависимости от состояния среды обитания человека и условий его жизнедеятельности, разработка комплекса оздоровительно-профилактических мероприятий по предотвращению и устранению неблагоприятного воздействия на организм военнослужащих факторов среды их обитания;

- организация санитарно-эпидемиологического нормирования факторов среды обитания и обеспечения в установленном порядке рассмотрения вопросов охраны здоровья военнослужащих, служащих Вооруженных Сил Республики Беларусь в связи с воздействием на них неблагоприятных факторов среды обитания и условий жизнедеятельности.

## ГЛАВА 16

### ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ) 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. В прошлом, передвижение применялось вне поля боя и проводилось в период подготовки, теперь же оно стало неотъемлемой частью боя. Сейчас различные способы передвижения широко применяются при выдвигении войск в районы боевых действий, при перегруппировках и маневре силами и средствами, проводимых с различными целями при подготовке и в ходе боя.

### **16.1. Условия деятельности медицинской службы соединения (воинской части) при передвижении.**

Условия деятельности медицинской службы определяются, прежде всего, характером предстоящего марша – в предвидении вступления в бой или вне угрозы столкновения с противником, построением походного порядка, протяженностью, количеством и состоянием маршрутов движения, характером местности, погодой, временем года и суток, наличием в полосе или на маршрутах движения медицинских пунктов или лечебных организаций.

Походный порядок соединения (воинской части) включает передовой отряд, походное охранение, подразделения обеспечения движения, колонны главных сил и колонны подразделений технического обеспечения и тыла. Колонны главных сил соединения (воинской части) на марше расчленяются на колонны батальонов, рот, взводов.

Построение походного порядка соединения (воинской части) для марша в предвидении вступления в бой определяется поставленной задачей, замыслом предстоящего боя, количеством маршрутов и другими условиями обстановки. Оно должно обеспечить совершение марша в назначенные сроки, сохранение боеспособности войск при нанесении противником ядерных ударов и воздействии по ним химическим и обычным оружием, быстрое развертывание их в боевой порядок. Походный порядок соединения (воинской части) для марша вне угрозы столкновения с противником строится с учетом удобств движения, достижения высокой маршевой скорости, наименьшего напряжения сил личного состава и сохранения боевой техники.

Медицинские подразделения медицинской службы соединения (воинской части), рассредоточенные по колоннам войск, совершающих марш, должны быть в состоянии самостоятельно решать задачи по медицинскому обеспечению во время передвижения и в районах сосредоточения. Поэтому их следует заблаговременно усиливать необходимыми силами и средствами, имеющимися в распоряжении вышестоящего начальника медицинской службы.

**При организации медицинского обеспечения соединения (воинской части) на марше необходимо учитывать:**

- задачи марша и условия его совершения (в предвидении вступления в бой или вне угрозы столкновения с противником, направление движения - к фронту, вдоль фронта, от фронта в тыл);
- протяженность и количество маршрутов движения (размер полосы движения);
- характер местности, состояние дорог, погоду, время года и суток;
- организацию марша (величина суточного перехода, средняя скорость движения, количество и рубежи привалов, место и время дневного, ночного и суточного отдыха);
- построение походного порядка соединения на марше (состав и задачи передового отряда, походного охранения и замыкания колонн, построение колонн главных сил, а также воинских частей и подразделений технического обеспечения и тыла);
- возможность возникновения до начала и в ходе марша санитарных потерь, в том числе от ОМП;
- перемещение вместе с основными силами соединений (воинских частей) их военных медицинских частей и подразделений и необходимость своевременного их прибытия в назначенный район в готовности к выполнению поставленных задач;
- санитарно-гигиеническое и эпидемическое состояние маршрутов (полосы) движения и районов, к ним прилегающих; наличие на маршрутах (в полосе) движения военных медицинских частей и подразделений других соединений (воинских частей) и лечебных организаций Министерства здравоохранения.

**Медицинское обеспечение марша включает:**

- *организацию и проведение медицинской разведки маршрутов, районов привалов, дневного (ночного) отдыха;*
- *медицинский контроль 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.*

Марш может осуществляться к фронту, вдоль фронта или от фронта в тыл. Во всех случаях марш совершается, скрыто, как правило, ночью или в других условиях ограниченной видимости, а в ходе боевых действий и в глубоком тылу своих войск – и днем.

В предвидении вступления в бой соединению (воинской части) назначается обычно не менее двух основных маршрутов, а при совершении марша на большие расстояния вне угрозы столкновения с наземным про-

тивником – один-два основных маршрута. Колонны главных сил соединения (воинской части) на марше расчленяются по глубине на колонны батальонов. Дистанции между батальонами – 2-3 км, между машинами – 25-50 м. Величина суточного перехода бригады может быть: для смешанных колонн – до 300 км, для автомобильных – до 400 км. Средняя скорость движения смешанных и танковых колонн без учета времени на привалы может быть 25-30 км/ч, автомобильных – 30-40 км/ч и более.

Медицинские подразделения соединений (воинских частей), рассредоточенные по колоннам войск, совершающих марш, должны быть в состоянии самостоятельно решать задачи по медицинскому обеспечению во время передвижения, при завязке 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.

### **16.2. Задачи и деятельность медицинских подразделений воинской части при подготовке к передвижению.**

При подготовке марша медицинская служба соединения (воинской части) проводит следующие мероприятия:

- выявляет среди военнослужащих больных, неспособных по состоянию здоровья совершать марш, планирует и организует медицинское обеспечение марша, организует медицинскую разведку;
- высвобождает военные медицинские части и подразделения от раненых и больных, свертывает их и готовит к передвижению, усиливает санитарными транспортными средствами МП воинских частей и подразделений; выделяет необходимые силы и средства медицинской службы в передовой отряд, походное охранение и замыкание;
- распределяет силы и средства медицинской службы по походным колоннам, пополняет запасы медицинского имущества;
- осуществляет подготовку к маршу транспортных средств медицинских подразделений соединений (воинских частей).

До начала марша первая помощь (медицинская) раненым и больным оказывается в подразделениях. Для оказания доврачебной и первой врачебной помощи в районах расположения воинских частей и подразделений развертываются МП. В районе размещения тыла соединения развертывается омеда частью сил и средств. Эвакуация раненых и больных осуществляется в ВПГ и лечебные организации Министерства здравоохранения.

*При планировании медицинского обеспечения соединения (воинской части) на марше определяются:*

- задачи медицинской разведки, силы и средства, выделяемые для ее проведения, и порядок проведения;
- силы и средства медицинской службы для развертывания временных медицинских пунктов, время, место их развертывания и порядок работы;
- организация выдвижения медицинских подразделений.

Планирование медицинского обеспечения соединения на марше осуществляется на весь период его проведения. При совершении марша на большое расстояние задачи военным медицинским частям и подразделениям ставятся только на первый суточный переход, на каждый последующий переход задачи уточняются в районе отдыха.

*Медицинская разведка* организуется начальником медицинской службы в соответствии с общим планом организации разведки в интересах соединения (воинской части). Для этого в состав каждой рекогносцировочной группы включается медицинский персонал.

**Основной целью медицинской разведки на марше является:**

изучение санитарно-гигиенического и санитарно-эпидемического состояния маршрутов движения, районов привалов дневного (ночного) отдыха и районов сосредоточения;

обнаружение и обозначение эпидемических очагов; выбор мест для развертывания временных медицинских пунктов;

определение медицинских подразделений соединений (воинских частей), которые могут быть использованы в интересах медицинского обеспечения соединения на марше;

определение путей эвакуации раненых и больных в ходе марша.

В ходе медицинской разведки оценивается также состояние дорог, по которым будет осуществляться эвакуация раненых и больных на марше, выбираются места (районы) для возможного развертывания временных медицинских пунктов, выявляются медицинские учреждения вблизи маршрутов движения, в которые возможна эвакуация раненых и больных. Медицинская разведка должна быть организована с таким расчетом, чтобы до подхода главных сил не только получить необходимые сведения о данном районе, но и провести на их основе необходимые неотложные мероприятия.

Таким образом, при подготовке к маршу начальник медицинской службы соединения (воинской части) планирует организацию медицинского обеспечения соединения (воинской части) на марше, распределяет силы и средства медицинской службы по походным колоннам. В этот период медицинская служба должна выявить больных, которые не могут следовать с войсками. Они эвакуируются в лечебные организации, указанные вышестоящим начальником медицинской службы. Медицинские пункты воинских частей (подразделений) высвобождаются от раненых и больных, свертываются и готовятся к маршу. Все медицинские подразделения меди-

цинской службы пополняют запасы медицинского имущества. Подразделения, выделяемые в состав передового отряда, походного охранения, усиливаются медицинским составом, имуществом и транспортом: батальон — врачом с необходимым медицинским имуществом для оказания первой врачебной помощи (автоперевязочной), усиленная рота — фельдшером с имуществом для оказания доврачебной помощи.

**Медицинское обеспечение в ходе марша включает:**

- организацию и проведение медицинской разведки маршрутов, районов привалов, дневного (ночного) отдыха;*
- санитарный надзор за соблюдением личным составом соединения (воинской части) гигиенических требований при подготовке и в ходе марша;*
- лечебно-эвакуационные мероприятия при подготовке и в ходе марша и на рубежах возможной встречи с противником;*
- противоэпидемические мероприятия в войсках и на маршрутах движения.*

При совершении марша в предвидении вступления в бой с ходу задача ведения медицинской разведки в интересах соединения (воинской части) возлагается на передовой отряд. В этом случае, медицинский состав, выделенный для проведения медицинской разведки, может следовать совместно с передовым отрядом. 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.

*Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.* При совершении маршей, особенно на большие расстояния, личный состав подвергается воздействию ряда неблагоприятных факторов (сотрясение, толчки, ускорение, шум, плохие погодные условия, пыль, длительное вынужденное положение тела и др.). Следствием комбинированного воздействия указанных факторов могут быть укачивание, утомление, снижение работоспособности и боеспособности личного состава. В холодное время года, особенно при низкой температуре воздуха и сильном ветре, возрастает опасность переохлаждения организма, возникновения простудных заболеваний и обморожений. Поэтому санитарно-гигиенические мероприятия включают, прежде всего, санитарный надзор за соблюдением гигиенических требований к организации и проведению марша. Для сбережения сил личного состава, отдыха, приема пищи в ходе марша через каждые 3-4 часа движения назначаются привалы продолжительностью до одного часа и один привал продолжительностью до двух часов во второй половине суточного перехода. В конце каждого суточного перехода назначается дневной (ночной) отдых, а при совершении марша на большое расстояние (более одного суточного перехода) через каждые 3-5 переходов при необходимости может назначаться суточный отдых.

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 рукавах, застегивание воротников, а при возможности – купание личного состава во время привалов.

При совершении марша в жаркое время года медицинская служба должна проверять выполнение мероприятий по профилактике тепловых и солнечных ударов, а в зимнее время – по предупреждению обморожений. С этой целью осуществляется контроль за оборудованием автомобилей тентами и обеспечением личного состава войск теплым обмундированием, горячей пищей и чаем, назначением привалов в защищенных от ветра местах с организацией, по возможности, обогрева личного состава. Для защиты ног от охлаждения на дно кузовов автомобилей укладывается подстилка из утепляющего материала (солома, сено, хвойные ветки и т. п.), а в обувь вкладываются войлочные стельки. Обувь и портянки должны быть сухими.

Для предупреждения отравлений личного состава выхлопными газами необходимо осуществлять контроль за соблюдением дистанций между автомобилями, глушение моторов во время привалов, размещение личного состава для отдыха с наветренной стороны. На марше сохраняют свое значение и такие мероприятия, которые проводятся во всех условиях обстановки (санитарный надзор за питанием и водоснабжением войск, за обеспечением личного состава противопаразитарными средствами и др.).

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 проводятся те или иные мероприятия. После получения данных санитарно-эпидемиологической разведки начальник медицинской службы докладывает командованию о дополнительных мероприятиях, которые необходимо провести на привалах и местах отдыха, инструктирует медицинский состав о мероприятиях медицинского характера. Следует обращать особое внимание на своевременное выявление и изоляцию инфекционных больных, ограничение (при необходимости – исключение) контакта личного состава с местным населением, проведение (при наличии показаний) полной санитарной обработки личного состава с дезинфекцией белья и обмундирования.

*Организация лечебно-эвакуационных мероприятий.* При совершении марша комбинированным способом вблизи районов погрузки войск на транспортные средства по указанию начальника медицинской службы соединения (воинской части) могут развертываться временные медицинские пункты (ВМП) и посты санитарного транспорта (ПСТ) для оказания раненым и больным медицинской помощи и их последующей эвакуации в ближайшие лечебные учреждения.

*При организации медицинского обеспечения соединения (воинской части) 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 нашими войсками встречного боя, а также в случае перехода войск к активным боевым действиям в районе сосредоточения непосредственно с марша.*

МПБ со средствами усиления, выделенными начальником медицинской службы соединения (воинской части), совершают марш в составе батальонных колонн. Вместе с МПБ передового отряда, а также батальона, совершающего марш в голове колонны главных сил соединения, должен следовать санитарный транспорт омеда, выделенный начальником медицинской службы. Этот транспорт предназначен для эвакуации раненых и больных из указанных подразделений в омеда, ВПП или ближайшие лечебные организации при возникновении санитарных потерь в ходе встречного боя или в результате воздушного нападения противника во время движения и т. д. Приложение 3.

Отдельный медицинский отряд следует совместно с частью технических и автомобильных подразделений с горючим и боеприпасами непосредственно за одним из головных батальонов в готовности к развертыванию. Медицинский пункт батальона, выделенный в передовой отряд соединения (воинской части), как правило, следует за ним в готовности к развертыванию при вступлении в бой главных сил.

При совершении марша в условиях отсутствия угрозы столкновения с противником военные медицинские части и медицинские подразделения вместе с другими частями (подразделениями) технического обеспечения и тыла движутся самостоятельными колоннами за главными силами по одному - двум маршрутам на удалении 2-3 км.

Таким образом, порядок передвижения военных медицинских частей и подразделений во всех случаях должен обеспечивать своевременное развертывание омеда и МП при встрече воинских частей и подразделений соединения с противником и вступлении их в бой, сохранение их боеспособности.

Военные медицинские части и подразделения совершают марш:

МП - в составе колонны своих воинских частей (подразделений), обычно в голове подразделений тыла и технического обеспечения, а в предвидении вступления в бой - за боевыми подразделениями, предназначенными для действий в первом эшелоне;

омедо - в составе колонны тыла соединения за его главными силами, а в предвидении вступления в бой - непосредственно за одним из головных батальонов в готовности к развертыванию.

### **16.3. Задачи и деятельность штатного медицинского персонала и медицинских подразделений воинской части в ходе передвижения.**

В ходе марша первая помощь (медицинская) 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, в зависимости от конкретных условий и их состояния, остаются в боевых машинах (автомобилях) до районов привалов, дневного, ночного отдыха, а затем эвакуируются в МП или передаются в ходе марша на санитарный транспорт, следующий с МП или в замыкании соединения (боевые машины, автомобили, в которых находятся раненые и больные, по разрешению командира останавливаются на обочине дороги, раненые и больные извлекаются из них, укрываются, обозначаются заметными указателями и остаются на месте до подхода санитарного транспорта или передаются на этот транспорт непосредственно).

После передачи раненых и больных на санитарный транспорт, они эвакуируются в ближайшие к маршруту движения военные медицинские части и медицинские подразделения.

Военные медицинские части и медицинские подразделения, развернутые на маршрутах движения медицинской службой соединений (объединений), по территории которых совершается марш, заблаговременно готовятся к приему раненых и больных. При отсутствии на маршрутах движения таких военных медицинских частей и подразделений, для оказания раненым и больным медицинской помощи и подготовки их к дальнейшей эвакуации медицинской службой соединения за счет сил и средств омедо и МП своих соединений (воинских частей) через каждые 60 - 80 км (в районах привалов, дневного или ночного отдыха) развертываются временные медицинские пункты. Силы и средства, предназначенные для их развертывания, выдвигаются на марше за передовым отрядом (авангардом). К районам привалов, дневного, ночного отдыха воинских частей и подразделений временные медицинские пункты могут выдвигать посты санитарного транспорта.

Временные медицинские пункты (ВМП) развертываются через каждые 40-80 км (в районах привалов, дневного или ночного отдыха). Они предназначены для оказания раненым и больным первой врачебной помощи и подготовки их к дальнейшей эвакуации. Средства, выделенные для ВМП, продвигаются на марше за авангардом и развертываются до подхода к данному району или рубежу колонны главных сил бригады. В состав ВМП обычно включаются: врач, 1-2 санитарных инструктора или фельдшера, 1-2 санитаря. Временные медицинские пункты обеспечиваются медицинским имуществом для оказания первой врачебной помощи, санитарным и грузовыми автомобилями, а также средствами связи. Количество развертываемых на марше ВМП определяется протяженностью и количеством маршрутов, наличием и состоянием дорог. Районы развертывания этих пунктов выбирают ближе к маршруту, по которому движутся главные силы соединения (воинской части), но с учетом возможности эвакуации и с других маршрутов.

Свертывается временный медицинский пункт после прохождения рубежа, на котором он развернут, главными силами соединения (воинской части). При наличии на маршруте движения медицинских пунктов войск, в полосе которых совершается марш, временные медицинские пункты могут не развертываться.

Из временных медицинских пунктов раненые и больные эвакуируются в ближайшие к маршрутам движения омеда, ВПП и лечебные организации Министерства здравоохранения.

При применении противником ОМП по колоннам соединения (воинской части), подразделения, сохранившие боеспособность, продолжают движение. В очагах массовых санитарных потерь спасательные работы проводятся силами подразделений, назначаемых для ликвидации последствий применения противником ОМП, в состав которых включаютсяцелевшие МП подразделений и воинских частей, подвергшихся нападению. Пораженным оказывается первая медицинская и первая врачебная помощь, после чего они эвакуируются в ближайшие лечебные организации.

После прохождения колонн соединения временные медицинские пункты свертываются и следуют за воинскими частями технического обеспечения и тыла в составе замыкания колонн.

По прибытии соединения (воинской части) в район сосредоточения начальник медицинской службы 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 лишь часть сил и средств медицинской службы. С началом боевых действий медицинское обеспечение соединения (воинской

части) строится в соответствии с боевой задачей, поставленной войскам, и конкретно складывающейся обстановкой.

На марше, как правило, возникают значительные трудности при организации управления медицинской службой из-за отсутствия проводной связи и ограничения работы радиосредств. Поэтому связь на марше обеспечивается подвижными средствами, средствами комендантской службы, а в подразделениях, кроме того, и сигнальными. Радиосредства работают только на прием. В предвидении встречного боя, при совершении марша начальник медицинской службы соединения (воинской части) в интересах своевременного принятия решения и постановки задач подчиненным в короткие сроки, обычно находится на командном пункте соединения с целью получения своевременной и наиболее полной информации об изменениях боевой, тыловой и медицинской обстановки, а при совершении марша вне угрозы столкновения с противником начальник медицинской службы соединения (воинской части) находится, как правило, на тыловом пункте управления, который движется в голове колонны воинских частей (подразделений) технического обеспечения и тыла.

## **ГЛАВА 17. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ) В ОБОРОНИТЕЛЬНОМ БОЮ**

Современный оборонительный бой характеризуется глубоким эшелонированием обороняющихся войск и рассредоточенным расположением их на местности, высокой маневренностью, напряженностью, скоротечностью и динамичностью боевых действий, мощным огневым воздействием противника на всю глубину обороны воинской части, возможностью применения ядерного и других видов оружия массового поражения.

### **17.1 Условия деятельности медицинской службы соединения (воинской части) в оборонительном бою.**

В оборонительном бою организацию медицинского обеспечения соединения (воинской части) 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 развертывания 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, от-

дельный медицинский отряд 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 соединения (воинской части) 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 соединения (воинской части).

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.

5. 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 все: от начальника медицинской службы соединения (воинской части) до санитарных инструкторов 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 порядков 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 отдельном медицинском отряде, вплоть до выполнения (при чрезвычайных обстоятельствах) неотложных мероприятий первой врачебной помощи.

## **17.2 Порядок планирования медицинского обеспечения соединения (воинской) части в оборонительном бою**

Подготовка медицинской службы к медицинскому обеспечению соединения (воинской части) в бою начинается с момента получения задачи от командира соединения (воинской части) и проводится одновременно с подготовкой подразделений соединения (воинской части) к обороне. **Содержание и объем проводимых мероприятий зависят от** условий перехода к обороне, времени до начала боя, замысла командира на организацию обороны, наличия и состояния сил и средств медицинской службы, а также путей подвоза и эвакуации, организации тыла, характера местности, времени года и погодных условий и других факторов.

Время готовности медицинской службы соединения (части) к работе определяется сроком готовности войск, а если занятие обороны производится со сменой других частей — временем занятия частью обороны.

**Основным содержанием работы начальника медицинской службы в подготовительный период являются:**

- планирование и организация медицинского обеспечения части в бою;
- подготовка подчиненных сил и средств к работе;
- усиление медицинских пунктов батальонов силами и средствами сбора и эвакуации раненых и больных;

- организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- проведение мероприятий по медицинской защите личного состава от воздействия факторов радиационной, химической и биологической природы;
- доукомплектование подразделений медицинской службы личным составом, имуществом, транспортом и другими средствами;
- обеспечение личного состава индивидуальными средствами оказания первой медицинской помощи и обучение пользованию ими;
- боевая подготовка личного состава медицинской службы;
- организация взаимодействия и управления.

С получением боевой задачи начальник медицинской службы соединения (воинской части) принимает решение на применение подчиненных сил и средств в бою, докладывает его командиру соединения (воинской части), осуществляет планирование медицинского обеспечения части в предстоящем бою и утверждает план у командира. После этого он доводит задачи до подчиненных, организует взаимодействие между различными звеньями медицинской службы и осуществляет контроль и помощь подчиненным в выполнении стоящих задач.

В последующем, начальник медицинской службы проводит медицинскую разведку (рекогносцировку) на наиболее важных участках обороны. В рекогносцировке, кроме начальника медицинской службы, принимают участие начальники отдельного медицинского отряда и медицинских пунктов батальонов. В ходе рекогносцировки намечаются рубежи или места развертывания медицинских пунктов батальонов, пути эвакуации из МПб в омеда, место развертывания отдельного медицинского отряда и запасной площадки для него.

Во время рекогносцировки начальник медицинской службы соединения (воинской части) уточняет подчиненным их задачи и организует взаимодействие по вопросам розыска и сбора раненых на поле боя, оказания им первой помощи и эвакуации; работы медицинских пунктов батальонов и , а также приданных сил и средств медицинской службы; непрерывности и последовательности оказания всех видов медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации; медицинского обеспечения подразделений, действующих на передовой позиции, а также участвующих в контратаках; использования сил и средств медицинской службы при ликвидации последствий применения противником ОМП и т. д.

Подготовка к работе отдельного медицинского отряда и медицинских пунктов батальонов осуществляется начальниками этих подразделений. При этом проводятся следующие мероприятия:

- высвобождение медицинских пунктов от раненых и больных;
- обеспечение их медицинским имуществом, доукомплектование личным составом, материальными средствами и транспортом;

-перемещение медицинских пунктов в новые районы и их развертывание в соответствии с планом медицинского обеспечения соединения (воинской части);

инженерное оборудование медицинских пунктов;

-организация боевого слаживания функциональных подразделений отдельного медицинского отряда и медицинских пунктов батальонов и др.

### **17.3 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.

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 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 соединения (воинской части)) 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 соединения (воинской части), начальник медицинского пункта 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. Так же 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 2,5-3км от переднего края. Оборудование укрытия для МПБ включается командиром батальона в перечень инженерных работ первой очереди.

Санитарные инструкторы, 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 соединения (воинской части)** 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 согласовывает с командиром соединения место развертывания отдельного медицинского отряда и запасной район для его развертывания.

С начальником инженерной службы он согласует объем, характер и очередность инженерных работ, необходимых для размещения медицинских пунктов батальонов, оборудования путей эвакуации, распределяет средства усиления по батальонам и ставит задачи подчиненным.

**Отдельный медицинский отряд** разворачивается в глубине второго эшелона соединения, в районе развертывания подразделений тыла соединения, с учетом защитных и маскирующих свойств местности. Одновременно готовится и оборудуется запасная площадка.

До начала ведения оборонительного боя подразделениями соединения, начальник медицинской службы направляет в батальоны часть сил и средств из отдельного медицинского отряда для сбора и вывоза раненных. Часть санитарных автомобилей отдельного медицинского отряда 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 соединения (воинской части).

#### **17.4 Задачи и деятельность медицинских подразделений соединения (воинской части) в ходе оборонительного боя».**

В ходе оборонительного боя основное внимание уделяется организации своевременного сбора, выноса и вывоза, раненых с поля боя, оказанию им медицинской помощи в установленном объеме и эвакуации их в тыл. Приложение 4.

Стрелки-санитары взводов оказывают раненым первую помощь и укрывают их от повторных поражений, используя для этого оборонительные сооружения, а также защитные свойства местности. Санитарные инструкторы рот на медицинских постах рот оказывают раненым первую помощь и организуют их погрузку в санитарный транспорт для эвакуации в тыл. Эвакуация раненых от поста санитарного транспорта до медицинского пункта батальона или непосредственно до отдельного медицинского от-

ряда осуществляется санитарным транспортом, а также автомобилями, выделенными для этой цели командованием.

В случае вклинения противника в оборону наших войск принимаются меры к тому, чтобы обеспечить скорейший вынос (вывоз) всех раненых с поля боя. Для этого используются силы и средства, имеющиеся в распоряжении начальника медицинской службы соединения (воинской части), а также средства командования вплоть до привлечения для этой цели личного состава и боевых машин отходящих подразделений. При необходимости вынос раненых с поля боя прикрывается огнем обороняющихся подразделений. Для эвакуации раненых из районов, обстреливаемых противником, могут использоваться бронетранспортеры и боевые машины пехоты.

Из медицинского пункта батальона раненых и больных после оказания им доврачебной помощи эвакуируют в отдельный медицинский отряд.

В отдельном медицинском отряде в зависимости от обстановки раненым и больным оказывается первая врачебная помощь в полном объеме, с элементами квалифицированной, либо она сокращается до проведения неотложных мероприятий по жизненным показаниям. В исключительных случаях при значительном вклинении противника в нашу оборону и необходимости срочного перемещения отдельного медицинского отряда в новый район по условиям боевой обстановки в омеде может оказываться лишь первая врачебная помощь.

Таким образом, при вынужденном перемещении медицинских пунктов непрерывность в оказании медицинской помощи раненым и больным и их эвакуация обеспечивается проведением различных видов маневра — изменением вида или объема оказываемой медицинской помощи, переключением потока раненых и больных на другие этапы медицинской эвакуации, одномоментной эвакуацией всех раненых и больных с использованием общевойскового транспорта и др.

Начальник медицинской службы соединения (воинской части) принимает активное участие в организации и проведении лечебно-эвакуационных мероприятий в ходе оборонительного боя. С этой целью он должен быть постоянно ориентирован в боевой обстановке, знать число раненых, находящихся в подразделениях и в омеде, их лечебно-эвакуационную характеристику, принимать меры по своевременному оказанию медицинской помощи раненым и их эвакуации в тыл.

В частности, при перемещении медицинских пунктов батальонов раненые из ротных опорных пунктов или с постов санитарного транспорта направляются непосредственно в отдельный медицинский отряд. При перемещении отдельного медицинского отряда соединения распоряжением начальника медицинской службы оперативного командования эвакуация раненых переключается на медицинские пункты других частей.

Медицинские подразделения перемещаются, как правило, на последующий оборонительный рубеж только с разрешения соответствующих командиров. Лишь в крайних случаях, при непосредственной угрозе выхода противника в район расположения отдельного медицинского отряда, или при сильном огневом воздействии противника и отсутствием связи с командным пунктом, перемещение отдельного медицинского отряда может быть осуществлено решением начальника отдельного медицинского отряда с последующим докладом по команде.

### **17.5 Организация медицинского обеспечения обороны соединения (воинской части) в особых условиях.**

**В ходе организации медицинского обеспечения соединения (воинской части) при его отходе необходимо учитывать:**

- цель отхода, сроки его подготовки и проведения;
- удаление промежуточных и конечных рубежей отхода;
- построение боевого порядка, задачи воинских частей;
- порядок выхода из боя и способы отхода;
- организацию обороны на промежуточных рубежах, сроки их занятия и удержания;
- порядок занятия конечного рубежа и задачи соединения (воинской части) после совершения отхода;
- наличие раненых и больных в подразделениях и на этапах медицинской эвакуации;
- состояние сил и средств медицинской службы и другие условия обстановки.

При подготовке соединения (воинской части) к отходу организуется высвобождение от раненых и больных военных медицинских частей и подразделений и их свертывание, планируется и организуется медицинское обеспечение отхода.

Для высвобождения военных медицинских частей и подразделений сокращается объем медицинской помощи, оказываемой раненым и больным, осуществляется их быстрейшая эвакуация всеми видами транспорта. Эвакуация раненых и больных из МП ведется в военные медицинские части и организации, развернутые за конечным рубежом отхода и близлежащие лечебные организации Министерства здравоохранения. В случае отхода обороняющихся войск и перемещения МП непрерывность в оказании медицинской помощи достигается, как правило, переключением потока раненых на другие этапы медицинской эвакуации (маневр потоком эвакуируемых).

Перемещение омеда в новый район осуществляется только с разрешением соответствующего командира. В чрезвычайных обстоятельствах, при непосредственной угрозе выхода противника в район развернутого

омедо или при сильном огневом воздействии противника и отсутствии возможности доложить командиру об обстановке, перемещение омедо может быть осуществлено распоряжением начальника медицинской службы соединения или начальником омедо. При этом принимаются меры к быстрейшему докладу командиру и старшему медицинскому начальнику о перемещении омедо.

В случае невозможности эвакуации раненых и больных из медицинских подразделений они эвакуируются вместе с подразделениями.

При планировании медицинского обеспечения отхода соединения (воинской части) основное внимание уделяется организации медицинского обеспечения подразделений прикрытия, арьергардов, главных сил, а также организации отвода омедо, МПб.

Подразделения прикрытия усиливаются силами и средствами сбора, вывоза и эвакуации, раненых и больных за счет медицинской службы подразделений, от которых они выделяются. После оказания раненым и больным первой медицинской помощи они эвакуируются в МПб арьергарда, МПб главных сил, развернутые за промежуточным рубежом отхода, или следуют за своими подразделениями, отводимыми с занимаемых позиций.

Арьергард соединения усиливается силами и средствами сбора, вывоза и эвакуации раненых и больных, и, при необходимости, медицинским персоналом омедо. МПб размещается за боевым порядком своих подразделений.

При отходе главных сил первая помощь (медицинская) раненым и больным оказывается непосредственно в боевых машинах (автомобилях) в порядке само- и взаимопомощи, санитарями и санитарными инструкторами рот. Раненые и больные следуют в этих боевых машинах (автомобилях) до конечного (промежуточного) рубежа отхода и появления возможности их эвакуации в МПб.

Медицинское обеспечение подразделений, ведущих бой на промежуточных рубежах, организуется так же, как и в обороне.

Отвод медицинских подразделений начинается одновременно с началом отхода подразделений, в состав которых они входят. Военные медицинские части и подразделения отводятся за назначенные рубежи (в районы), как правило, раньше боевых частей и подразделений. Отдельный медицинский отряд отводится впереди главных сил соединения сразу за конечный рубеж отхода соединения или в назначенное для развертывания место за промежуточным рубежом отхода соединения. При развертывании омедо за промежуточным рубежом раненым и больным оказывается первая врачебная помощь, и осуществляются неотложные мероприятия квалифицированной медицинской помощи в установленном объеме.

Медицинские пункты воинских частей и подразделений главных сил следуют впереди своих воинских частей. В зависимости от организации

отхода они сразу отводятся за конечный рубеж отхода или последовательно разворачиваются за промежуточными рубежами после занятия этих рубежей своими воинскими подразделениями.

При подготовке к отходу и в ходе его, эвакуация раненых и больных осуществляется транспортными средствами военных медицинских частей и подразделений, транспортными средствами общего назначения и, при необходимости, боевыми машинами. Военные медицинские части и подразделения должны быть постоянно готовы к эвакуации находящихся в них раненых и больных за собой.

С выходом на конечный рубеж отхода в зависимости от характера последующих действий воинской части медицинское обеспечение организуется применительно к его организации в наступлении или в обороне.

**При организации медицинского обеспечения соединения (воинской части), обороняющего крупный город, необходимо учитывать:**

организацию обороны (на подступах к городу или непосредственно в городе), расположение и оборудование районов обороны и опорных пунктов, инженерное оборудование обороны;

очаговый и напряженный характер боя по удержанию районов обороны и опорных пунктов;

трудности розыска и выноса раненых и больных, находящихся в развалинах зданий, подвальных помещениях, под завалами, в очагах пожаров;

трудности эвакуации раненых и больных, связанные с огневым воздействием противника, завалами и заграждениями улиц, а также возможность прекращения эвакуации раненых и больных из отдельных районов обороны и опорных пунктов, блокированных противником, из медицинских подразделений;

необходимость расширения объема медицинской помощи раненым и больным в МПб;

возможность ухудшения санитарно-эпидемического состояния.

Военные медицинские части и подразделения в зависимости от размеров города разворачиваются при обороне на подступах к городу - на его окраине, а при обороне непосредственно в городе - внутри его. Для развертывания используются имеющиеся защитные сооружения, подвалы и полуподвальные помещения каменных зданий, тоннели и другие инженерные сооружения.

Начальник медицинской службы соединения (воинской части) совместно с местными органами здравоохранения организуют проведение санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий, выявление, изоляцию и эвакуацию инфекционных больных среди военнослужащих и местного населения.

**При организации медицинского обеспечения соединения (воинской части), ведущего боевые действия в окружении, следует учитывать:**

особенности боевых действий (круговая оборона занимаемого района и прочное его удержание, высокая напряженность, решительность и активность боевых действий, изменчивость обстановки и широкий маневр силами и средствами, ведение воинскими частями и подразделениями автономных действий);

значительные санитарные потери и возможность их возникновения одновременно во всех воинских частях и подразделениях;

прекращение эвакуации раненых и больных из района, занимаемого соединением (воинской частью), по наземным коммуникациям, использование для эвакуации раненых и больных из этого района обратных рейсов вертолетов;

возможность нарушения эвакуации раненых и больных из МПб в омедо;

необходимость расширения объема медицинской помощи в МПб, омедо при невозможности эвакуации раненых и больных;

угрозу выхода противника к местам развертывания (размещения) военных медицинских частей и подразделений.

**В ходе организации медицинского обеспечения соединения (воинской части) при угрозе его окружения особое внимание уделяется:**

быстрой эвакуации всех раненых и больных за пределы возможного района окружения;

приближению МПб, омедо к боевым порядкам воинских частей (подразделений), их защите, охране и обороне;

оборудованию дополнительных помещений (укрытий) для размещения раненых и больных на случай прекращения эвакуации;

созданию повышенных запасов медицинского имущества;

усилению МПб средствами сбора, вывоза и эвакуации раненых и больных и, при необходимости, медицинским персоналом;

организации эвакуации раненых и больных из подразделений в МПб, и из МПб в омедо.

Омедо развертывается в центре района окружения соединения под прикрытием второго эшелона или общевойскового резерва, вблизи посадочной площадки, подготовленной для приема вертолетов. Район его размещения оборудуется как опорный пункт и включается в общую систему обороны соединения.

Первая помощь (медицинская) раненым и больным, их сбор, вывоз (вынос) из подразделений на медицинские посты рот при бое соединения (воинской части) в окружении осуществляются так же, как в обороне.

В случае нарушения регулярной эвакуации из районов окружения в МПб раненым и больным оказывается первая врачебная помощь в полном объеме, в омеде – квалифицированная медицинская помощь по неотложным показаниям.

При угрозе расчленения окруженной соединения (воинской части) на несколько группировок, МПб, которому предстоит действовать в отрыве от главных сил воинской части, усиливается силами и средствами омеда с учетом обеспечения возможности проведения в нем мероприятий первой врачебной помощи в полном объеме и неотложных мероприятий квалифицированной медицинской помощи.

Воздушным транспортом из района окружения в первую очередь эвакуируются раненые и больные, нуждающиеся в неотложных мероприятиях квалифицированной медицинской помощи, а также нетранспортабельные для автомобильного транспорта.

При организации медицинского обеспечения выхода из окружения соединения (воинской части) особое внимание уделяется:

организации медицинского обеспечения подразделений прорыва и прикрытия;

максимальному высвобождению медицинских подразделений от раненых и больных путем их эвакуации воздушным транспортом и подготовке оставшихся раненых и больных к транспортированию за собой;

организации выхода из окружения МПб, омеда.

Медицинские пункты подразделений прорыва и прикрытия усиливаются средствами сбора и эвакуации раненых и больных. Раненые и больные из них заблаговременно эвакуируются в омеда.

При выходе из окружения раненые и больные, появившиеся в воинских подразделениях прорыва и прикрытия, вывозятся этими воинскими подразделениями за собой. Для эвакуации раненых и больных используются все имеющиеся транспортные средства и боевые машины.

При выходе из окружения МПб следуют за своими подразделениями, совершающими прорыв, на коротких остановках оказывают раненым и больным медицинскую помощь и вывозят их за собой.

При невысоком темпе прорыва и значительных санитарных потерях, МПб могут развертываться полностью или частично. При МПб должен быть сосредоточен резерв транспортных средств, обеспечивающих своевременное его перемещение вместе с имеющимися ранеными и больными.

Отдельный медицинский отряд вместе с находящимися в ней ранеными и больными выходит из окружения в составе колонн тыловых подразделений вслед за войсками, совершающими прорыв. Для транспортировки раненых и больных кроме санитарных транспортных средств используются транспортные средства общего назначения и, при необходимости, боевые машины.

Выход военных медицинских частей и подразделений из окружения обеспечивается воинскими подразделениями прикрытия; непосредственное охранение военных медицинских частей и подразделений осуществляется их военнослужащими, а также легкоранеными и легкобольными, не потерявшими боеспособность.

Для медицинского обеспечения соединения (воинской части), вышедшего из окружения, кроме своих военных медицинских частей и подразделений используются силы и средства вышестоящего начальника медицинской службы, назначенные на усиление.

## **ГЛАВА 18. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ СОЕДИНЕНИЯ (ВОИНСКОЙ ЧАСТИ) В НАСТУПАТЕЛЬНОМ БОЮ**

Современный наступательный бой характеризуется высокими темпами наступления на широком фронте и на большую глубину, высокой маневренностью, напряженностью и непрерывностью боевых действий, возможностью применения высокоточного и других видов оружия массового поражения, различными способами перехода в наступление.

### **18.1 Условия деятельности медицинской службы соединения (воинской части) в наступательном бою.**

В современном наступательном бою условия работы медицинской службы значительно изменились и усложнились в связи с поступлением на оснащение войск качественно новых средств вооруженной борьбы, моторизацией войск и изменением характера боя.

**На организацию медицинского обеспечения соединения (воинской части) в наступательном бою оказывают существенное влияние следующие факторы:**

- условия перехода соединения (воинской части) в наступление (из непосредственного соприкосновения с противником или с выдвижением из глубины и развертыванием в боевой порядок для атаки с ходу);
- место соединения (воинской части) в боевом порядке оперативного командования;
- боевой порядок и задачи соединения (воинской части);
- предполагаемый размах боевых действий;
- боевой численный состав соединения (воинской части);
- состояние и возможности противника (построение обороны, вероятный характер боевых действий, возможности по применению различных видов оружия);
- наличие в полосе наступления потенциально опасных объектов;
- медико-географические и метеорологические условия;

*- прогноз величины и структуры санитарных потерь, их распределение по подразделениям с учетом построения боевого порядка и решаемых бригадой задач;*

*- состояние и наличие сил и средств медицинской службы, их соответствие предстоящему объему работы;*

*- состояние сил и средств тыла (состав, построение, наличие запасов материальных средств, транспортных коммуникаций);*

*- сроки подготовки к бою.*

Организация работы медицинских подразделений при подготовке и в ходе боевых действий основывается на общих принципах медицинского обеспечения войск, которыми следует руководствоваться с учетом особенностей наступательного боя.

**Основными из них являются:**

*рациональное (исходя из условий складывающейся обстановки) приближение сил и средств медицинской службы к обеспечиваемым подразделениям;*

*построение сил и средств медицинской службы в соответствии с задачами, направлениями действий, боевым порядком соединения (воинской части), ожидаемыми санитарными потерями;*

*сосредоточение основных усилий на обеспечении подразделений, действующих на направлении главного удара соединения (воинской части);*

*постоянная готовность медицинской службы соединения (воинской части) к проведению своевременного маневра силами и средствами для обеспечения непрерывности оказания медицинской помощи раненым и больным и их эвакуации в бою;*

*создание и своевременное восстановление резерва сил и средств медицинской службы для восполнения потерь и решения внезапно возникающих задач.*

**При подготовке соединения (воинской части) к наступлению из непосредственного соприкосновения с противником, для медицинской службы соединения (воинской части) будет характерно:**

*- размещение медицинских подразделений, как правило, на значительном удалении от линии боевого соприкосновения (в интересах медицинского обеспечения соединения (воинской части) в предшествовавших оборонительных действиях);*

*- значительная загрузка этапов медицинской эвакуации; практически полное отсутствие резервов;*

*- использование основной части санитарно-транспортных средств на направлении сосредоточения основных усилий в оборонительном бою, которое не будет совпадать с направлением главного удара соединения (воинской части) в наступлении;*

- *неукомплектованность медицинской службы личным составом, техникой, имуществом.*

Наиболее важными для медицинской службы соединения (воинской части) в этот период будут задачи по высвобождению этапов медицинской эвакуации от раненых и больных, перегруппировке медицинских подразделений, их доукомплектованию и восстановлению резервов.

Большая глубина задач в наступательном бою — до 15–20 км и более — обуславливает необходимость максимального приближения медицинских подразделений к войскам, а большая ширина полосы наступления приведет к рассредоточению сил и средств медицинской службы в бою на значительной площади, что в свою очередь затруднит маневр и управление ими.

Высокие темпы наступления диктуют необходимость быстрого розыска и сбора, раненых на поле боя для предупреждения повторных травм, которые могут нанестидвигающиеся подразделения второго эшелона соединения (воинской части). В то же время, для обеспечения непрерывности оказания медицинской помощи раненым и больным при высоких темпах наступления медицинским подразделениям придется в течение суток неоднократно перемещаться за наступающими подразделениями.

Определяющее влияние на организацию медицинского обеспечения соединения (воинской части) в наступлении окажут величина и структура санитарных потерь, особенности их возникновения.

При применении противником ОМП на деятельность медицинской службы значительное влияние окажет одномоментное возникновение очагов массовых санитарных потерь на всю глубину боевого порядка соединения (воинской части). Медицинская служба будет вынуждена, как и в оборонительном бою, восстанавливать боеспособность своих подразделений и одновременно участвовать в ликвидации последствий применения противником ОМП, а также обеспечивать подразделения, продолжающие боевые действия. В связи с этим медицинская служба соединения (воинской части) должна иметь постоянный резерв сил и средств для решения внезапно возникающих задач.

Наступление соединения (воинской части), как правило, будет проводиться на незнакомой, слабо изученной местности, нередко зараженной радиоактивными и химическими веществами, со значительными разрушениями жилых и производственных зданий, дорог, мостов. Это значительно усложнит проведение лечебно-эвакуационных мероприятий и развертывание медицинских подразделений, а также потребует проведения дополнительных мероприятий по защите личного состава соединения (воинской части) от воздействия факторов радиационной, химической и биологической природы.

Занимаемые соединением (воинской частью) районы могут оказаться неблагоприятными в санитарно-эпидемиологическом отношении, поэтому особое внимание необходимо уделить проведению медицинской разведки, организации и проведению необходимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

## **18.2. Мероприятия, проводимые медицинской службой соединения (воинской части) при подготовке к наступлению**

Независимо от варианта ведения наступательного боя, можно определить типовой перечень мероприятий по подготовке медицинской службы к обеспечению соединения (воинской части) в наступлении. В основном он включает мероприятия, аналогичные тем, которые проводятся при подготовке к обороне, но их содержание формируется с учетом особенностей предстоящих боевых действий. **Основными мероприятиями, проводимыми медицинской службой в период подготовки соединения (воинской части) к наступлению, являются:**

- *планирование и организация медицинского обеспечения соединения (воинской части) в бою;*
- *подготовка подчиненных сил и средств к работе (доукомплектование подразделений медицинской службы личным составом, медицинским имуществом, транспортом и другими средствами; техническое обслуживание и текущий ремонт медицинской техники и автотранспорта);*
- *высвобождение этапов медицинской эвакуации от раненых и больных; перегруппировка сил и средств медицинской службы в соответствии с задачами соединения (воинской части) и способами перехода в наступление;*
- *боевое слаживание подразделений медицинской службы с учетом особенностей работы в ходе наступательного боя;*
- *получение сил и средств усиления, выделяемых начальником медицинской службы оперативного командования;*
- *организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;*
- *проведение мероприятий медицинской службы по защите личного состава соединения (воинской части) от воздействия факторов радиационной, химической и биологической природы;*
- *обеспечение личного состава соединения (воинской части) индивидуальными средствами оказания первой помощи и обучение пользованию ими;*
- *организация взаимодействия и управления.*

С получением боевой задачи начальник медицинской службы соединения (воинской части) принимает решение на применение подчиненных сил и средств в бою, докладывает его командиру соединения (воинской части), планирует организацию медицинского обеспечения соединения (воинской части) в предстоящем бою и утверждает этот план у командира.

После этого он доводит задачи до подчиненных, организует взаимодействие между различными звеньями медицинской службы и осуществляет контроль и помощь подчиненным в выполнении стоящих перед ними задач.

Планирование медицинского обеспечения соединения (воинской части) в наступлении осуществляется по его задачам, направлениям и возможным вариантам боевых действий. Наиболее детально планируется медицинское обеспечение при подготовке боя, выдвижении и развертывании для наступления главных сил соединения (воинской части), атаке переднего края обороны противника и выполнении ближайшей задачи, при вводе в бой второго эшелона соединения (воинской части) и отражении контратак противника.

В последующем, по возможности, начальник медицинской службы соединения (воинской части) проводит медицинскую разведку (рекогносцировку) путей эвакуации раненых и больных, маршрута выдвижения и места развертывания отдельного медицинского отряда в исходном положении для наступления.

**Медицинское обеспечение соединения (воинской части) в исходном положении для наступления организуется в зависимости от положения соединения (воинской части) и способа перехода в наступление.**

**При наступлении на обороняющегося противника из непосредственного соприкосновения медицинское обеспечение в исходном положении организуется следующим образом.**

Санитарные инструкторы рот совместно со стрелками-санитарами взводов проверяют у личного состава наличие индивидуального медицинского оснащения и при необходимости пополняют его, по возможности намечают на местности места укрытия раненых и пути их вывоза (выноса) в укрупненные гнезда, а также устанавливают порядок совместной работы с приданными подразделениями сбора и эвакуации раненых. Затем санитарные инструкторы обеспечивают стрелков-санитаров необходимыми средствами для оказания первой помощи, информируют их о порядке работы медицинского пункта батальона, а также ставят другие задачи в соответствии с обстановкой.

Медицинские пункты батальонов к началу наступления на обороняющегося противника из непосредственного соприкосновения с ним располагаются за боевыми порядками своих батальонов. При них находятся средства сбора и эвакуации раненых, выделенные начальником медицинской службы соединения (воинской части) для работы на направлении действий батальона.

Начальник медицинского пункта батальона намечает направление перемещения медицинского пункта батальона за наступающим батальоном и определяет порядок вывоза раненых из рот на ось перемещения меди-

цинского пункта, а также организует взаимодействие своих и приданных средств сбора и вывоза раненых.

Отдельный медицинский отряд разворачивает автоперевязочную в исходном положении для наступления за батальонами первого эшелона на удалении 5–7 км от линии фронта.

К началу наступления начальник медицинской службы соединения (воинской части) направляет в батальоны средства сбора и эвакуации раненых. Резерв сил и средств содержится в отдельном медицинском отряде и используется в дальнейшем для осуществления маневра, решения внезапно возникающих задач или направляется в состав отрядов ликвидации последствий применения противником ОМП. В отдельном медицинском отряде к началу наступления сосредотачивается санитарный транспорт, выделенный медицинской службой оперативного командования для эвакуации раненых и больных из отдельного медицинского отряда в военный полевой госпиталь.

К началу наступления для оказания квалифицированной медицинской помощи и подготовки, раненых и больных к эвакуации в лечебные учреждения Министерства здравоохранения на удалении 10–12 км от переднего края разворачивается военный полевой госпиталь, куда ведется эвакуация раненых из отдельного медицинского отряда и медицинских пунктов отдельных частей. Эвакуацию раненых и больных в ВПГ организует начальник медицинской службы оперативного командования. Производится она штатным санитарным транспортом ВПГ, транспортом общего назначения, а также санитарным транспортом батальонов.

По опыту локальных войн и вооруженных конфликтов для эвакуации тяжелораненых из отдельных медицинских отрядов, а нередко и с поля боя широко использовались вертолеты, которые доставляли раненых в лечебные учреждения Министерства здравоохранения, минуя ВПГ. Такой способ эвакуации раненых в исходном положении для наступления необходимо предусматривать заранее и все вопросы по ее осуществлению согласовывать с вышестоящим начальником медицинской службы.

### **18.3 Организация медицинского обеспечения соединения (воинской части) в ходе наступательного боя.**

В ходе наступательного боя основные усилия медицинской службы соединения (воинской части) сосредотачиваются на своевременном сборе, вывозе раненых с поля боя, оказании им первой, доврачебной и первой врачебной помощи и подготовке их к дальнейшей эвакуации. Начальник медицинской службы соединения (воинской части) должен осуществлять постоянный контроль за ходом вывоза раненых с поля боя и своевременностью их доставки из батальонов в отдельный медицинский отряд. При необходимости он организует дополнительный розыск раненых и их эва-

куацию из подразделений, которые понесли наибольшие потери, а также там, где по условиям местности розыск был затруднен (лес, населенные пункты и т. п.).

Медицинское обеспечение соединения (воинской части) в ходе наступления осуществляется в соответствии с характером и периодами наступательного боя. При атаке противника в пешем порядке стрелки-санитары находятся в боевых порядках своих подразделений, оказывают первую помощь наиболее тяжело раненым, оттаскивают их в укрытия и обозначают установленными сигналами. Санитарные инструкторы рот с приданными средствами сбора и вывоза раненых продвигаются по проходам в минных заграждениях на БММ за своими подразделениями, собирают из укрытий раненых и вывозят их на ось перемещения медицинского пункта батальона в укрупненные гнезда, которые обозначают соответствующими условными знаками или радиопередающими устройствами. При необходимости раненым накладывают кровоостанавливающие жгуты, окклюзионные повязки, производят транспортную иммобилизацию. Санитарный инструктор докладывает начальнику медицинского пункта батальона о количестве раненых и их местонахождении.

Медицинские пункты батальонов в наступлении не развертываются. Продвигаясь по заранее намеченному маршруту за боевыми порядками батальонов, медицинские пункты делают короткие остановки возле укрупненных гнезд раненых. Их личный состав осматривает раненых, оказывает доврачебную помощь нуждающимся в ней, осуществляет погрузку раненых на приданные транспортные средства и отправку их в отдельный медицинский отряд. После оказания помощи раненым и обозначения мест их нахождения медицинские пункты батальонов продвигаются к следующему месту сосредоточения раненых. Приложение 5.

Эвакуация раненых из мест сосредоточения осуществляется санитарным транспортом отдельного медицинского отряда. Легкораненым и легкобольным указываются кратчайшие пути движения к месту расположения отдельного медицинского отряда, куда они направляются самостоятельно.

При задержке батальона во время боя на отдельных рубежах (бой за опорные пункты, отражение контратаки противника) медицинский пункт батальона может развертываться и оказывать доврачебную помощь.

С целью обеспечения непрерывности оказания первой врачебной помощи отдельный медицинский отряд в ходе наступательного боя постоянно перемещается и развертывается в зависимости от боевой и медицинской обстановки, а также когда сроки доставки раненых начинают превышать 4–5 часов с момента ранения. Для его нового развертывания выбирается район по возможности ближе к рубежу наибольших санитарных потерь. Первое перемещение отдельного медицинского отряда в ходе наступ-

пательного боя, как правило, осуществляется после выполнения соединением (воинской частью) ближайшей задачи, последующие — по обстановке. Таким образом, отдельный медицинский отряд при успешно развивающемся наступлении может развертываться до 2–3 раз в сутки.

Наиболее распространенным способом перемещения отдельного медицинского отряда соединения (воинской части) в новый район является выдвижение вперед части его сил и средств (чаще всего, автоперевязочной), которые переключают на себя поток раненых и больных и оказывают им первую врачебную помощь. По завершении оказания первой врачебной помощи всем раненым и их эвакуации в ВПГ отдельный медицинский отряд свертывается и выдвигается к месту размещения автоперевязочной или в новый район, расположенный впереди места развертывания перевязочной. В последнем случае поток раненых и больных принимает на себя развернувшийся в новом районе отдельный медицинский отряд, а оставшаяся в тылу часть его сил и средств с автоперевязочной по завершении оказания первой врачебной помощи всем раненым и их эвакуации в ВПГ свертывается и прибывает в отдельный медицинский отряд. Такой способ перемещения называется «**перемещение перекатом**». Приложение 5.

В определенных условиях высвобождение отдельного медицинского отряда возможно путем одномоментной эвакуации автосанитарным транспортом всех раненых и больных в ВПГ или авиационным транспортом — в лечебные учреждения Министерства здравоохранения.

Объем медицинской помощи в отдельном медицинском отряде в наступательном бою зависит от условий обстановки. При поступлении большого числа раненых он ограничивается неотложными мероприятиями первой врачебной помощи. При благоприятных условиях, т. е. при относительно небольших санитарных потерях и отсутствии необходимости частых перемещений, в отдельном медицинском отряде оказывается первая врачебная помощь в полном объеме с элементами квалифицированной медицинской помощи.

**При наступлении на обороняющегося противника с выдвижением из глубины**, отдельный медицинский отряд в исходном районе может развертываться частично. Эвакуация раненых и больных из подразделений ведется прямо в развернутый для этой цели ВПГ их транспортом. К началу выдвижения соединения (воинской части) отдельный медицинский отряд свертывается, приводится в готовность к следованию и развертыванию в ходе боевых действий по обстановке.

Санитарный транспорт ВПГ, выделяемый для эвакуации раненых и больных из отдельного медицинского отряда заблаговременно направляется в отдельный медицинский отряд и перемещается в его составе.

Первая помощь раненым при выдвижении подразделений соединения (воинской части) к рубежу перехода в атаку оказывается в порядке са-

мо- и взаимопомощи, а также стрелками-санитарами и санитарными инструкторами непосредственно в боевых машинах. Раненые в выдвигающихся подразделениях соединения (воинской части) следуют в боевых машинах до рубежа развертывания в батальонные колонны, где извлекаются из них и доставляются в ВПП специально выделенным для этого санитарным транспортом оперативного командования.

Если в период выдвижения соединения (воинской части) к рубежу ввода в бой возникают потери от ОМП, то для ликвидации последствий его применения, как правило, используются силы и средства оперативного командования. Лишь в исключительных случаях для этой цели может быть привлечена часть средств медицинской службы соединения (воинской части). При возникновении массовых санитарных потерь в ходе выдвижения, усилия начальника медицинской службы соединения (воинской части) должны быть направлены, в основном, на организацию медицинского обеспечения подразделений, продолжающих выполнять боевую задачу.

В условиях наступательного боя в связи с резкой изменчивостью обстановки особое значение приобретают четкое управление подчиненными силами и средствами медицинской службы и бесперебойно действующая связь. Начальник медицинской службы соединения (воинской части) должен постоянно знать обстановку как тактическую, так и медицинскую, и своевременно реагировать на ее изменения путем отдачи коротких распоряжений.

### **17.5 Организация медицинского обеспечения наступления соединения (воинской части) в особых условиях.**

#### **Организация медицинского обеспечения при преследовании отходящего противника**

Соединение (воинская часть), преследующее противника, ведет активные наступательные бои, преодолевая упорное сопротивление противника на отдельных рубежах. Частью сил преследует противника по параллельным путям, стремительно обгоняет его и решительными ударами с флангов и тыла уничтожает по частям. При этом подразделения соединения (воинской части) могут встретиться с необходимостью с ходу прорвать поспешно занятую оборону противника, вести встречный бой, форсировать водные преграды, преодолевать участки зараженной местности.

Следовательно, во время преследования противника медицинская служба соединения (воинской части) будет вынуждена обеспечивать различные виды деятельности своих подразделений на большой территории. Это потребует рассредоточения сил и средств медицинской службы, четкого маневра и постоянного твердого управления. Действия подразделений при преследовании по отдельным, нередко изолированным направлениям увеличат потребность в средствах сбора и эвакуации раненых и больных.

Возможный выход отдельных групп отходящего противника на коммуникации наших войск, а также в районы размещения этапов медицинской эвакуации может привести к временным перерывам в эвакуации раненых и больных и нарушениям работы медицинских пунктов.

Для овладения переправами через водные преграды, узлами дорог, районами, подвергшимися минированию на путях отхода противника от подразделений, осуществляющих преследование по параллельным маршрутам, высылаются передовые или рейдовые отряды. Их характерными действиями будут стремительное продвижение в назначенный район и ведение боя в отрыве от главных сил. Это потребует своевременного выделения в передовые (рейдовые) отряды сил и средств, которые обеспечат своевременный сбор раненых, оказание им первой помощи и эвакуацию.

Преследование отходящего противника ведется днем и ночью, в любых условиях погоды, с полным напряжением сил, с преодолением занятых противником оборонительных рубежей, что будет вести к значительным санитарным потерям.

Необходимо также учитывать, что санитарные потери будут неравномерно распределяться по времени и рубежам, а также по подразделениям, ведущим преследование.

Условия деятельности медицинской службы при преследовании войсками отходящего противника требуют четкого управления подчиненными силами и средствами, организации своевременного маневра ими, тесного взаимодействия отдельных звеньев медицинской службы, систематического ведения медицинской разведки и осуществления мер по охране и обороне этапов медицинской эвакуации и транспорта с ранеными.

Время для подготовки к преследованию чаще всего будет крайне ограничено. Однако ряд мероприятий медицинская служба должна будет провести обязательно: своевременное высвобождение медицинских пунктов от раненых и их свертывание; распределение сил и средств медицинской службы по колоннам соединения (воинской части) в соответствии с решением командира на преследование; пополнение запасов медицинского имущества и подготовка техники к маршу; организация медицинского обеспечения передовых отрядов. Нередко эти мероприятия придется выполнять уже в ходе начавшегося преследования.

В начале преследования медицинские пункты батальонов сразу начинают движение за своими подразделениями. Отдельный медицинский отряд выдвигается в голове колонны тыла соединения. В ходе преследования все этапы медицинской эвакуации развертываются лишь при возникновении значительных санитарных потерь, а эвакуация раненых и больных из подразделений ведется санитарным транспортом соединения (воинской части). В случае значительного отрыва подразделений, ведущих преследо-

вание, от главных сил раненых и больных эвакуируют за собой до появления возможности эвакуации.

### **Организация медицинского обеспечения при форсировании водных преград**

Форсированием называется преодоление наступающими войсками водной преграды, противоположный берег которой обороняется противником. Началом форсирования считается момент отчаливания подразделений первого эшелона от своего берега. Заканчивается форсирование захватом плацдарма, исключаяющего ведение противником огня по переправам. Все остальные подразделения соединения (воинской части) уже не форсируют водную преграду, а переправляются через нее.

При организации медицинского обеспечения соединения (воинской части), форсирующего водную преграду, необходимо учитывать: характер водной преграды (ее ширину, глубину, скорость течения, характер берегов, дна и долины, наличие бродов и гидротехнических сооружений); время года и состояние погоды; построение обороны противника; способ и организацию форсирования водной преграды.

Существует два основных способа форсирования водной преграды — форсирование с ходу и форсирование с развертыванием войск у водной преграды

Форсирование водной преграды с ходу обычно составляет часть боевой задачи соединения (воинской части), поставленной на наступление. В этом случае порядок медицинского обеспечения соединения (воинской части) при форсировании с ходу определяется заблаговременно при планировании медицинского обеспечения наступления, и уточняется при подходе к водной преграде на основе решения командира на форсирование. Первоочередное внимание уделяется медицинскому обеспечению передового отряда (авангарда), подразделений первого эшелона, а также участию в проведении спасательных и эвакуационных мероприятий на переправах.

При получении задачи на обеспечение соединения (воинской части) при форсировании водной преграды, медицинские подразделения освобождаются от раненых и больных, усиливаются силами и средствами, свертываются и приближаются к водной преграде, где они располагаются в готовности к быстрому выдвигению для переправы. Медицинские пункты батальонов обычно размещаются непосредственно за первыми эшелонами своих батальонов, отдельный медицинский отряд — вблизи группы артиллерии. Медицинский пункт танкового батальона размещается в районе герметизации танков.

В районах посадки (погрузки) на переправочно-десантные средства, в районах герметизации танков, на исходных рубежах для форсирования организуются **посты санитарного транспорта**, как правило, за счет

транспортных средств старшего медицинского начальника.

Медицинские подразделения передового отряда, переправляющиеся первым рейсом, производят посадку на самоходные переправочно-десантные машины еще до выхода к водной преграде в районах посадки (погрузки). Силы и средства, переправляющиеся последующими рейсами, грузятся на переправочно-десантные машины на берегу, в непосредственной близости от воды или прямо на воде.

Медицинские пункты батальонов на противоположный берег переправляются на переправочно-десантных средствах за первыми эшелонами своих батальонов; отдельный медицинский отряд — за группой артиллерии.

На участках форсирования батальонов первого эшелона, а также вблизи от продолжительно действующих переправ (мостовых, паромных, переправ танков под водой), развертываются **медицинские пункты переправ (МедПП)**. В их состав включаются врачи, средний и младший медицинский персонал, санитарно-транспортные средства, как правило, из медицинских подразделений инженерных, артиллерийских, зенитно-ракетных и других частей, обеспечивающих форсирование. Эти силы и средства выдвигаются к водной преграде в первую очередь, обычно за передовым отрядом или за авангардами батальонов первого эшелона совместно с подразделениями, выделяемыми для несения комендантской службы.

На медицинский пункт переправы возлагаются следующие задачи:

- *организация переправы раненых и больных с противоположного берега и доставка их в медицинский пункт переправы;*
- *прием, оказание доврачебной и первой врачебной помощи раненым и больным, а также тонущим;*
- *подготовка раненых и больных к отправке на этап медицинской эвакуации, оказывающий квалифицированную медицинскую помощь.*

Количество медицинских пунктов переправ на участке форсирования соединения (воинской части) определяется не только количеством участков форсирования и переправ, но и условиями боевой обстановки, а также прилегающей местности. При возможности движения санитарных транспортных средств вдоль берега один медицинский пункт переправы может обеспечивать несколько переправ, например, паромную и две смежные десантные переправы. В этом случае к десантным переправам, действующим короткое время, выдвигаются посты санитарного транспорта.

Места для развертывания медицинских пунктов переправ выбираются с учетом условий местности. Если условия местности позволяют, медицинские пункты переправ развертываются непосредственно у водной преграды. Когда местность не позволяет приближать медицинские пункты к берегу, они развертываются на некотором удалении от уреза воды в укры-

тиях, оборудуемых силами и средствами коменданта участка форсирования. Рядом с каждой переправой медицинские пункты переправ организуют посты санитарного транспорта. На переправах танков под водой заместителем командира по вооружению организуется спасательно-эвакуационная служба, в состав которой включаются личный состав и техника медицинской службы: врач (фельдшер, санитарный инструктор) и санитарный автомобиль с запасом медицинского имущества. Весь личный состав спасательно-эвакуационной службы обучается способам и приемам оказания первой помощи тонущим.

В местах десантных и паромных переправ, для доставки раненых с противоположного берега, медицинские пункты переправ формируют пункты переправ раненых. Они осуществляют прием раненых на противоположном берегу, их погрузку на переправочные средства и выгрузку на своем берегу. Переправа раненых на свой берег осуществляется возвращающимися после высадки подразделений переправочно-десантными средствами, а также переправочными средствами, специально выделяемыми для этого командованием. Возглавляет работу пункта переправы раненых санитарный инструктор или фельдшер. На своем берегу у места выгрузки раненых создаются посты санитарного транспорта, средствами которых осуществляется доставка раненых в медицинский пункт переправы.

Своевременную эвакуацию раненых и больных из медицинских пунктов переправ в отдельный медицинский отряд, обеспечивающий выход частей к водной преграде и ее форсирование, организует начальник медицинской службы соединения (воинской части).

После форсирования водной преграды передовой отряд захватывает плацдарм на противоположном берегу и удерживает его до подхода главных сил. С захватом плацдарма на глубину, исключая возможность ведения огня по переправе из танков, пулеметов, гранатометов и противотанковыми управляемыми ракетами, осуществляется переправа медицинского пункта батальона, выделенного в состав передового отряда и личного состава, выделенного в пункт погрузки раненых на противоположном берегу.

После переправы батальона развертывается медицинский пункт в укрытиях или местах скрытых от воздействия огня противника прямой наводкой. В МПб раненым и больным оказывается первая и доврачебная помощь, и осуществляются их доставка к пункту переправы раненых. Оказание первой помощи и доставка раненых из подразделений (взводов, рот) в медицинский пункт батальона осуществляется во взаимодействии с санитарными инструкторами рот и стрелками-санитарами взводов.

Батальоны первого эшелона главных сил, используя успех передового отряда, авангардов и тактического воздушного десанта, форсируют водную преграду, с ходу атакуют противника и расширяют плацдарм. Санитарные инст-

рукторы рот и медицинские пункты батальонов переправляются со своими подразделениями и обеспечивают вынос (вывоз) раненых и больных из рот, оказание им первой и доврачебной помощи, доставку до пунктов переправы раненых. Совместно с медицинскими пунктами батальонов на противоположный берег переправляются средства сбора и эвакуации, раненых и больных отдельного медицинского отряда.

После переправы медицинские пункты батальонов продвигаются за боевыми порядками своих батальонов и организуют свою работу как в наступательном бою. Отдельный медицинский отряд переправляется на противоположный берег вслед за группой артиллерии на переправочно-десантных средствах и разворачивается с выполнением полком ближайшей задачи при глубине плацдарма 2–4 км. При невозможности переправы на противоположный берег всего имущества и транспорта отдельного медицинского отряда переправляется только автоперевязочная или часть личного состава с имуществом, необходимым для развертывания основных функциональных подразделений. Оставленная на своем берегу часть отдельного медицинского отряда с имуществом и транспортом переправляется сразу же, как только представится возможность, после чего она присоединяется к работающей ее части.

После переправы на противоположный берег всех сил и средств медицинской службы медицинское обеспечение соединения (воинской части) организуется по принципам обеспечения наступательного боя.

Переправа медицинских подразделений осуществляется по графику переправы, разработанному штабом соединения (воинской части). Важно, чтобы вопросы эвакуации раненых и больных, переправы сил и средств медицинской службы были заблаговременно согласованы и нашли отражение в соответствующих документах, разрабатываемых штабом.

Противник всегда будет стремиться уничтожить форсировавшие водную преграду подразделения наших войск. С этой целью он может предпринять контратаки, применить авиацию, высокоточное оружие и другие средства, включая ОМП. Поэтому необходимо как можно быстрее переправлять на противоположный берег те силы и средства, которые предназначаются для участия в ликвидации последствий применения противником современных средств поражения. Это относится, в частности, к личному составу и медицинскому имуществу, предназначенному для включения в отряды ликвидации последствий применения противником оружия массового поражения.

Ликвидация последствий применения противником ОМП в наступлении с форсированием водной преграды осуществляется на общих принципах. Однако необходимо учитывать, что сроки прибытия на противоположный берег средств вышестоящих звеньев медицинской службы, предназначенных для завершения работы в районах массовых санитарных по-

терь, будут более поздними, чем в обычных условиях. В некоторых случаях эти средства вообще не смогут быть переправлены на противоположный берег. Поэтому следует предусматривать возможность массовой переправы раненых и больных на свой берег в короткие сроки с использованием всех имеющихся для этой цели переправочных средств и вертолетов.

Медицинское обеспечение частей и соединений при форсировании с развертыванием войск у водной преграды организуется так же, как при форсировании с ходу. Однако, при этом способе форсирования, медицинская служба будет располагать большим временем для проведения подготовительных мероприятий.

## ГЛАВА 19

### ПОНЯТИЕ О МОБИЛИЗАЦИИ. ЕЕ ВИДЫ И ПРИНЦИПЫ

**Мобилизация** - комплекс мероприятий по переводу экономики Республики Беларусь и государственных органов на работу в условиях военного времени, а также комплекс мероприятий войсковой мобилизации;

**Войсковая мобилизация** - комплекс мероприятий по переводу Вооруженных Сил Республики Беларусь, других войск и воинских формирований на организационно-штатную структуру военного времени, а также по их укомплектованию личным составом в установленные сроки в соответствии со штатами и нормами военного времени, обеспечению вооружением, военной техникой и материальными средствами за счет созданных в мирное время государственных, мобилизационных резервов и ресурсов экономики Республики Беларусь.

*Войсковая мобилизация в Республике Беларусь может быть полной или частичной.*

**Полная** войсковая мобилизация охватывает все Вооруженные Силы и проводится на всей территории страны.

При **частичной** войсковой мобилизации Вооруженных Сил осуществляется отмобилизование (приведение в боевую готовность) назначенных органов военного управления, соединений, воинских частей и организаций Министерства обороны.

Основными принципами мобилизационной подготовки и мобилизации являются:

- централизованное руководство;
- заблаговременность, плановость и контроль;
- комплексность и согласованность.

#### **19.1 Планирование перевода соединений и воинских частей с мирного на военное время.**

Мобилизационная работа в соединениях, воинских частях и организациях Министерства обороны осуществляется в соответствии с принятой их

организационной структурой на мирное и военное время и системой подчиненности войск.

Разработка планов перевода соединений, воинских частей на военное время осуществляется на основании директив Генерального штаба, штабов видов Вооруженных Сил, объединений, с приложением выписок из схемы мобилизационного развертывания, соответствующих нарядов и других документов.

Соединения и воинские части получают мобилизационные задания от вышестоящих органов военного управления по подчиненности.

Командиры соединений и воинских частей на основании полученных из вышестоящего штаба директивы, выписки из схемы мобилизационного развертывания, распоряжений по видам всестороннего обеспечения доводят до подчиненных воинских частей и подразделений указания о порядке и сроках приведения их и возлагаемых на них формирований в высшие степени боевой готовности.

В соединениях, воинских частях и организациях Министерства обороны, разрабатываются планы перевода их с мирного на военное время.

Сроки готовности соединений, воинских частей и организаций Министерства обороны к выполнению задач по предназначению и база их формирования определяются выпиской из схемы мобилизационного развертывания Вооруженных Сил.

Соединения, воинские части и организации планируют перевод на военное время когда:

воинское формирование сохраняет свою организацию и наименование, но переходит на штат военного времени;

воинское формирование меняет свою организацию и развертывается в соединение, воинскую часть или переформируется в несколько самостоятельных воинских частей;

соединение, воинская часть или организация формируется вновь по штату военного времени.

В целях обеспечения максимальной живучести, скрытного проведения мероприятий приведения в боевую готовность и подготовки к выполнению задач по предназначению каждому органу военного управления, соединению, воинской части и организации Министерства обороны определяется район сосредоточения (рассредоточения вооружения, военной техники и запасов материальных средств, далее - район сосредоточения).

При назначении районов сосредоточения, их удаление не должно превышать 10-15-ти километров от пунктов постоянной дислокации; необходимо избегать расположения войск вблизи важных объектов и крупных населенных пунктов, труднопроходимых участков, автомобильных магистралей и железных дорог, разделяющих структурные подразделения воинского формирования.

Районы должны обеспечивать скрытое расположение войск, пребывание в них продолжительное время, иметь выходы на основные автомобильные магистрали, железнодорожные станции и в районы боевого предназначения. Размер района соединения (воинской части) должен обеспечивать периодическую смену районов размещения воинских частей (подразделений).

Началом перевода соединений, воинских частей и организаций Министерства обороны на военное время, призыва военными комиссариатами мобилизационных ресурсов, является получение приказа (распоряжения) на приведение их в соответствующую степень боевой готовности или в пределах установленных для них сроков готовности к выполнению задач по предназначению.

При планировании мероприятий по переводу соединений и воинских частей на военное время и сроков их выполнения расчет времени ведется от «Ч» (времени получения приказа (распоряжения) на приведение в соответствующую степень боевой готовности).

От «Ч» в часовом исчислении планируется необходимое время на оповещение, призыв, отправку и поставку людских и транспортных ресурсов и выполнение других работ в течение первых трех суток. Выполнение последующих мероприятий планируется по дням (М) перевода на военное время.

Воинские формирования комплектуются по штатам военного времени офицерами, сержантами и солдатами запаса и транспортными средствами (далее - мобилизационные ресурсы) представляемыми государственными органами, организациями и гражданами, как правило, по территориальному принципу.

## **19.2 Медицинское обеспечение соединений и воинских частей в особый период.**

Медицинское обеспечение при переводе соединений, воинских частей на военное время организуется в целях укомплектования войск здоровым пополнением, сохранения их санитарно-эпидемиологического благополучия, предупреждения заболеваний и боевых поражений личного состава и оказания медицинской помощи больным (раненым).

**Медицинское обеспечение соединений и воинских частей в особый период включает:**

*- проведение медицинской разведки районов сосредоточения войск и маршрутов выхода в них с целью изучения инфекционной заболеваемости среди населения, оценки состояния водисточников, определения возможности использования для нужд войск местных лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических и коммунально-бытовых учреждений;*

- выписку выздоравливающих больных из медицинских пунктов (отдельных медицинских отрядов) воинских частей при приведении их в соответствующие степени боевой готовности, перевод в назначенные лечебные учреждения лиц с длительными сроками лечения;

- медицинский контроль за размещением личного состава в районах сосредоточения, организацией его питания и водоснабжения, санитарной обработкой пополнения на пунктах приема личного состава;

- обследование на бактерионосительство призванных военнообязанных, предназначенных для работы на объектах питания, водоснабжения и хлебопечения;

- проведение профилактических прививок личному составу; обеспечение личного состава индивидуальными средствами медицинской защиты и обучение его приемам оказания самопомощи и взаимопомощи при ранениях (поражениях);

- оказание медицинской помощи больным (раненым) и проведение других лечебно-профилактических мероприятий (амбулаторное лечение, направление на стационарное обследование, лечение с последующим медицинским освидетельствованием, медицинское обеспечение занятий в ходе боевого слаживания и др.).

При отмотелизовании соединений и воинских частей в составе пункта приема личного состава (ППЛС) разворачивается отделение медицинского осмотра, которое возглавляет врач (фельдшер). На отделение медицинского осмотра возлагаются следующие задачи - медицинский осмотр:

- военнообязанных заявивших жалобы на состояние своего здоровья;

- прибывших из неблагополучных и неустойчивых в санитарно-эпидемическом отношении районов;

- предназначенных для работы на объектах питания, водоснабжения и хлебопечения;

- оказание при необходимости медицинской помощи личному составу ППЛС, а также военнослужащим, призванным из запаса.

Проведение мероприятий по медицинскому обеспечению соединений и воинских частей при их переводе с мирного на военное время, а также санитарная обработка пополнения осуществляются собственными силами и средствами, а при недостатке или отсутствии - за счет сил и средств, выделяемых начальниками гарнизонов по заявкам командиров воинских частей. Для оказания медицинской помощи в районах сосредоточения развертываются медицинские пункты. Имущество для этих целей накапливается заблаговременно за счет ресурсов текущего обеспечения (переходящего запаса).

Мероприятия по медицинскому обеспечению соединений и воинских частей при их переводе с мирного на военное время отражаются в **кален-**

**дарном плане основных работ начальника медицинской службы, к которому прилагаются:**

*план обеспечения соединения (воинской части) медицинской техникой и имуществом;*

*сводный план – расчет обеспеченности соединения (воинской части) и возложенных на них формирований медицинской техникой и имуществом;*

*расчет – график расконсервации и приведения в готовность к работе медицинской техники;*

*расчет – график вывода медицинской техники в район сосредоточения;*

*расчет – график вывоза запасов медицинского имущества в район сосредоточения;*

*расчет выдачи медицинского имущества в воинские части (подразделения);*

*расчет сдачи излишествовавшего медицинского имущества;*

*расчет подъема запасов медицинского имущества для совершения марша;*

*накладные на выдачу медицинского имущества в воинские части (подразделения);*

*выписка из решения исполкома о выделении медицинского персонала для проведения профилактических прививок (при нехватке штатного медицинского персонала);*

*выписки из планов и мобилизационные наряды на получение бактериальных препаратов и гемотрансфузионных средств;*

**кроме этого в рабочей тетради начальника медицинской службы отрабатываются:**

*план обеспечения оборудованием и запасными частями для переоборудования транспортных средств государственных органов и организаций, передаваемых медицинской службе;*

*расчет материалов для крепления медицинской техники и имущества на железнодорожных платформах;*

*расчет в потребности медицинской службы в воде на сутки, горячей воде, охлаждающей жидкости и порядок их доставки;*

*нормативы по расконсервации техники медицинской службы;*

*нормативные приказы;*

*план-график проведения профилактических прививок;*

**эти документы, в комплексе составляют план медицинского обеспечения соединения, воинской части на период перевода с мирного на военное время.**

Каждый отрабатываемый документ должен быть четко конкретизирован.

Например, в план-графике проведения профилактических прививок указывается:

1. Время и место получения бактериальных препаратов.
2. Транспорт, выделяемый для их получения.
3. Погрузочная команда.
4. Время проведения профилактических прививок личному составу.
5. Расчет необходимого количества доз для проведения профилактических прививок.
6. Место для проведения профилактических прививок.
7. Состав прививочных бригад.

### **19.3 Организация управления переводом соединения, воинской части с мирного на военное время.**

Для приема призванных по мобилизации военнообязанных, их экипировки и распределения по подразделениям воинские части развертывают пункты приема личного состава (ППЛС). Для приема техники развертываются пункты приема техники (ППТ).

Пункты приема личного состава и техники развертываются, как правило, по одному на воинскую часть. Прием военнообязанных, предназначенных в управление, воинские части и подразделения соединения, по решению командира может проводиться на объединенном пункте или на пунктах приема воинских частей соединения.

В воинских частях, получающих из запаса менее 100 военнообязанных и менее 10 единиц техники, пункты приема могут не создаваться. Прием этих военнообязанных, а также техники производится в соответствии с решением командира воинской части.

При выборе мест расположения пунктов приема командир воинских частей учитывают наличие и состояние дорог, условия укрытия и защиты личного состава, маскировки, возможности обогрева личного состава в зимних условиях, наличие источников водоснабжения и эпидемиологическое состояние района.

При отмотелизовании в пунктах постоянной дислокации создаются стационарные пункты приема. Для этих целей могут использоваться служебные помещения, в первую очередь казармы, клубы, спортивные залы и другие постройки военного городка. Пункты приема техники, как правило, оборудуются на территории парков (гаражей) воинских частей.

Работа пунктов приема личного состава должна быть организована так, чтобы каждый военнообязанный находился на нем не более одного часа, а его пропускная способность обеспечивала прием мобилизационных людских ресурсов в установленные планом сроки.

В состав администрации ППЛС воинской части назначаются лица, проходящие военную службу, а также прибывающие из запаса, и предна-

значенные в состав организационного ядра. При этом численность администрации пункта приема личного состава определяется исходя из объема работ по приему пополнения.

Начальником пункта приема личного состава назначается офицер, проходящий военную службу.

Управление переводом осуществляется командиром лично и через специальные группы контроля, состав которых определяется в зависимости от мобилизационного задания и возложенных на них задач. В состав этих групп должны включаться кадровые офицеры штаба, родов войск и служб.

Начальник медицинского пункта для проведения отмотобилизования разрабатывает рабочую карту, ведет справочную тетрадь и штатно-должностные списки личного состава.

На рабочей карте начальника медицинского пункта наносятся:

- *район сосредоточения медицинского пункта, маршрут и время выхода в него;*
- *время прохождения исходного пункта; элементы тылового обеспечения;*
- *кодировка и позывные узлов связи и должностных лиц;*
- *организация непосредственного охранения;*
- *места проведения занятий по боевому слаживанию подразделения.*

В справочной тетради разрабатываются:

- *график основных мероприятий по приведению медицинского пункта в высшие степени боевой готовности;*
- *расчет укомплектованности медицинского пункта личным составом;*
- *расчет обеспеченности медицинского пункта вооружением, военной техникой и материальными средствами;*
- *схема размещения медицинского пункта при отмотобилизовании в пункте постоянной дислокации и при занятии района сосредоточения;*
- *план боевого слаживания медицинского пункта (расписание занятий);*
- *планы-конспекты для проведения занятий по боевому слаживанию медицинского пункта.*

## **ГЛАВА 20**

### **ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ МЕЖДУНАРОДНОГО ГУМАНИТАРНОГО ПРАВА. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ВООРУЖЕННЫХ КОНФЛИКТАХ**

Международное гуманитарное право, защищающее человека от последствий войны, основано на принципе человеколюбия и призвано обеспечивать защиту личности. Целью применения гуманитарного права является уменьшение страданий всех жертв вооруженных конфликтов, находящихся во власти неприятеля, будь то раненые, больные, потерпевшие кораблекрушение, военнопленные или гражданские лица.

До середины XIX в. соглашения о защите жертв войны носили случайный характер и налагали обязательства только на договаривающиеся стороны. В сущности, это были чисто военные соглашения, действующие только во время конфликта.

Возникновение гуманитарного права, связанное с зарождением движения Красного Креста, резко изменило ситуацию: государства добровольно связали себя универсальным договором, применяемым в любое время и при любых обстоятельствах.

### **20.1. История возникновения международного гуманитарного права**

Волей случая, оказавшись в 1859 г. в залитом кровью и пылавшем пожарами Сольферино (Ломбардия), швейцарец Анри Дюнан с ужасом увидел, что после битвы тысячи раненых солдат остаются на поле боя. Не получая медицинскую помощь, они были обречены на верную смерть. Под впечатлением этой страшной картины у него и родилась идея создать общество защиты раненых воинов.

В дальнейшем он опубликовал «Воспоминание о Сольферино» — книгу, в которой предложил для восполнения недостатков армейских санитарных служб подготовить еще в мирное время добровольцев для оказания первой помощи раненым и обеспечить им нейтральный статус даже на поле боя.

Эту идею горячо поддержали соотечественники Анри Дюнана — Гюстав Муанье, генерал Гийом-Анри Дюфур, врачи Луи Аппиа и Теодор Монуар. Вместе они основали Международный комитет помощи раненым, более известный как "Комитет пяти", который впоследствии стал Международным Комитетом Красного Креста (МККК). Благодаря своей настойчивости этим энтузиастам удалось убедить швейцарское правительство созвать в 1864 г. международную конференцию, в которой приняли участие 12 государств. Важным результатом этой конференции явилось подписание в том же году Женевской конвенции об улучшении участи раненых и больных воинов во время сухопутной войны. В ней говорилось, что всем раненым и больным военным служащим без какого-либо различия и независимо от того, к какой стороне они принадлежат, впредь будет обеспечиваться помощь и уход, а медицинский персонал, оборудование и санитарные учреждения будут пользоваться уважением и обозначаться отличительным знаком — красным крестом на белом фоне.

Первоначальная идея основателей Красного Креста — способствовать созданию национальных обществ в различных странах мира — вскоре получила широкое распространение. В первые десять лет после возникновения движения были образованы 22 национальных общества, а в 1994 г. общества Красного Креста существовали уже в 162 странах всех частей света.

В конце первой мировой войны, вдохновленный быстрым распространением движения по всему миру и той неоценимой пользой, которую оно оказалось способным принести, американский банкир Генри П. Дэвидсон решил объединить национальные общества Красного Креста различных стран в федерацию по образцу Лиги Наций. В то время очень многие надеялись, что война с ее ужасами навсегда ушла в прошлое. Поэтому федерация, которую предполагалось создать, должна была сосредоточить свои усилия на мирной работе, направленной на улучшение здоровья людей, на профилактику болезней и облегчение страданий в масштабах всего мира.

Этот замысел был вскоре претворен в жизнь, и на международной медицинской конференции в Каннах 5 мая 1919 г. была создана Лига обществ Красного Креста со штаб-квартирой в Париже, а с 1939 г. — в Женеве. В 1983 г. она стала Лигой обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, а с 1991 г. — Международной федерацией обществ Красного Креста и Красного Полумесяца.

## **20.2. Отличительная эмблема и ее значение**

Отличительной эмблемой движения является Красный Крест или Красный Полумесяц на белом поле. Форма Креста не обусловлена Конвенциями, но стало традицией использовать крест, все четыре конца которого имеют равную длину и не доходят до конца поля. В эмблеме сочетаются цвета национального флага Швейцарии, но в обратном порядке. Некоторые страны вместо красного креста используют красный полумесяц. Раньше равноценной эмблемой было также изображение красного льва и солнца.

В случае вооруженного конфликта право на ношение этой эмблемы имеет медицинский и духовный персонал, как военный, так и гражданский, признанный в качестве такового стороной в конфликте, к которой он принадлежит. Отличительная эмблема используется также санитарными формированиями и учреждениями, она размещается на медицинских транспортных средствах, оборудовании и материалах. В этом случае эмблема является защитным знаком — лица и объекты не только не должны подвергаться нападению, но, напротив, должны пользоваться покровительством и защитой. Национальные общества Красного Креста могут, при условии соблюдения законодательства своих стран, использовать указан-

ную эмблему в военное и мирное время в их гуманитарной деятельности для обозначения своего персонала и собственности. В этих случаях отличительная эмблема не дает права на защиту, а используется лишь как опознавательный знак, показывающий, что лицо или объект, обозначенные таким образом, принадлежат Национальному обществу.

В военное время такой знак должен быть небольшим по размеру, чтобы его нельзя было спутать с защитным знаком. Из тех же соображений его нельзя помещать на нарукавные повязки и крыши зданий.

В мирное время эмблема общества Красного Креста может быть также использована национальными и международными организациями для обозначения грузов, медикаментов, продовольствия и других предметов при оказании помощи во время стихийных бедствий, а также при проведении других гуманитарных мероприятий, соответствующих принципам Красного Креста. Кроме того, эта эмблема может быть использована для обозначения санитарного транспорта, а также мест нахождения пунктов, оказывающих исключительно бесплатную помощь раненым и больным. Конвенция запрещает использование эмблемы общества Красного Креста и приравненных к ней эмблем любыми обществами, фирмами, компаниями и отдельными лицами, кроме обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, в каких бы то ни было целях и возлагает на государства-участников конвенций, обязательство бороться с незаконным использованием этих эмблем и злоупотреблением ими.

### **20.3. Женевские конвенции**

Первая Женевская конвенция, подписанная в 1864 г., положила начало международному гуманитарному праву. В 1899 г. в Гааге была подписана Конвенция о применении основных положений Женевской конвенции 1864 г. к морской войне. В 1906 г. положения Конвенции 1864 г. были усовершенствованы и дополнены. А в 1907 г. Четвертая Гаагская конвенция определила категории комбатантов (лиц, входящих в состав вооруженных сил воюющих государств и принимающие участие в военных действиях), имеющих право на статус военнопленных и особое обращение с ними в течение всего периода нахождения в плену. В 1929 г. эти конвенции были вновь подтверждены и получили дальнейшее развитие.

После Второй мировой войны 1939–1945 гг. возникла необходимость пересмотра и закрепления ряда общепризнанных правил ведения войны и обращения с ранеными, больными, военнопленными и гражданским населением, которые сложились в течение последних столетий. В результате в 1949 г. были приняты четыре Женевские конвенции, которые остаются в силе в настоящее время.

Прежде всего — это **Конвенция об улучшении участи раненых и больных в действующих армиях (I Конвенция)**. Она закрепляет принцип,

который лежит в основе создания Красного Креста: раненые и больные военнослужащие должны при всех обстоятельствах пользоваться гуманным обращением без всякой дискриминации, а военный санитарный транспорт и госпитали с их медицинским персоналом должны пользоваться защитой и уважением. Видимым знаком их неприкосновенности является эмблема Красного Креста или Красного Полумесяца на белом поле.

**Конвенция об улучшении участи раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение, из состава вооруженных сил на море** (II Конвенция). Это переработанная версия I Конвенции применительно к условиям боевых действий на море. Она решает те же задачи, что и первая, но и в иных обстоятельствах, и защищает те же категории лиц, добавляя к ним еще одну — потерпевших кораблекрушение.

**Конвенция об обращении с военнопленными** (III Конвенция) определяет права и обязанности военнослужащих, захваченных в плен противником и, таким образом, ставших военнопленными.

**Конвенция о защите гражданского населения во время войны** (IV Конвенция). Эта Конвенция касается защиты гражданского населения, находящегося во власти воюющей державы. Она применяется как к лицам, оказавшимся на территории государства противника, так и ко всему населению оккупированной территории.

В Советском Союзе Женевские конвенции 1949 г. были ратифицированы Президиумом Верховного Совета СССР 17 апреля 1954 г. и вступили в силу 10 ноября 1954 г.

Женевские конвенции 1949 г., насчитывающие около 400 статей, представляют собой юридический документ поистине исторического значения, который уже более пятидесяти пяти лет обеспечивает защиту бесчисленным жертвам вооруженных конфликтов.

Однако количество вооруженных конфликтов в мире постоянно растет, расширяется круг гражданских лиц, страдающих от применения все более смертоносного оружия, все шире распространяются методы партизанской войны. Поэтому Женевские конвенции 1949 г., хотя и не утратили своего значения, уже не могут в условиях современных войн обеспечивать защиту, необходимую жертвам. В связи с этим Международный Комитет Красного Креста стал изучать возможность заполнить пробелы в существующем праве, не пересматривая Конвенции — что могло бы дать государствам повод отказаться от некоторых положений, принятых в 1949 г., - а добавив к ним новые тексты в форме Дополнительных протоколов. Представив этот вопрос на рассмотрение XXI Международной конференции Красного Креста, проходившей в Стамбуле в 1969 г., и получив ее одобрение, Международный Комитет приступил к подготовке проектов документов.

В результате проделанной работы появились два Дополнительных Протокола к Женевским конвенциям 1949 г., которые были приняты на Дипломатической конференции в июне 1977 г. Однако торжественное принятие этих документов носило лишь церемониальный характер, поскольку государства, прежде чем выполнять положения Протоколов, обязаны сначала к ним присоединиться или подписать и ратифицировать, что и произошло позже.

Основная цель Дополнительных Протоколов состоит в повышении гарантий защиты всего гражданского населения в зоне вооруженного конфликта. Так Дополнительный Протокол I касается защиты жертв международных вооруженных конфликтов (102 статьи), а Дополнительный Протокол II касается защиты жертв вооруженных конфликтов немеждународного характера (28 статей).

Женевские конвенции 1949 г. и два Дополнительных Протокола к ним, согласно содержащимся в них положениям, должны применяться государствами во время объявленной войны, а также в случае любого вооруженного конфликта, даже если один из его участников не признает состояния войны. Конвенции и Дополнительные Протоколы к ним также должны применяться при оккупации одним государством всей или части территории другого государства, причем и в тех случаях, когда оккупант не встречает вооруженного сопротивления. Кроме того, эти документы устанавливают, что во время колониальных и гражданских войн воюющие стороны обязаны применять основные гуманные принципы Конвенций и Дополнительных Протоколов.

#### **20.4. Применение международного гуманитарного права**

В Женевских Конвенциях и Дополнительных Протоколах к ним определены меры, которые подписавшие государства должны принимать для его соблюдения. В частности, предусматривается, что для содействия его применению в вооруженные силы на местах будут направляться юридические советники, получившие соответствующую подготовку в мирное время. Государства также обязуются довести до сведения своих гражданских и военных властей нормы международного гуманитарного права и обеспечить постоянное распространение знаний и информации о нем среди широких слоев населения.

В случае войны Международному Комитету Красного Креста должны быть созданы благоприятные условия для выполнения задач, возложенных на него Женевскими конвенциями и Дополнительными Протоколами. Обществам Красного Креста и Красного Полумесяца и их Федерации также должна быть обеспечена возможность беспрепятственно оказывать помощь жертвам конфликта. Необходимые условия должны быть

предоставлены и другим гуманитарным организациям, которые уполномочены сторонами в конфликте, действовать в подобных обстоятельствах.

После 1949 г. институт Держав-покровительниц практически не действовал по причинам, в основном, политического характера и, в частности, из опасения, что в результате деятельности такого посредника может создаться впечатление, что за неприятелем признан правовой статус. В Дополнительных Протоколах этот пробел восполнен, введением усовершенствованной системы назначения Держав-покровительниц.

## **20.5 Защита медицинских учреждений и санитарного транспорта**

Поскольку от беспрепятственной деятельности медицинских учреждений в значительной степени зависит судьба раненых и больных, конвенции содержат специальные нормы, предусматривающие защиту таких учреждений, их персонала и транспортных средств, предназначенных для перевозки раненых, больных и санитарного имущества. Конвенции категорически запрещают нападать на постоянные санитарные учреждения, подвижные санитарные формирования и госпитальные суда.

Воюющая сторона, оккупировавшая территорию, на которой находится постоянное санитарное учреждение (например, военный госпиталь), может захватить здание, имущество и склады этого учреждения. Однако она обязана обеспечить его деятельность по уходу за ранеными и больными до тех пор, пока они находятся в этом учреждении. Имущество подвижных санитарных формирований в случае, если эти формирования окажутся во власти противника, не подлежит захвату и должно быть оставлено для ухода за ранеными и больными.

Санитарные учреждения и формирования могут быть лишены покровительства и подвергнуты нападению лишь в том случае, если их используют против неприятеля. При этом покровительство может быть прекращено только через определенный срок после того, как было сделано соответствующее предупреждение.

Конвенции указывают, что санитарные учреждения и формирования не должны быть лишены покровительства, если:

- личный состав санитарного формирования или учреждения вооружен и пользуется своим оружием для самообороны или защиты своих раненых и больных;
- из-за отсутствия вооруженных санитаров санитарное формирование или учреждение охраняется вооруженными солдатами,
- в санитарном формировании или учреждении будет найдено ручное оружие и боевые припасы, снятые с раненых и больных и еще не сданные по принадлежности;

— в санитарном формировании или учреждении находится личный состав и имущество ветеринарной службы, не являющиеся его неотъемлемой частью;

— деятельность санитарных формирований и учреждений, а также их персонала распространяется на раненых и больных гражданских лиц.

Согласно Женевским конвенциям 1949 г., защитой пользуются также и гражданские больницы. Конвенция по защите гражданского населения во время войны запрещает нападение на гражданские больницы, предоставляя им покровительство. В случае оккупации территории, на которой находится гражданская больница, оккупант может ее временно реквизировать в случае крайней необходимости для ухода за ранеными и больными военнослужащими. Однако он может это сделать при условии, если будут приняты меры для лечения и ухода за больными, находящимися в больнице, для обеспечения нужд гражданского населения в больничном лечении. Имущество и склады гражданских больниц не подлежат реквизиции до тех пор, пока они необходимы для гражданского населения.

Хотя Женевские конвенции 1949 г. и обеспечили неприкосновенность военному медицинскому персоналу и персоналу гражданских больниц, они оставили без внимания тот факт, что для обеспечения раненых, больных и потерпевших кораблекрушение своевременным и эффективным уходом, такая защита должна быть гарантирована всему гражданскому медицинскому персоналу и всем гражданским медицинским формированиям, как стационарным, так и подвижным.

Дополнительный Протокол I заполнил этот пробел. Он предоставил гражданским медицинским формированиям и персоналу такую же защиту во время войны, какая уже обеспечивалась ранее военным медицинским формированиям и персоналу. Однако, чтобы избежать злоупотреблений, была сделана оговорка: защита предоставляется только тем формированиям, которые признаны властями стороны, находящейся в конфликте. Согласно Протоколу, гражданский духовный персонал пользуется такой же защитой, как и медицинский персонал.

Аналогичные правила установлены конвенциями и в отношении госпитальных судов, т. е. судов, построенных или оборудованных с единственной целью перевозить и лечить раненых, больных и лиц, потерпевших кораблекрушение. Конвенция устанавливает, что название и характеристика этих судов (тоннаж судна, длина от носа до кормы, количество мачт и труб) должны сообщаться противнику за 10 дней до их использования. Покровительство, предусмотренное конвенцией, распространяется на суда любого тоннажа и спасательные шлюпки, однако в конвенции для обеспечения максимальных удобств и безопасности раненых и больных рекомендуется использовать для перевозок на дальние расстояния и в открытом море госпитальные суда водоизмещением свыше 2000 брутто-тонн.

Воюющие имеют право осмотреть госпитальное судно, дать ему приказ удалиться из какого-либо района или идти определенным курсом, контролировать использование госпитальным судном радиоаппаратуры и, если обстоятельства этого требуют, задержать госпитальное судно на срок до 7 суток.

Санитарный транспорт с ранеными и больными или санитарным имуществом пользуется покровительством Конвенций, и нападение на него запрещается. В случае, если транспорт окажется во власти противника, последний может захватить этот транспорт при условии, что надлежащий уход за ранеными и больными, находящимися на этом транспорте, будет обеспечен. Конвенции предусматривают защиту санитарных самолетов, занятых перевозкой раненых, больных и санитарного имущества. Такие самолеты не должны подвергаться нападению в тех случаях, когда они летят по определенному маршруту, установленному воюющими сторонами. Аналогичное правило содержится в конвенции и в отношении судов, занятых перевозкой медикаментов и санитарных материалов, необходимых для лечения раненых и больных или для предотвращения заболеваний.

Указанные выше санитарные учреждения, транспорт и санитарное имущество должны иметь отличительную эмблему. Госпитальные суда должны быть окрашены в белый цвет, причем на каждой стороне корпуса судна и на горизонтальных поверхностях должны быть изображены тёмно-красные кресты. Кроме того, все госпитальные суда, кроме своего национального флага, должны поднимать флаг с красным крестом на белом поле.

Правила защиты санитарных перевозок по суше, по воде и по воздуху с течением времени также потребовали корректировки в соответствии с современными условиями.

Прежде всего, гражданским санитарно-транспортным средствам была предоставлена такая же защита, какой пользовались военные санитарно-транспортные средства. Кроме того, для санитарной авиации, десятилетиями «прикованной» к земле из-за отсутствия юридических норм, обеспечивающих ее защиту от высокоразвитых в техническом отношении средств противовоздушной обороны, были приняты четкие правила, благодаря которым вновь стало возможно использовать санитарные летательные аппараты во время войны.

В целом ряде статей Протокола уточняются правила воздушной навигации, которым необходимо следовать во время полетов, связанных с выполнением медицинских функций (предварительные соглашения с различными властями, уведомления о маршрутах и планах полетов и т. д.). Более того, в целях наиболее эффективного опознавания санитарных летательных аппаратов такие электронные средства, как система вторичного радиолокационного опознавания и радиосигналы, будут использоваться во

время войны исключительно санитарно-транспортными средствами — наземными, морскими и воздушными. Эти положения имеют особенно большое значение, так как средства обнаружения достигли сегодня такого совершенства, что защита в виде красного креста, изображенного на фюзеляже самолета или на борту корабля, является практически бесполезной, поскольку такие цели могут быть поражены еще до того, как станут видимыми.

Техническая подкомиссия, заседавшая в течение двух сессий Дипломатической конференции, разработала точные правила использования отличительных сигналов, которые вошли в приложение к Протоколу I. В соответствии с этими правилами все санитарно-транспортные средства могут использовать во время войны световой сигнал в виде вспышек синего света, которым уже пользуются гражданские и военные машины скорой помощи. Кроме того, только морским и воздушным санитарно-транспортным средствам разрешается использовать определенный код системы вторичного радиолокационного опознавания, а также радиосигнал, которому предшествует отличительный сигнал приоритета. Эти международные нормы очень важны, так как должны способствовать тому, чтобы в будущем санитарные суда и летательные аппараты не подвергались нападению по ошибке, как это случалось в прошлом.

Принимая во внимание быстрое развитие технологии, принято решение о периодическом пересмотре правил опознавания техническими специалистами, совещания которых будут проводиться под эгидой Международного Комитета Красного креста.

Работа, проделанная Дипломатической конференцией, получила дальнейшее развитие в 1979 г. в ходе Всемирной административной конференции по радио, организованной Международным союзом электросвязи. На ней были приняты две резолюции, которые подтвердили, что Красному Кресту необходима постоянная сеть радиосвязи для передачи неотложных сообщений. Кроме того, к Международному Регламенту радиосвязи были добавлены особые положения, обеспечивающие более надежную защиту наземных, морских и воздушных санитарно-транспортных средств во время войны.

## **20.6 Защита медицинского персонала**

Конвенции обязывают воюющих оказывать покровительство и защиту санитарному персоналу вне зависимости от того, к какому государству он принадлежит. Согласно конвенциям, к санитарному персоналу относятся:

— лица, используемые исключительно для розыска, транспортировки и лечения раненых и больных, а также для ухода за ними (врачи, сестры, са-

нитары), и административный персонал санитарных учреждений и формирований;

— лица из состава вооруженных сил, которые специально обучены для использования их в случае необходимости в качестве вспомогательных санитаров и носильщиков раненых.

Санитарный персонал должен иметь удостоверения, выдаваемые соответствующими властями, и нарукавную повязку со знаком красного креста. Образец удостоверения приложен к конвенции.

Конвенции требуют оказывать покровительство санитарному персоналу первой категории во всех случаях; что же касается лиц второй категории, то, согласно конвенциям, покровительство распространяется на них только при исполнении ими медицинских обязанностей.

В случае, если санитарный персонал первой категории окажется во власти противника, он не считается взятым в плен, и его задерживают только на то время, какое ему необходимо для оказания медицинской помощи военнопленным. Находясь во власти противника, санитарный персонал продолжает осуществлять медицинские обязанности предпочтительно в отношении военнопленных, принадлежащих к тем же вооруженным силам, к которым принадлежит и этот персонал. Санитарному персоналу в целях выполнения его обязанностей разрешается периодически посещать военнопленных, находящихся вне лагеря, причем власти обязаны предоставлять ему транспорт. Старший врач из числа задержанных врачей и санитаров руководит их работой по оказанию медицинской помощи военнопленным и имеет прямой доступ к военным и медицинским властям лагеря. Конвенция запрещает принуждать задержанный санитарный персонал выполнять работу, не связанную с его медицинскими обязанностями.

Конвенции предусматривают возможность смены задержанного и находящегося в руках противника санитарного персонала. В тех случаях, когда раненым и больным военнопленным не требуется медицинской помощи, задержанный санитарный персонал должен быть возвращен той стороне, к которой он принадлежал. При отъезде, лица из состава санитарного персонала имеют право взять с собой личное имущество, ценности и инструменты, принадлежащие им. Отбор персонала, подлежащего возвращению, должен производиться независимо от каких-либо соображений, связанных с расой, религией или политическими убеждениями. Единственные моменты, которые должны учитываться — это срок задержания санитарного персонала и состояние здоровья.

Находясь во власти противника, санитарный персонал пользуется, по меньшей мере, всеми преимуществами, которые предоставлены военнопленным Женевской конвенцией 1949 г. об обращении с военнопленными. Конвенции гласят, что покровительство, предоставленное военному сани-

тарному персоналу, распространяется также и на медицинский персонал гражданских больниц.

Основные положения Женевских Конвенций по защите медицинского персонала были дополнены, а некоторые и пересмотрены Дипломатической конференцией. Например, в Дополнительный Протокол I были внесены особые положения, касающиеся защиты от посягательств на физическую и психическую неприкосновенность человека под предлогом требований медицины. Так, запрещается использовать людей в качестве «подопытных» или принуждать их к донорству тканей, проводить псевдомедицинские эксперименты или неоправданно удалять органы для пересадки, как это, увы, случилось в ходе некоторых конфликтов.

Что же касается лиц, выполняющих медицинские функции, то им также обеспечена более эффективная защита. Правда, в этой области не удалось достичь соглашения по всем пунктам, хотя было принято положение, согласно которому никто не может быть наказан за выполнение медицинских функций при условии, что они совместимы с медицинской этикой. Вопрос о медицинской тайне был оставлен в ведении национального законодательства той стороны в конфликте, к которой принадлежит лицо, выполняющее медицинские функции.

Таким образом, Женевские конвенции 1949 г. и Дополнительные Протоколы к ним являются подлинным достижением, направленным на улучшение защиты жертв вооруженных конфликтов. Однако для реализации задач по защите жертв войны Международному Комитету и национальным организациям Красного Креста еще предстоит приложить большие усилия для привлечения к их работе максимального количества стран и доведения информации о содержании основных положений этих документов широкой мировой общественности.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

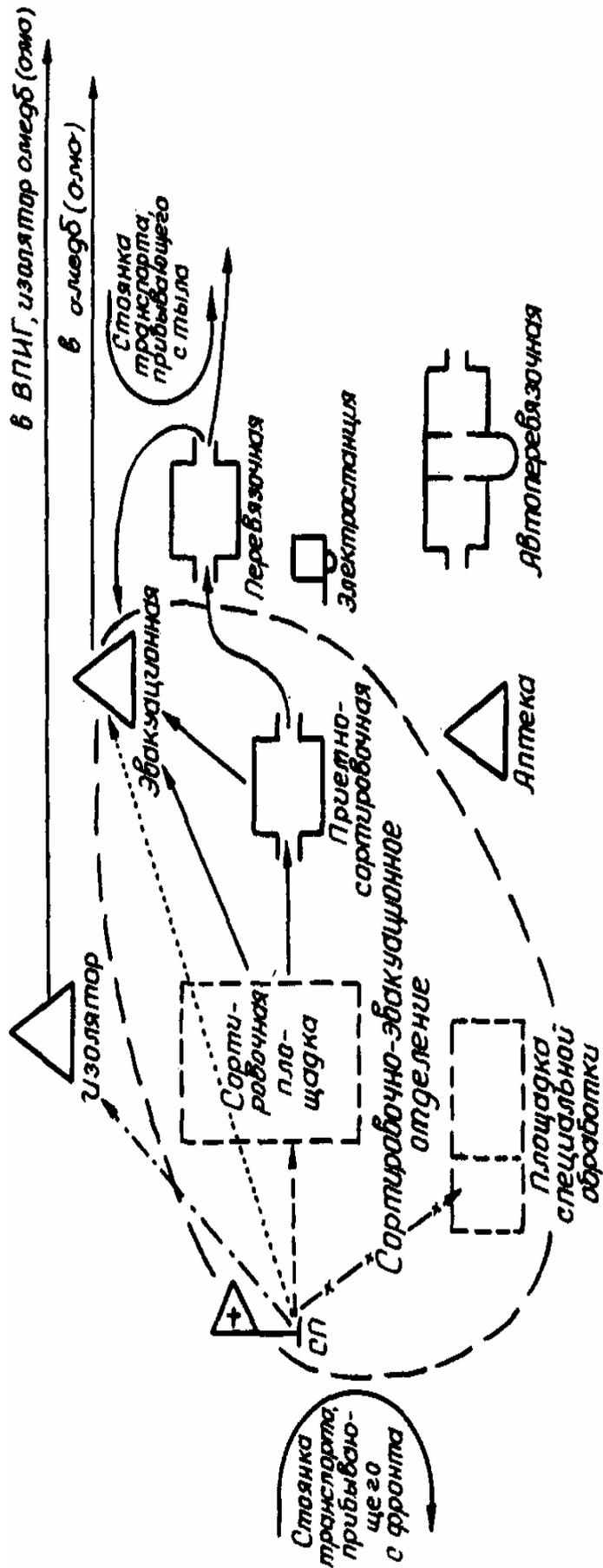
Современные требования к системе медицинского обеспечения Вооруженных Сил и постоянный процесс развития и совершенствования ее, вызывают необходимость постоянного уточнения некоторых ее положений, внесения изменений, согласно новым правовым актам государства и руководящим документам ВС РФ.

При разработке данного учебного пособия 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. Сиротко В.В., Редненко В.В., Могилевич В.В. Организация медицинского обеспечения войск. Витебск: ВГМУ, 2005 — 644с.
2. Организация и тактика медицинской службы: учебник / А.М. Шелепов и др. – Санкт-Петербург, 2005. – 502с.
3. Дорошевич В.И., Ширко Д.И., Белоногов И.А. Военная гигиена. Минск: БГМУ, 2010-305с.
4. Организация медицинского обеспечения войск: учебник / С.Н. Шнитко и др. – Мн.: БГМУ, 2008. – 575с.
5. Военно-полевая хирургия. Учебное пособие под ред. С.А. Жидкова и С.Н. Шнитко. Минск: БГМУ, 2008 — 351с.
6. 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».
7. Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 10 августа 2000 года № 1236 об утверждении «Положения об осуществлении государственного санитарного надзора в Республике Беларусь».
8. Приказ Министра обороны Республики Беларусь от 8.11.2001 № 731 «Об утверждении Положения о санитарно-эпидемиологических учреждениях МО и санитарно-эпидемиологических подразделениях ВС РБ»;
9. Устав внутренней службы Вооруженных Сил Республики Беларусь, утвержденный Указом Президента Республики Беларусь от 26 июня 2001 года № 355. — Минск, 2001. — 300с.
10. Приказ Министра обороны от 30.06.2004 №22 «О снабжении медицинскими техникой и имуществом Вооруженных Сил Республики Беларусь в мирное время».
11. Постановление МО РБ от 28.07.2006 №27 «О порядке учёта и категорирования материальных средств в Вооружённых Силах Республики Беларусь».
12. Евланов О.Л., Лобастов О.С., Кобешев С.В., Теория управления медицинской службой: становление и развитие.// Военно-медицинский журнал — 2002. — №3. — С.4-9.

Приложение 1  
Схема развертывания медицинского пункта воинской части

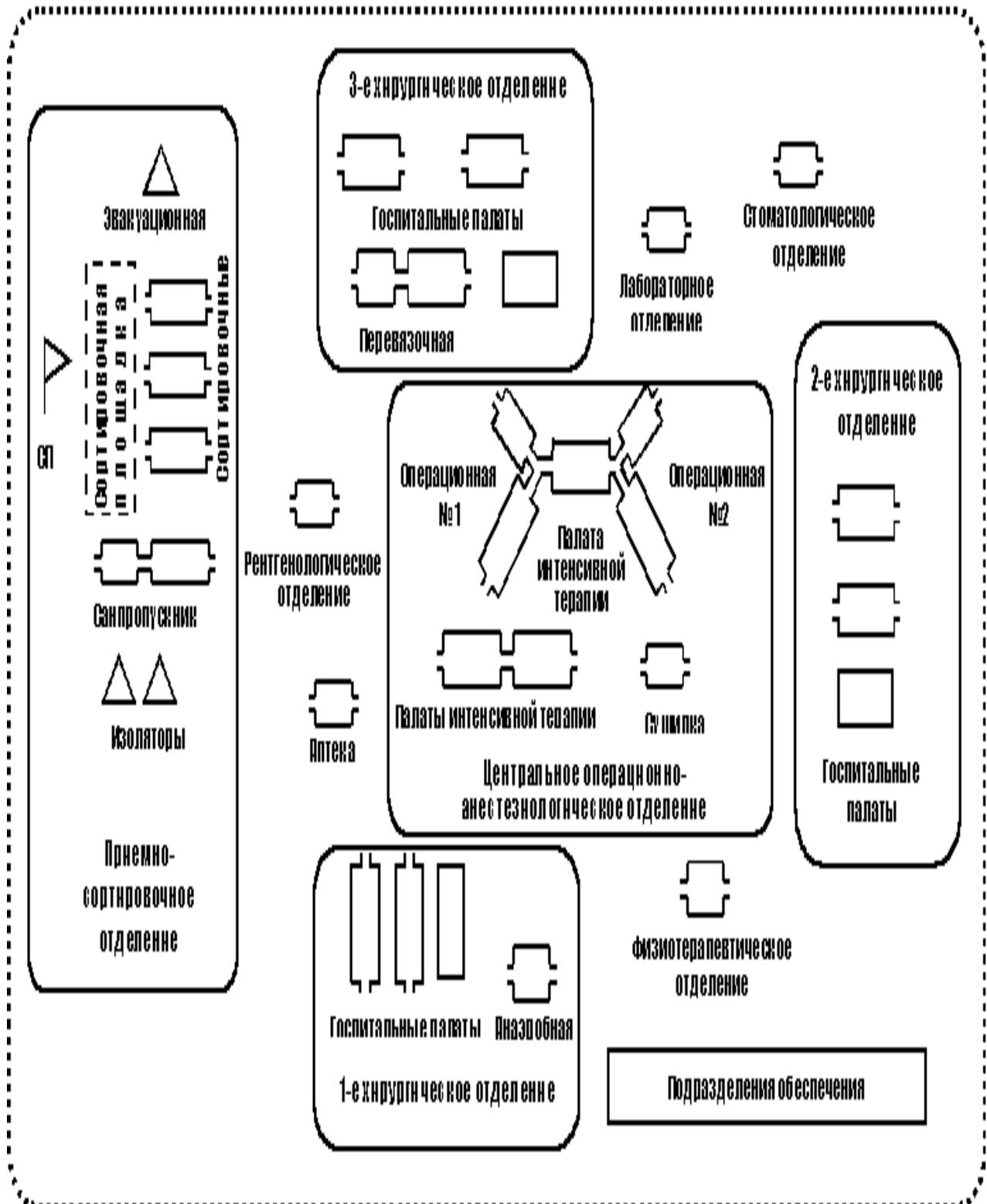


Условные обозначения:

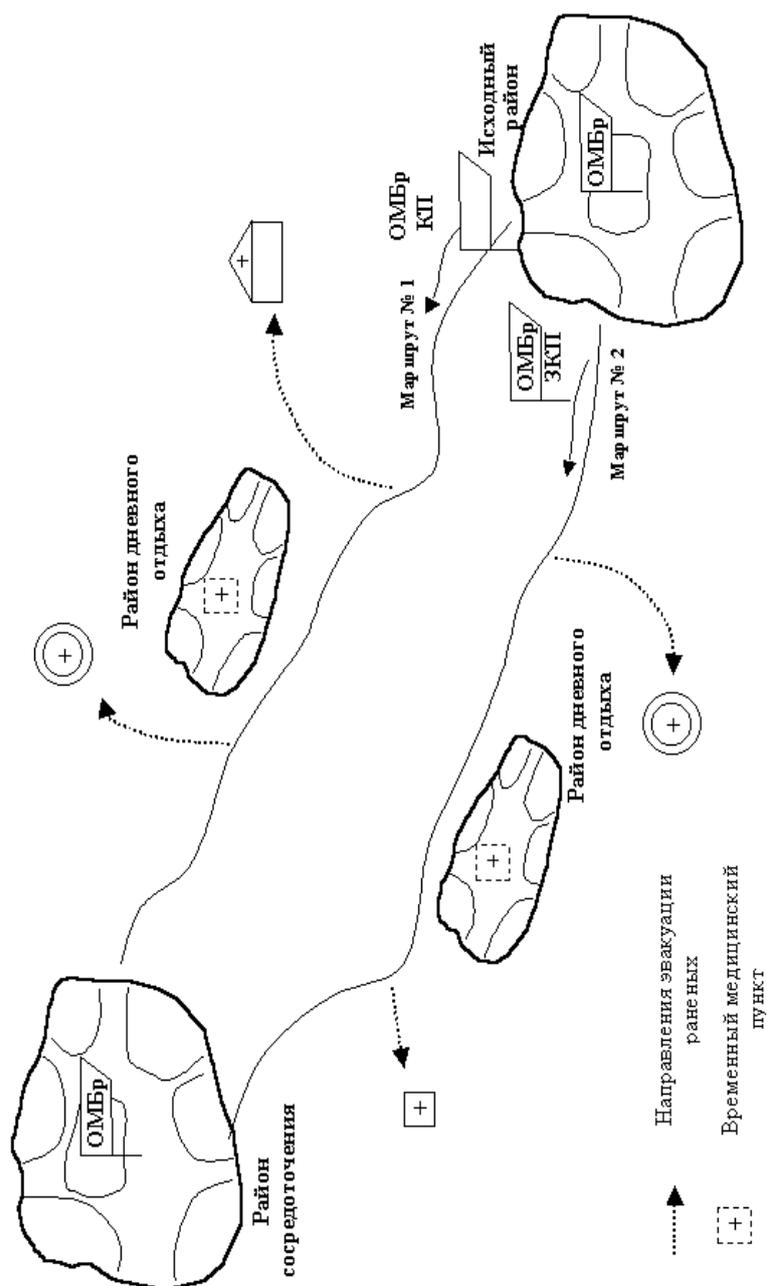
- Движение раненых и больных
- необходимые в специальной обработке;
- не нуждающиеся в специальной обработке;
- инфекционные больные;
- легкораненые и легкобольные;
- движение раненых и больных после медицинской сортировки и оказания медицинской помощи

Р и с. 9.1. Принципиальная схема развертывания МПБр (МПП)

Вариант схемы развертывания военного полевого госпиталя

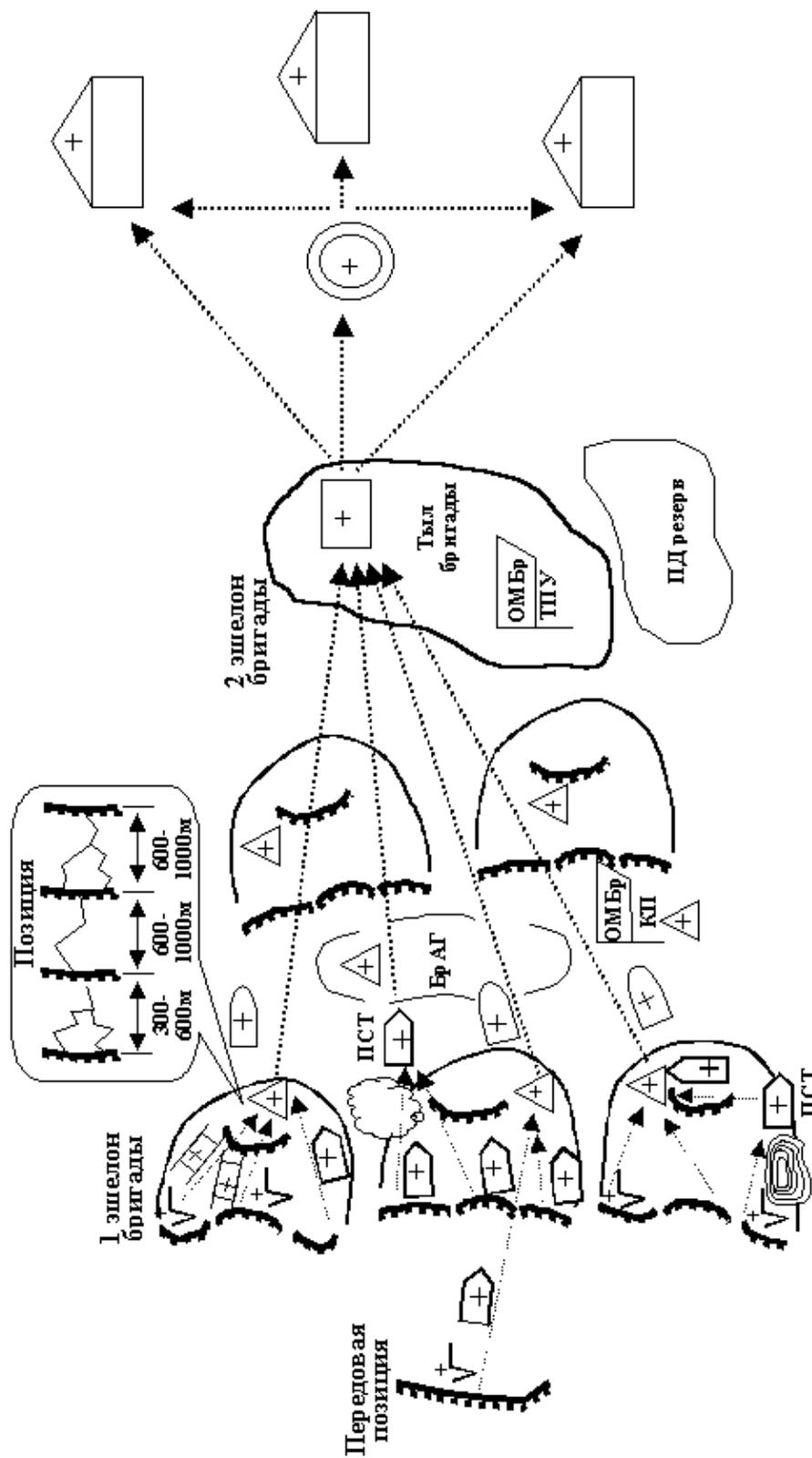


Медицинское обеспечение соединения (воинской части) при передвижении



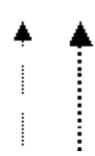
Приложение 4.

Медицинское обеспечение соединения (воинской части) в обороне



Эвакуация раненых санитарными-стрелками, звеньями санитаров носильщиков, санитарными транспортерами переднего края, выход легкораненых самостоятельно.

Эвакуация раненых автомобильным санитарным транспортом и транспортом общего назначения, авиационным транспортом (вертолетами).



Медицинское обеспечение наступления мотострелкового батальона

