

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ ОшГУ

ПОСОБИЕ

ПО ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОДГОТОВКЕ

г. Ош, 2011 г

УДК 355/359
ББК 68
П- 62

Печатается по решению редакционно-издательского совета медицинского факультета ОшГУ. Председатель д.м.н. профессор Жээнбаев Ж.Ж., члены: д.м.н. профессор Тайчиев И.Т., д.м.н. профессор Джолдубаев Ы.Д., д.м.н. профессор Жумабаев А.Р., д.м.н. профессор Камалов Ж.К., д.м.н. профессор Шатманов С.Т., д.м.н. профессор Ефремов М.М., д.м.н. профессор Сулейманов Ш.А.

Пособие рекомендовано к изданию решением Ученого Совета Ошского государственного университета. Протокол № 3 от 20.12.2010 года.

Составители:

доцент Мусаахунов К.М., д-р мед.наук. профессор Жээнбаев Ж.Ж.,
доктор мед.наук профессор Тайчиев И.Т., канд.мед.наук.,
профессор Арстанбеков М.А., ст.преподаватель Перханова Ы.А.,
преподаватель Козуев К.Б.

Рецензенты:

доктор медицинских наук, профессор Сулайманов Ш.А.,
полковник медицинской службы Абышев Э.М.

Ответственные редакторы:

Ученый секретарь ОшГУ, доцент Байсубанов М.Т., Салмина М.А.

П-62 ПОСОБИЕ ПО ВОЕННО-МЕДИЦИНСКОЙ ПОДГОТОВКЕ
Сост.К.М.Мусахунов и др. Ош; 2011.-108 стр.

ISBN 978-9967-03-702-1

Авторы пособия охватили основные узлы медицинской службы ВС КР, излагая доступным языком разделы классификации боевых санитарных потерь, организации медицинской сортировки и эвакуации, организации розыска, сбора и выноса раненых при ведении боевых операций.

Составители исходили из соображения возможностей пользоваться пособием как врачами так и медсестрами (студентами медицинского факультета и колледжей).

Даны контрольные вопросы студентам по программе для подготовке к сдаче модулей.

П 1302000000-11
ISBN 978-9967-03-702-1

УДК 355.359
ББК 68
ОшГУ. 2011

ПРЕДИСЛОВИЕ

Каждый специалист-медик является потенциальным резервом в системе оборонных мероприятий страны. В военное время медицинская служба выполняет ответственные функции медицинского обеспечения боевых действий войск, оказания эффективной высококвалифицированной медицинской помощи раненым и больным, оперативного их излечения и возвращения в строй.

Из истории общеизвестно, что в тех армиях, где медицинское обеспечение слабо или медицинская служба не в состоянии справиться с выполнением своих функций, итогом являлись огромные потери войск от заболеваний, прежде всего инфекционных, низкие результаты лечения раненых, высокий уровень летальности и инвалидности среди раненых и больных.

В современных условиях успешное решение задач возложенных на медслужбу, требует высокого уровня подготовки медицинского состава.

Программа военно-медицинской подготовки требует от студента чувства ответственности в избранной профессии, понимать особенности военных действий, в достаточной степени разбираться в боевой патологии, уметь реализовать основные принципы организации и проведения лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в условиях военного времени и чрезвычайных ситуаций мирного времени.

Наша Республика последовательно проводит политику мира со всеми государствами, являясь членом СКБ – Совета коллективной безопасности и ОДКБ – Организации договора о коллективной безопасности, активно действует в рамках принятого устава и имеет надёжную поддержку в укреплении наших границ, предотвращении явлений терроризма, как фактора реальной угрозы безопасности жизни и деятельности наших людей.

Для того чтобы быть полезным в условиях чрезвычайных ситуаций и военных условиях, уже сейчас, в мирное время необходимо настойчиво изучать основы военно-медицинской науки, её важнейшие разделы: организацию медицинского обеспечения войск, военно-полевую хирургию, военно-полевую терапию, военную эпидемиологию, военную гигиену и т.д.

Целенаправленное приобретение знаний позволит в более короткие сроки приобрести навыки и опыт, необходимые для выполнения сложных и ответственных обязанностей военного врача.

Авторы.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АИ	- аптечка индивидуальная
БС	- бактериальные средства
БО	- бактериологическое оружие
ВМП	- временный медицинский пункт
ВПГЛР	- военный полевой госпиталь для легкораненых
ВПИГ	- военный полевой инфекционный госпиталь
ВПИГ ООИ инфекций	- военный полевой инфекционный госпиталь особо опасных инфекций
ВПНГ	- военный полевой неврологический госпиталь
ВПТГ	- военный полевой терапевтический госпиталь
ВПХГ	- военный полевой хирургический госпиталь
ВПСГ	- военный полевой сортировочный госпиталь
ГБ	- госпитальная база
ГБА	- госпитальная база армии
ГЛП	- глазные лекарственные плёнки
ДМП	- дивизионный медицинский пункт
ИПП	- индивидуальный противохимический пакет
КП	- командный пункт
МПБ	- медицинский пункт батальона
МПП	- медицинский пункт полка
МРП	- медицинский распределительный пост
ОВ	- отравляющие вещества
омедб	- отдельный медицинский батальон
ОМО	- отдельный медицинский отряд
ОСО	- отдельный санитарный отряд
ОРМУ	- отдельная рота медицинского усиления
ОСМП	- отряд специализированной медицинской помощи
ОТМС	- организация и тактика медицинской службы
ПВС	- пункт водоснабжения
ПМП	- полковой медицинский пункт (в наст. время МПП)
ППБ	- продовольственный пункт батальона
ППИ	- пакет перевязочный индивидуальный
ПСТ	- пост санитарного транспорта
ПХР-МВ	- прибор химической разведки медико-ветеринарный
РВ	- радиоактивные вещества
РМП	- ротный медицинский пост
СКП	- санитарно-контрольный пункт
СМВ	- сумка медицинская войсковая
СП	- сортировочный пост
ФОВ	- фосфорорганические отравляющие вещества
ФВУ	- фильтровентиляционная установка

ЦВМУ МО - Центральное военно-медицинское управление
Министерства обороны

ЭГ - эвакуационный госпиталь

ЭП - эвакуационный приёмник

ЯТЖ - ядовитые технические жидкости

ВООРУЖЁННЫЕ СИЛЫ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Организационная структура Вооружённых Сил

Руководство Вооружёнными Силами осуществляет Президент Кыргызской Республики, который в соответствии с Конституцией КР является Верховным Главнокомандующим Вооружёнными Силами страны.

Президенту Кыргызской Республики предоставлено право в случае агрессии или непосредственной её угрозы вводить на территории страны военное положение. Президент как Верховный Главнокомандующий в пределах своих полномочий может издавать приказы и директивы, обязательные для исполнения Вооружёнными Силами Кыргызской Республики, другими войсками, воинскими формированиями и органами.

Управление Вооружёнными Силами Кыргызской Республики осуществляет министр обороны через Министерство обороны и Генеральный штаб Вооружённых Сил.

Национальные интересы Кыргызстана в области обороны заключаются в обеспечении безопасности личности, общества и государства от военной агрессии со стороны других государств. Это положение требует концентрации усилий общества и государства на планомерном военном строительстве, реформировании Вооружённых Сил, приведении их в соответствие с балансом на мировой арене и экономическими возможностями государства.

На основе анализа изменений, происшедших в характере отношений Кыргызской Республики с ведущими державами мира, можно сделать вывод, что угроза крупномасштабной агрессии против Кыргызстана в обозримом будущем практически отсутствует. Вместе с тем не исключаются попытки силового соперничества с Кыргызстаном, и реальную угрозу в области обороны Кыргызстана могут представлять:

- существующие и потенциальные очаги локальных войн и вооружённые конфликты вблизи Государственной границы Кыргызстана;
- распространение ядерного и других видов оружия массового поражения, развитие технологий их производства и средств их

доставки в сопредельных с Кыргызстаном странах или близких к нему регионов;

- расширение спектра угроз, связанного с международным терроризмом, в том числе с возможным использованием в этих целях различных видов оружия массового поражения;
- сохранение или создание крупными державами мощных группировок вооружённых сил в прилегающих к территории Кыргызстана регионах, которые даже при отсутствии агрессивных намерений в отношении нашей страны представляют собой потенциальную военную опасность.

В этих условиях главной целью практической деятельности государства признано совершенствование Вооружённых Сил КР для обеспечения безопасности страны, возможности адекватного реагирования на угрозы, которые могут возникнуть для Кыргызстана в XXI веке, при рациональных затратах на национальную оборону.

Вид Вооружённых Сил – это часть Вооружённых Сил государства, предназначенная для ведения военных действий в определённой сфере (на суше, на море, в воздушном и космическом пространстве). Вид Вооружённых Сил состоит из родов войск, специальных войск и тыла.

Род войск – это составная часть вида Вооружённых Сил, включающая воинские формирования, которые имеют свойственные только им основные виды оружия и военную технику, а также владеют методами их боевого применения.

ВОЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СЛУЖБА ВС КР

Медицинская служба Вооружённых Сил КР – это специальная служба в составе Вооружённых Сил, предназначенная для их медицинского обеспечения в мирное и военное время.

В своей практической деятельности медицинская служба ВС КР рационально использует достижения и огромный опыт военной медицины ВС СССР.

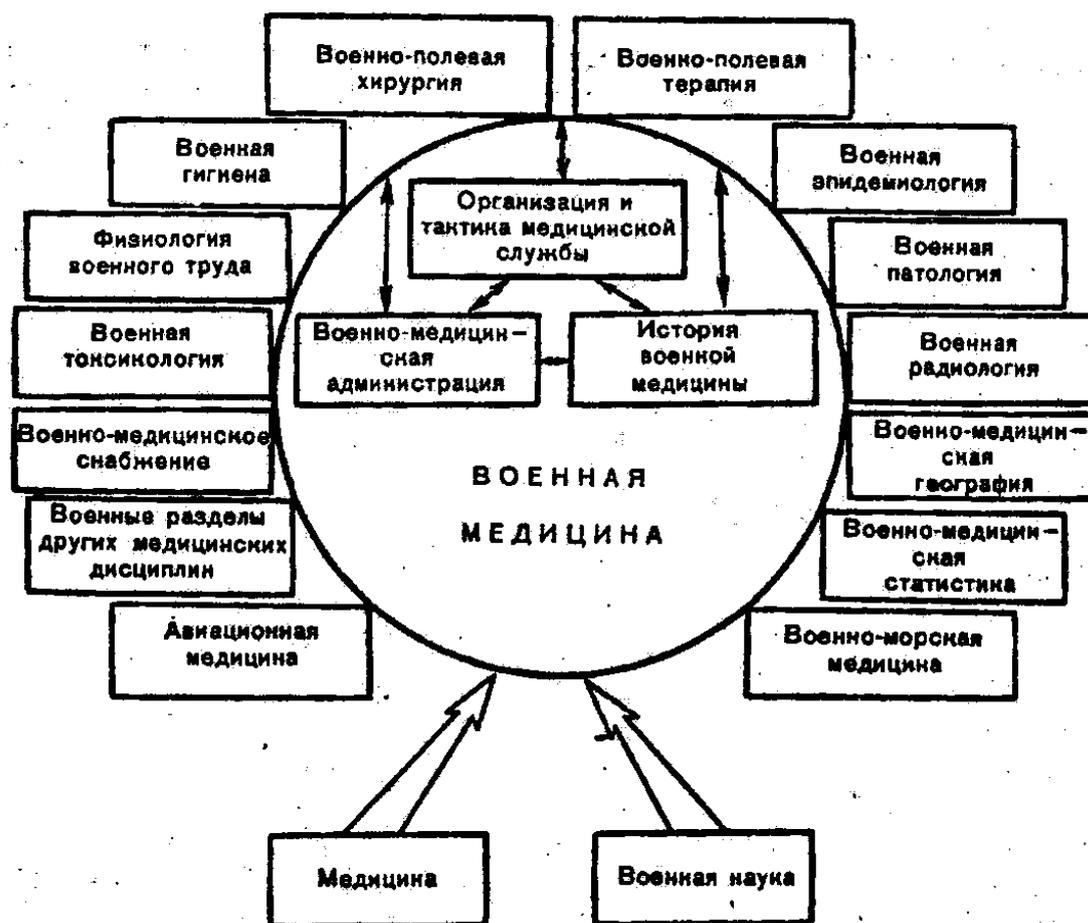
Военная медицина представляет собой систему научных знаний и сферу практической деятельности, которые направлены на сохранение и укрепление здоровья личного состава Вооружённых Сил, предупреждение заболеваний и боевых поражений военнослужащих, а также успешное лечение раненых и больных.

Военная медицинская служба КР реализует гуманные основы медицины и способствует решению главной задачи, стоящей перед Вооружёнными Силами – надёжной охране государственных интересов, а в случае войны – достижению победы над врагом.

Каждый медицинский специалист является потенциальным кадром для Вооружённых Сил КР.

Основные профессиональные требования к врачебному составу военно-медицинской службы ВС КР: он должен иметь хорошую комплексную подготовку в области медицины, военного дела и военной медицины.

Развитие военного дела, медицины и здравоохранения постоянно совершенствуется и необходимость дифференциации военной медицины – требование времени. Из её состава выделились: организация и тактика медицинской службы (ОТМС), военно-полевая хирургия, военно-полевая терапия, военная гигиена, военная эпидемиология, физиология военного труда, военная токсикология, военная радиология, военно-медицинское снабжение, военно-медицинская география, авиационная медицина, военно-медицинская статистика, история военной медицины и др.



Частные военно-медицинские науки, входящие в военную медицину.

Каждая дисциплина имеет свой объект изучения, выполняет определённые задачи, методы исследования и формы практического использования полученных результатов в медицинском обеспечении ВС.

Одной из необходимых дисциплин военной медицины – является ОТМС (организация и тактика медицинской службы). Она исследует организацию медицинского снабжения боевой деятельности войск и разрабатывает наиболее рациональные формы и методы этого обеспечения.

Основоположником ОТМС является Н.И. Пирогов. Он убедительно доказал значение организаторской деятельности врачебного состава. Дал научное обоснование организации сбора, выноса раненых с поля боя и их эвакуации, работы перевязочных пунктов, госпиталей, эвакуационных пунктов, создал учение о медицинской сортировке, внёс существенный вклад в разработку других важных вопросов организации медицинского обеспечения.

Другие военно-медицинские дисциплины в свою очередь оказывают существенное влияние на ОТМС.

Задачи медицинской службы ВС КР

Перед медицинской службой кыргызской армии в военное время стоят следующие задачи:

1. Организация и проведение системы мероприятий по оказанию медицинской помощи раненым и больным (имеющим поражения и заболевания, вызванные любым видом оружия и другими факторами при выполнении функциональных обязанностей).
2. Профилактика и предупреждение возникновения, распространения заболеваний среди личного состава войск.
3. Постоянный контроль за жизнью, бытом и боевой деятельностью войск для сохранения и укрепления здоровья военнослужащих.
4. Организация и проведение мероприятий медицинской службы по защите личного состава от оружия массового поражения.
5. Изучение особенностей возникновения и течения боевых поражений и заболеваний, а также изучение и обобщение опыта медицинского обеспечения в различных условиях боевой деятельности войск.

Вклад медиков в Великой Отечественной войне получил высокую оценку со стороны полководцев и старших военачальников СССР.

Военно-медицинская служба ВС СССР возвратила в строй 72% раненых и 90% больных, резко сократила летальность и инвалидность.

В ходе войны постоянно улучшались розыск и вынос раненых с поля боя, совершенствовались оказание медицинской помощи и лечение, что резко увеличивало возврат в строй раненых и больных. Очень важное значение имеет работа медицинской службы по предупреждению возникновения и распространения заболеваний среди личного состава войск.

Прошлые войны сопровождались эпидемиями сыпного и брюшного тифов, дизентерии, холеры и других инфекционных заболеваний (1877 – 1878 г.г. русско-турецкая война, 1914 – 1918 г.г. I мировая война и гражданской войне).

В Великой Отечественной войне советского народа против немецко-фашистских захватчиков, армия была надёжно ограждена от эпидемий. Здесь роль организации и настойчивому проведению комплекса санитарно-гигиенических мероприятий в войсках и в тылу.

Важную роль играет военно-медицинская служба в сохранении боеспособности личного состава, укреплении здоровья воинов. К работе с современной техникой нужны подготовленные, высококвалифицированные специалисты и соответственно более высокие требования к их здоровью.

Вместе с новой техникой появилось много новых факторов, которые неблагоприятно действуют на организм человека: ионизирующее и сверхвысокочастотные излучения, вибрации, быстро нарастающие шумы и ускорения, ударные перегрузки, изменённый состав воздуха. Управление техникой в крайне напряжённой обстановке, с повышением ответственности за принимаемые решения – это создаёт высокую нервно-психическую напряжённость личного состава и дополнительные физические нагрузки. Здесь имеет большое ответственное значение систематический медицинский контроль за жизнью, бытом и боевой деятельностью войск с целью сохранения и укрепления здоровья военнослужащих.

Медицинская служба МО КР в военное время организует и осуществляет комплекс различных по целям и содержанию мероприятий.

Это показано на схеме:

Медицинская служба МО КР в военное время организует и осуществляет



Все перечисленные направления деятельности медицинской службы важны. Однако основным из них является **медицинское обеспечение, которое в военное время организуется и проводится для сохранения**

боеспособности и укрепления здоровья личного состава, быстрого излечения и возвращения в строй раненых и больных, предупреждения возникновения и распространения заболеваний в войсках.

Медицинское обеспечение включает: систему лечебно-эвакуационных мероприятий; систему лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий; мероприятия медицинской службы по защите личного состава от оружия массового поражения; мероприятия по обеспечению медицинским имуществом.

Система лечебно-эвакуационных мероприятий объединяет в единый комплекс розыск, сбор и эвакуацию раненых и больных, своевременное оказание им медицинской помощи и лечение. Она осуществляется с целью сохранения жизни максимальному числу раненых и больных, обеспечения быстрого восстановления их бое- и трудоспособности.

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

Мероприятия медицинской службы по защите личного состава от оружия массового поражения направлены на предупреждение или ослабление действия на личный состав поражающих факторов ядерного, химического и бактериологического оружия. Они складываются из применения соответствующих профилактических и лечебных средств; активного участия в организации и проведении лечебно-эвакуационных и противоэпидемических мероприятий в очагах массовых санитарных потерь; медицинского контроля за состоянием здоровья военнослужащих, подвергшихся воздействию оружия массового поражения, но сохранивших боеспособность.

Мероприятия по обеспечению медицинским имуществом включают заготовку, хранение и обеспечение медицинских подразделений, частей и учреждений специальными материальными средствами, необходимыми для успешного медицинского обеспечения (медикаменты, перевязочные материалы, медицинский инструментарий, оборудование и медицинская техника и т.д.), а также обеспечение личного состава индивидуальными средствами оказания первой медицинской помощи.

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

Подготовка личного состава медицинской службы включает изучение личным составом функциональных обязанностей, приобретение и совершенствование навыков и умений их успешного выполнения; **подготовка медицинский частей, учреждений и подразделений**

заключается в достижении такого состояния, в котором они будут способны чётко и слажено выполнять возложенные на них задачи в любых условиях.

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

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

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

Военно-медицинская подготовка обеспечивает обучение всего личного состава Вооружённых Сил приёмам предупреждения поражений и заболеваний, оказания первой медицинской помощи, а также основам личной и коллективной гигиены.

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

Необходимо подчеркнуть, что указанные задачи медицинская служба решает, опираясь на постоянную помощь командования и политорганов, партийных и комсомольских организаций, при тесном взаимодействии с другими службами (инженерной, химической, продовольственной и др.).

Условия деятельности медицинской службы на войне. Под условиями деятельности медицинской службы понимается комплекс факторов боевой (оперативной), тыловой и медицинской обстановки, влияющих на организацию медицинского обеспечения. Эти факторы могут содействовать или, наоборот, затруднять решение задач, стоящих перед медицинской службой. И в том, и в другом случае медицинская служба должна их выявлять, определять степень и характер влияния, находить наиболее целесообразные формы медицинского обеспечения, позволяющие полнее использовать благоприятные факторы и уменьшать или исключать влияние неблагоприятных. Этим во многом определяется успех медицинского обеспечения, а также в значительной степени оценивается профессиональная подготовленность военного врача.

ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ВОЙСКАХ (ЧАСТИ, ПОДРАЗДЕЛЕНИИ)

В мирное время квалифицированное лечение пострадавших, как правило, осуществляется в одном лечебном учреждении, расположенном недалеко от места, где произошло заболевание, или была получена травма. В боевой обстановке это сделать нельзя: с одной стороны невозможно и нецелесообразно иметь повсюду лечебные учреждения, способные обеспечить полноценную медицинскую помощь и лечение раненых и больных с различными ранениями, поражениями и заболеваниями, с другой – имеется угроза повторных поражений пострадавших и уничтожения медицинских частей и учреждений, развёрнутых в боевых порядках войск.

Особенности работы медицинской службы действующей армии требуют создания специальной системы организации медицинской помощи и лечения раненых и больных в Вооружённых Силах. Такая система называется **системой этапного лечения раненых и больных с эвакуацией их по назначению**. Оказание исчерпывающей медицинской помощи осуществляется в госпиталях, развёртываемых на более или менее значительном удалении (от нескольких десятков до ста и более километров) от боевых порядков войск. Чтобы в ранние сроки и без значительного ухудшения состояния здоровья доставить раненых и больных в госпитали, организуется и осуществляется ряд мероприятий. Во-первых, проводятся непрерывный розыск раненых, оказание им медицинской помощи непосредственно на месте, где получено ранение, или вблизи от него, сбор и вывоз раненых с поля боя (из очагов массовых потерь). Во-вторых, обеспечивается быстрая и щадящая транспортировка пострадавших (медицинская эвакуация) в тыл. В-третьих, эвакуируемым оказывается медицинская помощь в специально развёртываемых для этой цели на путях эвакуации медицинских пунктах или в лечебных учреждениях, называемых **этапами медицинской эвакуации**.

Лечение раненых и больных в госпиталях завершает комплекс лечебно-эвакуационных мероприятий.

Таким образом, сущность системы этапного лечения с эвакуацией по назначению заключается в проведении раненым и больным последовательных и преемственных лечебных мероприятий на поле боя (в очагах массовых потерь) и на этапах медицинской эвакуации в сочетании с их эвакуацией до лечебных учреждений, обеспечивающих оказание исчерпывающей медицинской помощи и полноценное лечение.

Данная система включает две стороны: 1) оказание раненым и больным медицинской помощи и их лечение; 2) медицинскую эвакуацию. Они тесно связаны между собой и проводятся с учётом боевой и медицинской обстановки, характера ранений и заболеваний, нуждемости пострадавших в медицинской помощи и эвакуации.

На содержание и порядок проведения лечебно-эвакуационных мероприятий, потребность в соответствующих силах и средствах существенным образом влияют величина, структура и характер возникновения санитарных потерь.

КЛАССИФИКАЦИЯ БОЕВЫХ САНИТАРНЫХ ПОТЕРЬ



Убыль личного состава из рядов Вооружённых Сил вследствие ранений, поражений и заболеваний, а также вследствие других причин, связанных с боевыми действиями, называется **общими потерями**. Они подразделяются на безвозвратные и санитарные потери.

К *безвозвратным потерям* относятся убитые, умершие, попавшие в плен и пропавшие без вести. *Санитарными потерями* считают раненых и больных, утративших боеспособность на срок не менее одних суток и поступивших на медицинские пункты или в лечебные учреждения. Санитарные потери разделяются на боевые и небоевые. Боевые санитарные потери включают всех военнослужащих, получивших боевые поражения (ранения, закрытую травму, ожоги, поражения отравляющими веществами, проникающей радиацией и бактериальными средствами). Сюда же относят военнослужащих с острыми реактивными состояниями, возникающими при использовании различных видов оружия, с отморожениями, полученными в период боевых действий.

В современных условиях боевые санитарные потери могут возникать от различных видов оружия: обычного, ядерного, химического, бактериологического.

Обычные виды оружия включают огнестрельное оружие, авиационные бомбы, ракеты с обычными зарядами, а также зажигательные смеси. От их воздействия у личного состава могут возникать ранения и закрытые травмы различной локализации и характера.

Новые виды огнестрельного оружия и боеприпасов могут увеличить тяжесть травматических повреждений и удельный вес множественных травм. Так, ранения пульей калибра 5,56 мм, обладающей (по сравнению с обычной пулей калибром 7,62 мм) большей начальной скоростью и способностью кувыряться после соприкосновения с телом человека, характеризуются очень большими разрушениями тканей. Пули и снаряды со стреловидными элементами, а также «шариковые», «ананасные», «апельсиновые» бомбы, при взрыве которых возникает большое количество поражающих элементов (металлические шарики и осколки, пластмассовые шарики), разлетающихся с огромной скоростью, как правило, приводят к возникновению множественных травматических повреждений.

Применение американцами новых боеприпасов во Вьетнаме привело к тому, что 51,2% раненых имели от 2 до 5 ран, 10% - от 6 до 10 и лишь 15% - одну рану (в период второй мировой войны одно ранение имели более 70% раненых).

В локальных войнах, развязанных в последние десятилетия США и Израилем, широко применялся напалм. Высокая температура его горения (до 800° С) вызывает тяжёлые ожоги, сопровождающиеся сильными болями и общим тяжёлым состоянием.

Новыми видами обычного оружия, усиленно разрабатываемыми США, являются боеприпасы объёмного взрыва и высокоточное оружие.

Боеприпасы объёмного взрыва представляют собой ёмкость с подрывным устройством, заполненную специальным жидким горючим. При падении боеприпаса на грунт происходит распыление горючей смеси и образование топливно-воздушного облака диаметром до 15-17 м и высотой до 2,5-3 м. Затем особым зарядом облако подрывается. Эффективность такого взрыва почти в 10 раз выше, чем осколочно-фугасного боеприпаса. При взрыве у людей возникают в основном комбинированные поражения – травма + ожог + поражение оксидом углерода и др.

Высокоточное оружие обеспечивает поражение наземных малоразмерных целей (особенно бронированных объектов), находящихся на большом удалении. Системы этого оружия включают: самолёты разведки, наземный пункт управления и средства поражения, которые могут быть оснащены боеприпасами повышенного могущества. Самолёты патрулируют над своей территорией, перехватывают радиосигналы, излучаемые объектами противника, и передают их на пункт управления; здесь определяются координаты целей и их типы, осуществляется автоматическое наведение оружия на цели и даётся команда на его применение. Большая

мощность боеприпасов и точность их попадания в цель приводит к тому, что значительно увеличиваются безвозвратные потери, а среди санитарных потерь – крайне тяжёлые поражения, которые могут наблюдаться у 70% раненых. В структуре санитарных потерь будут преобладать комбинированные поражения – комбинация закрытых повреждений внутренних органов с переломами костей, закрытой травмой головного мозга и ожогами.

На схеме мы провели **классификацию санитарных потерь**. По видам применения оружия различают боевые санитарные потери от обычного ядерного, химического и бактериологического оружия. Исходя из видов поражения различают: механические повреждения, термические и радиационные поражения, поражения ОВ, микробными рецептурами бактериологического оружия, бактериальными токсинами и острые реактивные состояния.

Небоевые санитарные потери – потери войск, не связанные с воздействием оружия противника или с выполнением боевой задачи. Величина небоевых санитарных потерь относительно стабильна, а удельный вес их среди всех санитарных потерь в период боевых действий, как правило, оказывается небольшим.

Величина и структура боевых санитарных потерь личного состава зависят главным образом от средств поражения, используемых противником, масштабов и способов их применения, характера защиты личного состава. Большое значение в уменьшении величины санитарных потерь и тяжести поражений имеют умелое использование личным составом индивидуальных средств защиты от оружия массового поражения.

В интересах чёткого проведения лечебно-эвакуационных мероприятий раненых (больных) подразделяют на **легкораненых (легкобольных), раненых (больных), средней тяжести и тяжёлых**. При этом к легкораненым (легкобольным) относят раненых (больных), сохранивших способность к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, не имеющих повреждений органа зрения, крупных кровеносных сосудов и нервов, костей, внутренних органов.

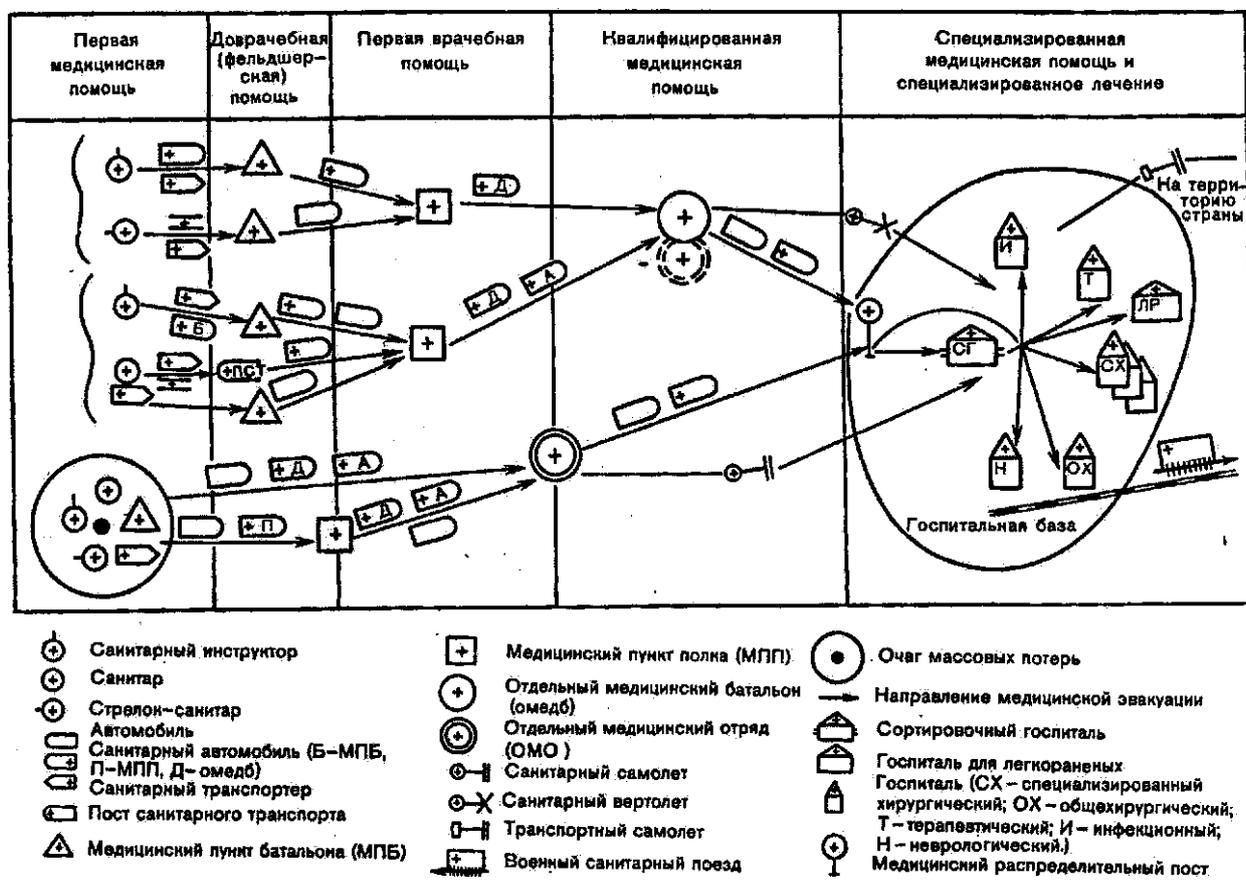
Раненые и больные, которые по состоянию здоровья могут перемещаться самостоятельно, называются *ходячими*, а нуждающиеся в переноске – *носилочными*. При эвакуации раненые подразделяются на подлежащих транспортировке сидя и лёжа.

Для обозначения пострадавших, которые вследствие тяжести состояния в данный момент не могут быть эвакуированы, употребляется термин «*нетранспортабельные*».

Организация и оказание медицинской помощи, и лечение раненых и больных

В военное время единый лечебный процесс (т.е. все те мероприятия, в которых раненые или больные нуждаются) расчленяется на отдельные виды

медицинской помощи. Их последовательно оказывают по мере эвакуации раненых и больных в тыл. Различают 5 видов медицинской помощи: первую медицинскую; доврачебную (фельдшерскую); первую врачебную; квалифицированную и специализированную медицинскую помощь.



Современная организация лечебно-эвакуационных мероприятий

Первые четыре из названных видов решают практически аналогичные задачи: устраняют явления непосредственно угрожающие жизни раненых и больных; предупреждают тяжёлые осложнения, способные ухудшить исходы и увеличить продолжительность лечения; обеспечивают безопасность дальнейшей эвакуации раненых и больных. Вместе с тем указанные виды медицинской помощи существенно отличаются по содержанию, условиям оказания, квалификации участвующего в этом медицинского персонала, наконец, по используемому медицинскому имуществу.

Первая медицинская помощь оказывается обычно на месте, где произошло ранение или заболевание, самим пострадавшим (самопомощь), товарищем (взаимопомощь), санитаром или санитарным инструктором. При этом используют содержимое аптечки индивидуальной (АИ), индивидуальный противохимический пакет (ИПП), индивидуальный перевязочный пакет. Применяют имущество сумки медицинской войсковой (СМВ) и сумки санитара (СС), состоящих на оснащении санитаров и

санитарных инструкторов, а также подручные средства (например, доски, кустарник для иммобилизации конечностей).

Доврачебную (фельдшерскую) помощь оказывают фельдшер батальона или санитарный инструктор МПБ. Мероприятия доврачебной помощи дополняют первую медицинскую помощь; для их осуществления используют возимое и носимое табельное имущество МПБ, а также подручные средства.

Первую врачебную помощь оказывают врачи общей практики на медицинских пунктах полков. Раненые (больные) должны доставляться на МПП не позже 4-5 часов с момента ранения (заболевания). Здесь могут задерживаться для окончательного лечения наиболее легко раненые (легкобольные) со сроком выздоровления до 3 суток.

Квалифицированную медицинскую помощь оказывают хирурги (квалифицированная хирургическая помощь) и терапевты (квалифицированная терапевтическая помощь) в отдельных медицинских батальонах и в отдельных отрядах. В эти учреждения раненые (больные) должны поступать не позже 8-12 часов после ранения (заболевания). В омедб и ОМО временно госпитализируют нетранспортабельных. Вместе с тем здесь могут лечиться легко раненые и легкобольные со сроком возвращения в строй до 7-10 суток.

Специализированную медицинскую помощь (нейрохирургическую, травматологическую, глазную, челюстно-лицевую, радиологическую и др.) оказывают врачи специалисты в специализированных госпиталях. Помощь носит исчерпывающий характер, в этих же лечебных учреждениях раненых и больных лечат до полного выздоровления или иного исхода.

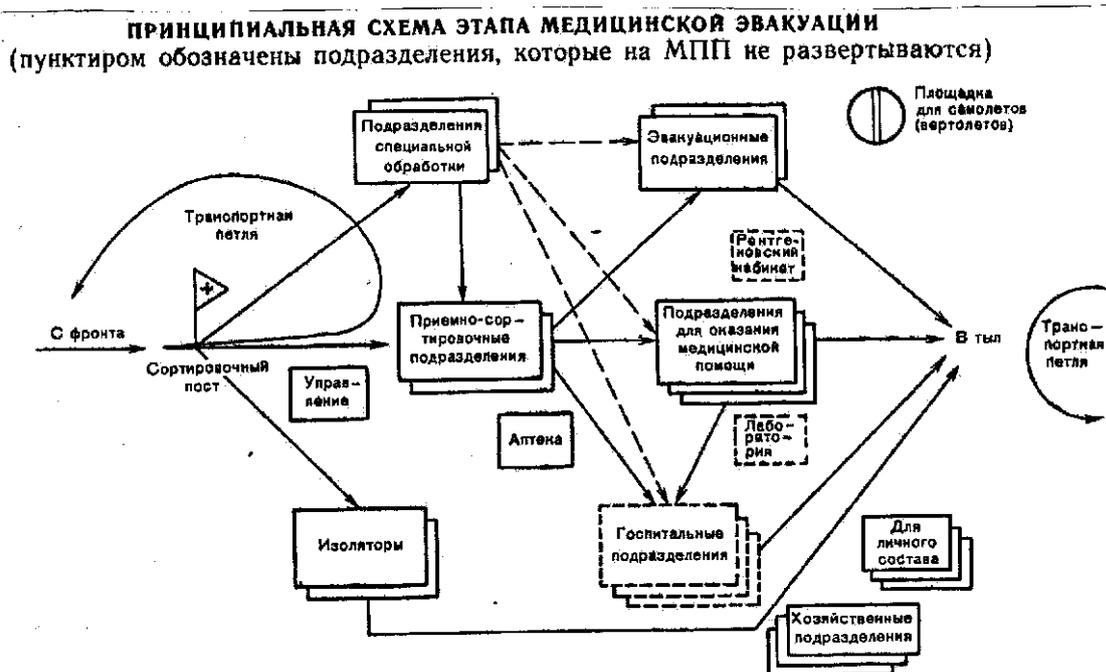
Первая врачебная, квалифицированная и специализированная врачебная помощь оказывается на этапах медицинской эвакуации. Основными этапами медицинской эвакуации являются медицинский пункт полка, отдельный медицинский батальон, отдельный медицинский отряд, госпитали в действующей армии и на территории страны. При развёртывании МПБ он также становится этапом медицинской эвакуации.

Совокупность лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых этапом медицинской эвакуации, называется объёмом медицинской помощи. В зависимости от условий обстановки он может изменяться в широких пределах. Например, в неблагоприятных условиях. Когда невозможно оказать всем нуждающимся раненым (больным) первую врачебную помощь на МПП, а квалифицированную медицинскую помощь – в омедб (ОМО), на этих этапах медицинской эвакуации может выполняться только неотложная медицинская помощь – мероприятия, без осуществления которых раненый или больной может в ближайшее время умереть.

Несмотря на существующие различия, вытекающие их особенностей содержания и организации работы этапов медицинской эвакуации, все они (кроме МПБ) развёртываются по единой принципиальной схеме.

Она предусматривает следующие функциональные подразделения: 1) приёмно-сортировочные – для приёма раненых (больных), их медицинской сортировки и регистрации; 2) специальной обработки – для санитарной обработки раненых и больных, дезактивации, дегазации и дезинфекции их обмундирования, снаряжения и личного имущества; 3) перевязочная и стоматологический кабинет на МПП, операционная, перевязочные, стоматологический кабинет, противошоковые, процедурные на других этапах медицинской эвакуации – для оказания раненым и больным медицинской помощи; 4) эвакуационные - для размещения раненых и больных, подлежащих дальнейшей эвакуации и подготовке к ней; 5) изоляторы для воздушно-капельных и желудочно-кишечных инфекционных заболеваний – для временного размещения инфекционных больных (кроме инфекционного госпиталя); 6) госпитальные подразделения – для лечения раненых и больных; 7) лаборатория и рентгеновский кабинет – для проведения соответствующих исследований.

Кроме того, в составе этапов медицинской эвакуации обычно предусматриваются помещения для управления, аптеки, личного состава, кухни, складов, а также место стоянки транспорта.



Расчленение медицинской помощи на отдельные виды и оказание каждого из них в разное время и на различных этапах медицинской эвакуации заставляют особое внимание обращать на обеспечение **последовательности и преемственности** в проведении лечебных мероприятий. С этой целью установлены единые для всех Вооружённых Сил методы лечения раненых и больных, определены содержание медицинской помощи на каждом этапе медицинской эвакуации в конкретных условиях обстановки, создана чёткая система документации, позволяющая получить необходимую информацию о проведённых ранее лечебных и профилактических мероприятиях. Обязательным требованием к

медицинской помощи является её своевременность, т.е. оказание в сроки, обеспечивающие быстрейшее восстановление здоровья раненых и больных. Поучительны в этом отношении итоги минувшей войны.

Организация медицинской эвакуации

Медицинской эвакуацией является совокупность мероприятий по доставке раненых и больных от места возникновения санитарных потерь на этапы медицинской эвакуации для своевременного оказания медицинской помощи и лечения. Медицинская эвакуация обеспечивает также высвобождение МПБ, МПП, омедб, ОМО от пострадавших и возможность их продвижения за войсками.

Для уменьшения отрицательного влияния на раненых и больных необходимо, чтобы эвакуация была быстрой и максимально щадящей. Это достигается главным образом использованием специальных санитарных транспортных средств, а также соответствующим оборудованием и приспособлением к перевозке пострадавших грузовых автомобилей медицинских пунктов (учреждений) и транспорта общего назначения.

Путь, по которому осуществляется вынос и транспортировка раненых и больных в тыл, называется **путём медицинской эвакуации**, а отрезок пути между двумя соседними этапами медицинской эвакуации – **участком медицинской эвакуации**. В большинстве случаев транспортировка раненых проводится по путям подвоза материальных средств. Совмещение путей медицинской эвакуации и подвоза способствует привлечению к эвакуации раненых и больных транспорта общего назначения, возвращающегося в тыл.

Вынос и вывоз раненых с поля боя организуется соответствующими командирами, а осуществляется медицинской службой с использованием штатных и выделенных командованием сил и средств. Непосредственным организатором и руководителем всех мероприятий по розыску раненых, их выносу и вывозу с поля боя является фельдшер батальона.

Эвакуация раненых до МПБ, если он развёртывается, проводится санитарным транспортом МПБ, автомобилями, а иногда и боевыми машинами, выделенными командиром батальона; в ряде случаев раненые до МПБ будут доставляться в санитарных транспортёрах.

До МПП пострадавшие транспортируются санитарными и приспособленными для перевозки раненых и больных грузовыми автомобилями МПП, а также транспортом общего назначения, выделенным командованием полка.

На участке от МПП до омедб или ОМО эвакуация проводится штатным санитарным и приспособленным грузовым автомобильным транспортом последних, а также автомобилями общего назначения дивизии. При необходимости медицинская служба полка может усиливаться санитарным транспортом дивизии, а медицинская служба дивизии – армейским санитарным транспортом.

Если транспорта недостаточно, значительно затруднено его движение по дорогам, а этапы медицинской эвакуации расположены недалеко друг от друга, легкокораненые и легкобольные могут направляться до МПБ и МПП, иногда и до омедб (ОМО), пешим порядком.

В этом случае в группе легкокораненых и легкобольных назначается старший и организуется контроль их прибытия на назначенный этап медицинской эвакуации.

До омедб (ОМО) медицинская эвакуация проводится по **направлению**, при этом раненые и больные проходят через все развёрнутые на пути этапы медицинской эвакуации. Начиная с омедб (ОМО), эвакуация ведётся по назначению – с учётом нуждаемости в том или ином виде специализированной медицинской помощи – в различные специализированные госпитали (например, раненые в череп – в нейрохирургический госпиталь; обожжённые – в госпиталь для обожжённых и т.д.).

Эвакуация из омедб (ОМО) осуществляется в основном штатным санитарным транспортом и приспособленным грузовым автомобильным транспортом медицинской службы армии и фронта, а также автомобилями общего назначения. Для эвакуации тяжелораненых и тяжелобольных могут применяться также авиация санитарная и общего назначения. При соответствующих условиях используется речной и морской транспорт.

Таким образом, как правило, эвакуация раненых и больных проводится транспортом вышестоящего звена медицинской службы (МПП ведёт медицинскую эвакуацию из батальонов, омедб и ОМО – из МПП и т.д.). Такой принцип организации медицинской эвакуации, являющийся основным в Вооружённых Силах, получил название «эвакуация на себя». В отдельных случаях эвакуация проводится «от себя» (своим транспортом).

Транспортные средства, на которых эвакуируются раненые и больные, по возможности должны сопровождаться медицинским персоналом.

Сопровождение обязательно при эвакуации наиболее тяжелораненых и больных, при большой протяжённости участка и при неблагоприятных условиях эвакуации. В колонне автомобилей с ранеными и больными сопровождающий находится в автомобиле, двигающемся последним.

В пути медицинский работник обязан наблюдать за состоянием раненых и больных, при необходимости используя для этого короткие остановки, оказывать медицинскую помощь нуждающимся в ней, осуществлять уход за эвакуируемыми, а после прибытия в пункт назначения – сдать их по сопроводительным документам. Транспорт должен быть обеспечен необходимым медицинским имуществом и предметами ухода.

Для эвакуации раненых и больных применяются различные транспортные средства, описание которых дано в соответствующих разделах.

Организация лечебно-эвакуационных мероприятий в очагах массовых санитарных потерь характеризуется некоторыми особенностями. Возникновение из ограниченной площади в короткий отрезок времени значительного числа поражённых заставляет привлекать к оказанию первой медицинской помощи и вывозу поражённых мощные силы и средства. По решению командования для этого используется личный состав специально выделенных подразделений (отрядов) и транспорт. В проведении лечебно-эвакуационных мероприятий в очаге принимают участие личный состав МПБ пострадавших подразделений, а также выделенный для этой цели медицинский персонал (с необходимым имуществом) и транспорт МПП и омедб.

Эвакуация поражённых из очага проводится транспортом общего назначения и санитарным транспортом; в ряде случаев для этого используются также боевые машины (бронетранспортёры, боевые машины пехоты и т.д.). Приём поражённых из очага должны вести все имеющиеся поблизости и специально развёртываемые этапы медицинской эвакуации (МПП, омедб, ОМО). С целью рассредоточения потока поражённых и ускорения медицинской помощи часть пострадавших из очага может поступать в омедб или ОМО, минуя МПП, а в госпитальную базу – минуя все предыдущие этапы медицинской эвакуации. При поступлении на медицинские пункты и в лечебные учреждения в течение короткого отрезка времени большого числа поражённых часть будет возникать необходимость в более или менее существенном сокращении объёма оказываемой медицинской помощи. Для правильного решения этого вопроса необходимо, чтобы медицинские работники хорошо знали клиническое течение современных боевых поражений и принципы их лечения.

Медицинская сортировка

Медицинской сортировкой (сортировка раненых и больных) называют распределение раненых и больных на группы исходя из нуждаемости в однородных лечебных, профилактических и эвакуационных мероприятиях.

При сосредоточении в одном месте нескольких раненых и больных медицинская сортировка должна начинаться непосредственно на поле боя и в очаге массовых потерь. При этом санитар или санитарный инструктор определяет: а) раненых и больных, нуждающихся в наиболее срочном оказании первой медицинской помощи; б) подлежащих первоочередному вывозу и выносу. Состав этих групп в основном одинаков. В такие группы надо включать пострадавших при наличии у них сильного кровотечения, выраженного удушья, ранений органов живота и таза, тяжёлого ожога, выраженной картины шока, открытого перелома бедра, судорог, а также находящихся в бессознательном состоянии. К числу наиболее нуждающихся в первой медицинской помощи следует также отнести лиц, у которых на открытых участках тела и одежде продолжает гореть

зажигательная смесь, находящихся в тлеющей одежде и расположенных на местности, заражённой ОВ, РВ или БС, и неспособных самостоятельно надеть противогаз и ввести антидот.

На МПБ как при его развёртывании в качестве этапа медицинской эвакуации, так и при работе в местах сосредоточения раненых при медицинской сортировке выделяют раненых и больных: а) наиболее нуждающихся в доврачебной медицинской помощи; б) подлежащих первоочередной эвакуации на МПП. В первую группу входят пострадавшие с продолжающимся кровотечением, выраженными расстройствами дыхания и явлениями шока, судорогами, а также тяжелораненые, не получившие ранее первой медицинской помощи.

Эвакуации на МПП подлежат в первую очередь раненые и больные при наличии у них продолжающегося кровотечения, резкого обескровливания, наложенного жгута; ранения органов живота и таза; выраженных расстройств дыхания; явлений тяжёлого шока; сложных переломов бедра, голени и повреждении крупных суставов; тяжёлого ожога; тяжёлого поражения ОВ и бактериальными токсинами; судорог. В эту же группу следует отнести лиц, находящихся в бессознательном состоянии и нуждающихся в неотложной врачебной помощи (с признаками почечной колики, острого аппендицита и т.д.).

В современных условиях на всех этапах медицинской эвакуации (кроме МПБ) медицинская сортировка раненых и больных проводится по трём основным направлениям: 1) в соответствии с нуждаемостью в санитарной обработке (имеющие заражение радиоактивными веществами свыше допустимых уровней, ОВ и БС) и в изоляции (инфекционные больные); 2) исходя из нуждаемости в медицинской помощи, её срочности и места оказания; 3) по эвакуационным признакам (возможность и целесообразность дальнейшей эвакуации, вид транспортных средств, очередность и способ транспортирования, эвакуационное назначение).

Принципиальная схема сортировки раненых и больных, поступающих на МПП

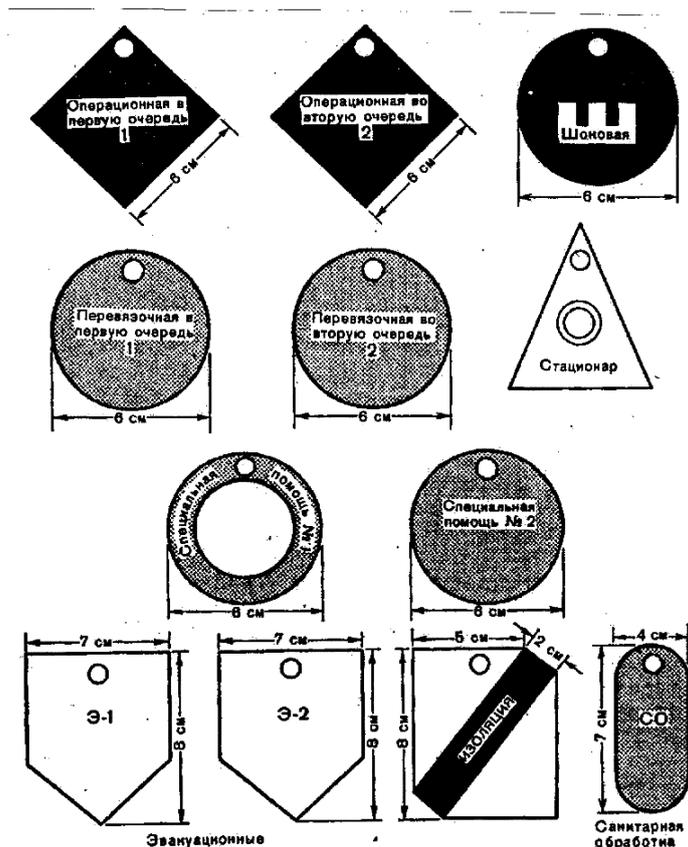


На сортировочном посту (СП) МПП санитар или санитарный инструктор выявляет и направляет нуждающихся в санитарной обработке на площадку специальной обработки, а подлежащих изоляции в изолятор. Все остальные раненые и больные поступают в приёмно-сортировочную. Ходячие от СП могут идти пешком, а носилочных доставляют на том же транспорте, в котором они прибыли на МПП. В приёмно-сортировочной в период разгрузки транспорта выявляют лиц, нуждающихся в неотлагательной медицинской помощи. Их сразу направляют в перевязочную. Остальных пострадавших размещают в приёмно-сортировочных палатках (помещениях) или на сортировочной площадке и в порядке очередности подвергают врачебной сортировке.

Медицинскую сортировку здесь следует проводить сортировочными бригадами в составе врача, двух средних медицинских работников, двух регистраторов (из числа легкораненых) и санитара. Врач с одним средним медицинским работником и регистратором подходит к раненому, оценивает его состояние, путём опроса, осмотра и обследования (без снятия повязки!) устанавливает диагноз, делает сортировочное заключение, диктует регистратору данные для заполнения «Первичной медицинской карточки», даёт указание среднему медицинскому работнику о проведении необходимых лечебно-профилактических мероприятий (введение или дача профилактических и лечебных средств, улучшение иммобилизации или повязки и т.д.) и обозначении принятого заключения соответствующей цветной сортировочной маркой.

Первичная медицинская карточка (лицевая сторона)

Сортировочные марки



Затем с другим средним медицинским работником и регистратором врач переходит к следующему раненому. В результате сортировки раненые и больные включаются в одну из следующих групп:

- нуждающиеся в медицинской помощи в перевязочной (в первую или во вторую очередь);
- подлежащие дальнейшей эвакуации в омедб или ОМО (на санитарном или грузовом транспорте) в первую или во вторую очередь (лёжа или сидя) непосредственно из приёмно-сортировочной;
- подлежащие возвращению в свои подразделения.

Для легкораненых на площадке (в палате, помещении) надо выделить отдельные места и применять другую методику их сортировки. В порядке очередности, регулируемой специально назначенным лицом, они должны подходить к врачебному столу, где также находится регистратор. Рядом с этим столом размещается стол с необходимыми средствами для оказания медицинской помощи; здесь работает средний медицинский работник.

Медицинский состав, проводящий медицинскую сортировку, должен хорошо знать характер поражений, наносимых современным оружием, их течение, организацию оказания медицинской помощи и эвакуации раненых и больных, организацию работы этапа медицинской эвакуации.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ В НАСТУПЛЕНИИ И ОБОРОНЕ

На организацию медицинского обеспечения боевых действий подразделений могут повлиять самые разнообразные факторы. Основными из них будут характер выполняемой задачи, условия боевой и тыловой обстановки, поражающие свойства применяемого противником оружия, количество и структура санитарных потерь, наличие и состояние сил и средств медицинской службы, природные и экономические особенности района (полосы) боевых действий и т.д.

Так, в наступательном бою при его высокой маневренности и скоротечности, быстрых и резких изменениях обстановки основное внимание будет уделяться проведению мероприятий по сочетанию выдвижения медицинских пунктов и эвакуационных средств с быстрейшим сбором раненых и оказанием им необходимой помощи.

При обороне, когда создаётся относительно стабильное положение войск и имеется возможность развёртывания такого этапа медицинской эвакуации, как медицинский пункт батальона, помощь раненым будет оказываться в полном объёме. Длительно пребывание войск на оборонительных позициях, приводящее к загрязнению территории различного рода отбросами, делает необходимым организацию более тщательного контроля за проведением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

При отходе главной задачей является быстрейший сбор и эвакуация раненых и больных в тыл; во встречном бою – готовность медицинских пунктов к оказанию помощи в условиях быстро меняющейся обстановки; при действиях в глубине обороны противника – своевременное продвижение медицинских пунктов за войсками и эвакуация раненых вместе с собой и т.д.

В случае применения противником средств массового поражения медицинская служба подразделений будет вынуждена одновременно решать ряд сложных задач, в первую очередь таких, как восстановление своей работоспособности, участие в ликвидации последствий применения этого оружия и обеспечение продолжающихся боевых действий.

Различной станет организация медицинского обеспечения при наступлении на противника, находящегося в непосредственном соприкосновении, или при выдвижении из района сосредоточения, при действиях подразделений в первом или втором эшелоне и т.д.

На медицинское обеспечение подразделений постоянное влияние будет оказывать также организация тыла батальона и полка, а именно: существующее размещение боевых подразделений, предполагаемый маневр ими в ходе боя, принятый для боя порядок подвоза материальных средств, начертание путей подвоза и т.д. Это предопределяет выбор направления передвижения МПБ в наступлении и район его развёртывания в обороне,

порядок использования транспорта подвоза в целях эвакуации раненых и др.

Силы и средства медицинской службы батальона. Медицинская служба в мотострелковом батальоне представлена медицинским пунктом батальона (МПБ) и санитарными инструкторами рот. В каждом мотострелковом взводе имеется стрелок-санитар. МПБ имеет в своём составе начальника медицинского пункта, санитарного инструктора, двух санитаров и четырёх водителей-санитаров. Он оснащён комплектами («Фельдшерский», «Перевязочные средства стерильные», «Шины»), сумками медицинскими войсковыми, ляжками санитарными, носилками санитарными, кислородным ингалятором и др. Медицинский пункт располагает также автомобилем с прицепом, тремя малогабаритными санитарными транспортерами. В бою он может усиливаться санитарями-носильщиками и транспортными средствами из отделения сбора и эвакуации медицинского пункта полка, а также личным составом, выделяемым командиром батальона. В случае необходимости МПБ оснащается нетабельными транспортными средствами (вьючный транспорт, лодочки-волокуши, лыжно-носилочные установки, собачьи нартовые упряжки и др.). В зимний период на МПБ должны быть подготовлены запасы имущества и материалов, позволяющие утеплять повреждённые части тела и согреть раненого (ватные конверты, меховые одеяла, горячий чай и т.д.).

Задачи медицинской службы батальона (роты). В период Великой Отечественной войны батальонный медицинский пункт был местом сбора раненых и больных в батальоне, оказания им доврачебной помощи и подготовки к эвакуации на полковой медицинский пункт. В межбоевой период на БМП проводились амбулаторный приём, санитарно-гигиенические, противоэпидемические и другие мероприятия.

В современной войне задачи медицинского пункта батальона значительно усложняются и прежде всего из-за изменения характера боевой травмы. Применение средств массового поражения, зажигательных веществ, новых видов огнестрельного оружия приведёт к увеличению доли тяжелораненых (тяжелопоражённых), количество которых может стать преобладающим. Непосредственным организатором медицинского обеспечения батальона в бою является начальник медицинского пункта. Его основные задачи заключаются в организации и осуществлении своевременного оказания раненым первой медицинской и доврачебной помощи, быстрой эвакуации их на последующие этапы; обеспечении постоянной готовности личного состава МПБ к участию в работе в любых условиях обстановки. Кроме того, он должен осуществлять наблюдение за состоянием здоровья военнослужащих, контролировать соблюдение правил личной гигиены, санитарно-гигиенических норм и правил размещения, питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания личного состава батальона; обеспечивать раннее выявление, изоляцию и направление на медицинский пункт полка инфекционных

больных, осуществлять мероприятия по предупреждению распространения инфекционных заболеваний.

На начальника МПБ возлагается также проведение медицинской разведки в районе размещения и боевых действий батальона, обучение его личного состава приёмам оказания первой медицинской помощи, своевременное обеспечение подразделений батальона и санитарных инструкторов рот положенным медицинским имуществом.

Санитарный инструктор МПБ в ходе боя принимает участие в работе медицинского пункта, помогает его начальнику в оказании доврачебной медицинской помощи, руководит деятельностью санитаров МПБ, поддерживает связь с водителями-санитарами (постами санитарного транспорта, ротными медицинскими пунктами) и получает от них информацию о местах сосредоточения раненых. При необходимости он принимает участие в сборе пострадавших и оказании им первой медицинской помощи на поле боя (в очаге массовых санитарных потерь). Санитарный инструктор должен уметь развёртывать МПБ, оборудовать эвакуационный транспорт и хорошо владеть способами погрузки и выгрузки раненых и больных. В межбоевые паузы он выполняет указания начальника МПБ и совместно с ним проводит лечебно-профилактические, противоэпидемические и другие мероприятия.

Водитель-санитар МПБ, работающий на направлении (в районе) действия роты, обязан обеспечить быстрейший розыск и вывоз (вынос) раненых с поля боя (очагов массовых санитарных потерь) до постов санитарного транспорта, либо до МПБ (на ось его передвижения) или МПП.

Он должен уметь быстро ориентироваться на местности и находить на ней пострадавших, выбирать скрытые пути подъезда (подхода) к ним и вывоза (выноса) их с поля боя; оказывать в любых условиях обстановки и при всех видах поражений первую медицинскую помощь, производить частичную санитарную обработку; под огнём противника оттаскивать поражённых в ближайшие укрытия или к транспорту; вывозить (выносить) их на транспортёрах (санитарном автомобиле) носилках, санитарных лямках и другими способами; подготавливать для перевозки раненых и больных все виды автомобилей; производить погрузку и разгрузку их; действовать на местности, заражённой отравляющими, радиоактивными веществами либо бактериальными средствами, используя индивидуальные средства защиты; обеспечивать уход за ранеными и больными, находящимися в пути следования.

Санитар медицинского пункта батальона обязан знать порядок работы МПБ в наступлении и обороне, участвовать в развёртывании медицинского пункта (поста санитарного транспорта) и выполнять указания санитарного инструктора по организации помощи раненым и больным. Санитар МПБ должен знать пути вывоза (выноса) из рот; места нахождения поста санитарного транспорта и медицинского пункта полка; уметь разыскивать пострадавших, сосредотачивать их к месту развёртывания (временной остановки) МПБ; извлекать раненых из повреждённых боевых машин и

труднодоступных мест; оказывать первую медицинскую помощь и выполнять все другие мероприятия по указанию санитарного инструктора МПБ.

Санитарный инструктор роты обязан: знать задачу роты, место медицинского пункта батальона и порядок его перемещения; докладывать командиру роты и начальнику медицинского пункта батальона о количестве раненых и больных, подлежащих вывозу или выносу с поля боя, и необходимых для этих целей силах и средствах; организовать и осуществлять розыск пострадавших на поле боя, оказывать первую медицинскую помощь тяжелораненым и тяжелобольным, проводить их сбор, укрытие и обозначение; контролировать своевременность и качество медицинской помощи, оказанной стрелками-санитарами и в порядке само – и взаимопомощи; обеспечивать эффективное использование сил и средств сбора и эвакуации раненых и больных, работающих на направлении роты. Кроме того, санитарный инструктор должен выявлять больных, оказывать им первую помощь и с разрешения командира роты отправлять на медицинский пункт батальона или полка; проводить медицинскую разведку района расположения и боевых действий роты; по указанию начальника медицинского пункта батальона осуществлять наблюдение за военнослужащими, подвергшимися воздействию оружия массового поражения, но сохранившими боеспособность, и проводить им лечебно-профилактические мероприятия. Санитарный инструктор обязан проверять выполнение личным составом правил личной гигиены, санитарное состояние района расположения и действий роты, качества питьевой воды, готовой пищи и продуктов, поступающих на довольствие роты; контролировать своевременность помывки и смены белья, проводить телесные осмотры. Он должен также обеспечивать личный состав роты медицинскими средствами профилактики и оказания первой медицинской помощи, контролировать правильность их применения; обеспечивать стрелков-санитаров медицинским имуществом, обучать личный состав роты приемам самопомощи и взаимопомощи при ранениях и заболеваниях, а также правилам личной гигиены.

Стрелок-санитар обязан знать задачу своего взвода, место нахождения командира взвода и санитарного инструктора роты. При действиях взвода в пешем порядке он должен непрерывно наблюдать за полем боя, запоминать места появления раненых, разыскивать и оказывать им первую медицинскую помощь. В случае ведения боевых действий на боевых машинах стрелок-санитар должен иметь сведения о наличии и состоянии находящихся в них раненых, организовать своевременную помощь и обеспечивать высадку пострадавших на намеченных рубежах спешивания или на других местах временной остановки машин. В любых условиях он обязан, умело использовать защитные и маскирующие свойства местности для укрытия раненых и больных, обозначать места их нахождения, знать и правильно применять медицинское оснащение, а также подручные средства для оказания первой медицинской помощи.

Оснащение младшего медицинского персонала. Стрелок-санитар (водитель-санитар, санитар), кроме предметов, положенных каждому солдату, имеет специальное снаряжение, состоящее из сумки медицинской войсковой, ляжки санитарной, ляжки специальной и нарукавного знака красного креста (при необходимости). На каждое носилочное звено санитаров-носильщиков полагаются носилки санитарные, две ляжки санитарные, сумка медицинская войсковая, два нарукавных знака красного креста. Санитарный инструктор имеет снаряжение, положенное сержанту, а также сумку медицинскую войсковую, ляжки и нарукавный знак красного креста. При необходимости младший медицинский состав обеспечивается специальными знаками и радиоприборами для обозначения мест сосредоточения раненых.

Специальное снаряжение должно быть всегда исправным и готовым к применению. Израсходованное имущество следует своевременно восполнять, снаряжение, пришедшее в негодность, заменять. Надо уметь проводить мелкий ремонт, устранять повреждения, а при необходимости подвергать имущество специальной обработке. Намокшее имущество необходимо при первой же возможности высушить, очистить от грязи, а зимой – от снега. Для того чтобы пряжки ляжки не отрывались при работе с ней, нужно своевременно контролировать надёжность их прикрепления и при необходимости подшивать прочными нитками. Надо своевременно подтягивать гайки ножек носилок, металлические части снаряжения рекомендуется смазывать ружейным маслом. Водитель-санитар должен постоянно следить за исправностью санитарной техники, своевременно обеспечивать её ремонт, осуществлять тщательный уход за транспортерами и санитарными машинами.

Медицинское обеспечение мотострелкового батальона (мотострелковой роты) в наступлении

В зависимости от обстановки и поставленных задач мотострелковый батальон может наступать на обороняющегося противника с выдвиганием их глубины и из положения непосредственного соприкосновения с ним, в первом или во втором эшелоне полка, на направлении его главного или второго удара.

Медицинское обеспечение батальона (роты) в наступлении организуется на основе решения командира батальона (роты) и указаний старшего медицинского начальника. Непосредственным организатором медицинского обеспечения батальона (роты) в бою является начальник медицинского пункта батальона (санитарный инструктор роты). Порядок работы начальника МПБ зависит от конкретной обстановки, полученной задачи и наличия времени.

В период подготовки к боевым действиям начальник МПБ обязан уяснить свою задачу, оценить боевую, тыловую обстановку и принять

оптимальное решение. Для этого он использует имеющуюся в его распоряжении информацию, указания командира (начальника штаба) батальона и начальника медицинской службы полка, а также опыт предыдущих боевых действий.

В штабе батальона он должен получить необходимые сведения о боевой задаче батальона, направлении сосредоточения его основных усилий, порядке выдвижения к рубежу атаки, перемещения командно-наблюдательно пункта батальона и его тыла в ходе боя, организации защиты от оружия массового поражения, порядке розыска и вывоза (выноса) раненых с поля боя.

Начальник медицинской службы полка сообщает решение об организации сбора и эвакуации раненых при выдвижении и в ходе боя, усилении личным составом и транспортом, месте нахождения медицинского пункта полка к началу боя и предположительном направлении (районе) его перемещения (развёртывания) в бою. От него же он получает информацию (указание) о наиболее важных мероприятиях медицинской службы по защите от оружия массового поражения, проведении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в исходном районе и в ходе боя, порядке снабжения медицинским имуществом и организации связи.

Уяснив задачу и оценив обстановку, начальник МПБ вырабатывает и докладывает командиру батальона конкретные предложения по организации медицинского обеспечения боя. После их утверждения он ставит задачу МПБ, санитарным инструкторам рот и приданному составу (если он прибыл); согласовывает их действия (по задачам, рубежам и времени), устанавливает порядок сбора, вывоза (выноса), оказания помощи при выдвижении к рубежу атаки и в ходе боя; распределяет силы и средства усиления по ротам, информирует о месте нахождения МПБ, порядке его перемещения при выдвижении войск и в ходе боя.

Начальник медицинского пункта батальона принимает меры к пополнению медицинского имущества в МПБ, а также у медицинского персонала и личного состава батальона; даёт указания о проведении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий и организует контроль за отданными распоряжениями. В установленное время он докладывает командиру батальона о готовности к выполнению поставленных задач.

Санитарный инструктор до начала боевых действий должен получить от командира роты указания о боевой задаче роты, а от начальника МПБ – о порядке розыска раненых и больных, оказания первой медицинской помощи, их вывозе (выносе) и работы МПБ в бою. Уяснив свою задачу, он проводит медицинскую разведку (при наличии к тому возможностей) района расположения (действия) роты, устанавливает взаимодействие с полковыми подразделениями сбора и эвакуации, предназначенными для работы на направлении роты, ставит им и стрелкам-санитарам задачу по оказанию помощи пострадавшим и сбору их в ходе выдвижения, при атаке

переднего края и в глубине обороны противника; проверяет готовность стрелков-санитаров (выделенных солдат) к работе по оказанию первой медицинской помощи, наличие у них и личного состава роты положенного медицинского оснащения.

Стрелок-санитар перед боем должен уяснить порядок розыска, сбора раненых и больных и оказания им первой медицинской помощи в ходе наступления, узнать, где будут находиться в бою командир взвода и санитарный инструктор роты, принять меры к обеспечению личного состава взвода индивидуальными (групповыми) средствами профилактики и оказания медицинской помощи, обучить его правилам пользования этими средствами; участвовать в контроле за своевременностью помывки личного состава и сменой ему белья, проведении телесного осмотра, докладывать командиру взвода и санитарному инструктору роты о мерах, которые необходимо принять до начала боя.

Медицинское обеспечение батальона (роты) при наступлении на обороняющегося противника с выдвиганием из глубины включает медицинское обеспечение в исходном районе, при выдвигании к рубежу перехода в атаку, в атаке и в ходе боя.

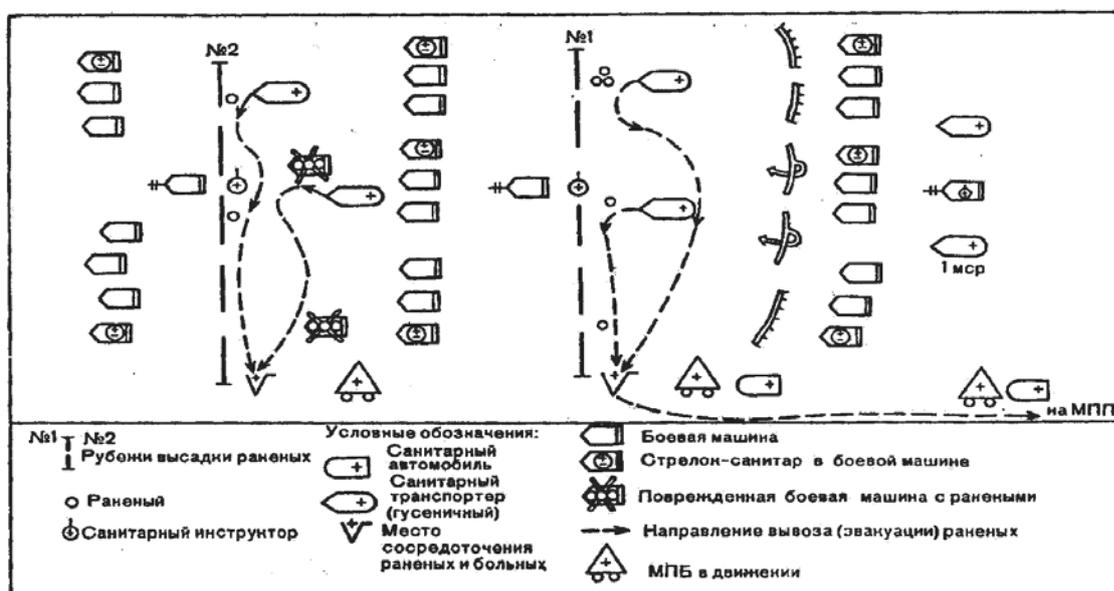
В исходном районе МПБ санитарный инструктор роты и стрелки-санитары размещаются в районе расположения своих подразделений и находятся в постоянной готовности к выдвиганию. Первая медицинская и доврачебная помощь оказывается санитарными инструкторами рот и фельдшером батальона непосредственно в подразделениях, первая врачебная – в медицинском пункте полка и частично – в развёрнутых отделениях медицинского батальона дивизии. К началу выдвигания МПБ свёртывается вместе со средствами, выделенными для усиления, занимает отведённое ему место в походной колонне. В ходе выдвигания санитарные инструкторы рот мотострелковых подразделений находятся и перемещаются, как правило, в машинах командиров рот, а стрелки-санитары – в машинах командиров взводов. Первая медицинская помощь раненым и больным оказывается в порядке само- и взаимопомощи, стрелками-санитарами и санитарными инструкторами рот непосредственно в боевых машинах (автомобилях) или после извлечения из них.

Санитарный инструктор (стрелок-санитар) принимает меры по передаче пострадавших на выдвигающийся в составе колонны полка эвакуационный транспорт МПП или сосредотачивает их в укрытиях в назначенных местах. Таковыми могут стать рубежи – регулирования, развёртывания в батальонные, ротные и взводные колонны, спешивания, а также районы вынужденных остановок. Здесь раненые находятся до подхода транспорта медицинского пункта полка или транспорта общего назначения. На нём пострадавших эвакуируют на медицинские пункты частей, находящихся в полосе выдвигания или в непосредственном соприкосновении с противником, либо в омедб (ОМО) дивизии. Медицинский пункт батальона продолжает продвигаться за подразделениями, сохраняя силы и средства для обеспечения боя.

При наступлении мотострелкового батальона (роты) на обороняющегося противника из положения непосредственного соприкосновения на боевых машинах стрелки-санитары и санитарный инструктор находятся в боевых машинах; если наступление предполагается осуществить в пешем порядке, они располагаются за боевыми порядками своих подразделений. Водители-санитары (санитары) медицинского пункта батальона (полка), выделенные в качестве усиления, размещаются на транспортёрах за боевыми порядками обеспечиваемых рот, а батальонный медицинский пункт – за боевыми порядками батальона по возможности в укрытиях и в готовности следовать за своими подразделениями. Вместе с МПБ находятся санитарные автомобили МПП, предназначенные для эвакуации раненых и больных на медицинский пункт полка.

Медицинское обеспечение батальона (роты) при атаке и прорыве обороны противника, а также в ходе наступления осуществляется в основном аналогично, как в случае выдвижения полка из глубины, так и при начале наступления из положения непосредственного соприкосновения.

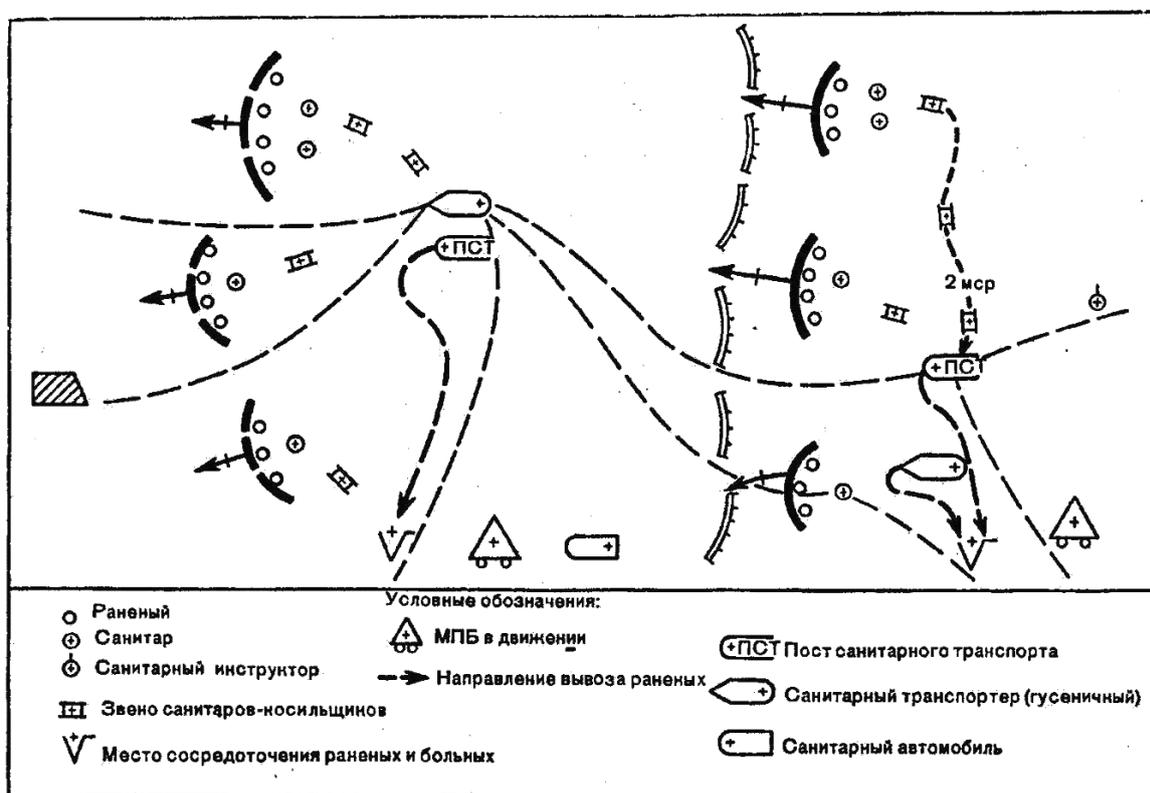
При атаке на боевых машинах раненые из состава экипажей получают первую медицинскую помощь в порядке само-и взаимопомощи (или от стрелка-санитара и санитарного инструктора) и следуют в боевой технике до тех пор, пока не представится возможность высадиться оттуда (в районах спешивания, дозаправки боевой техники, намеченных рубежей высадки и др.). В случае выхода боевой машины из строя члены экипажа принимают меры по быстрейшему извлечению пострадавших, оказанию им первой медицинской помощи, сосредоточению в ближайших укрытиях (складки местности, овраг, воронка, окоп и т.д.) и обозначению. Санитарные транспортёры следуют за боевыми порядками рот, осуществляют розыск раненых и больных, сосредоточивают их в укрытиях на маршруте перемещения медицинского пункта батальона или вывозят непосредственно на МПБ.



Организация розыска, сбора и выноса (вывоза) раненых при ведении наступательного боя на боевых машинах.

Маршрут движения санитарных транспортёров должен обеспечить розыск пострадавших во всех местах их нахождения. Личный состав санитарных транспортёров оказывает первую медицинскую помощь нуждающимся раненым и больным. Из укрытий транспортом МПП их эвакуируют в тыл.

При прорыве обороны в пешем строю на недоступной (труднодоступной) для автомобильного транспорта местности стрелки-санитары продвигаются за наступающими взводами, разыскивают раненых, оказывают им первую медицинскую помощь, группируют в укрытиях по 3-4 человека и, подав сигнал «Требуется вынос» или «Вызов санитарного инструктора», следуют за наступающим взводом.



Организация розыска, сбора и выноса (вывоза) раненых при ведении боевых действий в пешем строю.

Приданные санитары-носильщики, наблюдая за ходом боя. Принимают сигнал «Требуется вынос» и самостоятельно или по указанию санитарного инструктора выдвигаются по направлению сигнала, отыскивая по знакам, оставленным стрелками-санитарами, раненых нуждающихся в выносе. Если связь (зрительная или слуховая) с санитарным инструктором роты и санитарями-носильщиками утеряна, то звенья санитаров-

носильщиков разыскивают раненых на поле боя и выносят их на ось передвижения МПБ или (при медленном темпе наступления) на пост санитарного транспорта. При этом знак, обозначающий местонахождение раненого, на старом месте нужно снять и поставить на новом. Санитарный инструктор роты оказывает помощь наиболее тяжелораненым и принимает меры к ещё большему креплению «гнёзд» раненых.

Радиосвязь между командирами взводов и командиром роты позволяет ему знать обстановку, число раненых во взводах и принимать меры к оказанию им первой медицинской помощи.

Пост санитарного транспорта создаётся за счёт санитарного автомобиля (транспортёра), приданного МПЮ, и располагается за боевыми порядками роты в укрытии. Транспорт постов раненых вывозят на ось перемещения (в район временной остановки) МПБ или, если позволяют условия, непосредственно на МПП. В указанном случае руководство по сбору и вывозу раненых возлагается на начальника МПБ. Начальник медицинской службы полка обеспечивает завершение сбора и эвакуации раненых с поля боя после перемещения медицинских пунктов батальонов вслед за наступающими войсками.

В случае ведения боевых действий в пешем строю на доступной для механизированных средств сбора местности розыск раненых и их сосредоточение проводятся водителями-санитарами или санитарями-носильщиками на транспортёрах или без их помощи (на хорошо просматриваемых противником участках местности, в траншеях, воронках и т.д.). Из мест сосредоточения после оказания доврачебной (первой медицинской) помощи нуждающиеся раненые эвакуируются на МПП его транспортом.

При атаке в комбинированном боевом порядке (со спешиванием мотострелковых подразделений) первая медицинская помощь раненым и больным оказывается в порядке само- и взаимопомощи, стрелками-санитарами и санитарными инструкторами рот, находящимися непосредственно в боевых порядках своих подразделений, а также личным составом санитарных транспортёров.

Сбор и вывоз раненых проводится, как и при атаке на боевых машинах. Пострадавшие, которые при спешивании подразделений остались в боевых машинах, могут по распоряжению соответствующих командиров доставляться на них в районы выжидания машин или непосредственно на МПП.

Личный состав медицинского пункта батальона, перемещаясь за ротами первого эшелона по заранее намеченному маршруту, на короткие промежутки времени останавливается у мест скопления раненых, оказывает нуждающимся первую медицинскую или доврачебную помощь, сосредотачивает пострадавших в укрытиях, обозначает их или обеспечивает погрузку на транспортные средства, осуществляющие эвакуацию раненых и больных на МПП. Начальник МПБ при первой же возможности сообщает начальнику МПП о местах расположения невывезенных раненых.

Если продвижение батальона приостанавливается, то медицинская помощь оказывается в более широком объёме. В этом случае раненых доставляют к месту размещения МПБ. Здесь доврачебная помощь оказывается не только в санитарной машине, но и непосредственно на прилегающей к ней местности. Такими местами могут стать овраги, глубокие лощины, обратные скаты высот, рощи, кустарники, землянки, блиндажи, окопы, подвалы, уцелевшие части домов и т.д. При оказании помощи раненым, находящимся на повреждённых машинах, начальник МПБ работает во взаимодействии с пунктом технического обслуживания батальона. Через него он может поддерживать связь с командирами подразделений и получать от них сведения о наличии раненых и больных.

При бое в глубине обороны противника первая медицинская и доврачебная помощь оказывается в том же порядке, что и в ходе её прорыва. При действиях в пешем порядке и при невысоких темпах наступления сбор раненых организуется начальником МПБ. В случае стремительного наступления на боевых машинах розыск, вывоз и эвакуация пострадавших завершаются (дополняются) силами и средствами начальника медицинской службы полка.

В ходе боя начальник МПБ непрерывно руководит его работой и средствами сбора и вывоза, поддерживает постоянную связь с санитарными инструкторами рот и контролирует их работу по оказанию первой медицинской помощи. Он должен также постоянно поддерживать связь с начальником медицинской службы полка (начальником МПП), своевременно информировать командира батальона о медицинской обстановке, наличии раненых и больных, возникновении массовых санитарных потерь и необходимости привлечения личного состава к проведению мероприятий по розыску, оказанию первой медицинской помощи, эвакуации раненых и больных и выполнения других задач.

Медицинское обеспечение мотострелкового батальона (мотострелковой роты) в обороне

Медицинское обеспечение мотострелкового батальона (мотострелковой роты) в обороне строится в соответствии с задачами, поставленными войскам, организацией обороны, характером предстоящего боя и т.д. Чаще всего переход к обороне будет осуществляться в ходе наступления, а сама оборона – носит очаговый характер и строится по направлениям.

В этом случае медицинское обеспечение придётся организовывать в ограниченные сроки, под воздействием противника, что позволит проводить лишь наиболее важные мероприятия, имеющие решающее влияние на выполнение задач медицинской службы в бою. Наиболее благоприятная обстановка складывается при заблаговременном переходе к

обороне, когда медицинская служба имеет, как правило, достаточно времени для подготовки к работе своих сил и средств.

В период подготовки к обороне начальник МПБ уясняет полученную задачу, оценивает обстановку, принимает предварительное решение, детализирует его непосредственно на местности и докладывает командиру батальона конкретные предложения по организации медицинского обеспечения.

После утверждения решения он уточняет задачи подчинённым о порядке оказания первой медицинской помощи раненым и больным, работе средств сбора и эвакуации, проведении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, защите личного состава от оружия массового поражения, пополнении медицинского имущества во время боя, организации связи и др. В то же время имеющиеся в подразделениях раненые и больные эвакуируются на МПП; роты и МПБ доукомплектовываются личным составом, медицинским имуществом и техников; средства усиления (санитарные транспортеры, санитары-носильщики) направляются по назначению.

Для своевременной эвакуации раненых и больных из подразделений батальона на направлении действия наиболее удалённой от МПБ роты (рот) за счёт санитарной машины (санитарного транспортера) батальона начальник МПБ организует пост (посты) санитарного транспорта (ПСТ). Он размещается, возможно, ближе к опорному пункту, в укрытом от наблюдения противника месте. На путях из рот к МПБ (ПСТ) и на подходах к нему устанавливаются указатели в виде стрелки с обозначенным на ней красным крестом. Кроме того, проводится тщательная подготовка путей выноса и эвакуации из ротных районов обороны до МПБ. Она заключается в устройстве ниш в траншеях и ходах сообщений, расширении ходов сообщения в местах их поворотов, оборудовании переходных мостиков и т.д.

Медицинский пункт батальона первого эшелона обычно развёртывается в батальонном районе обороны (при переходе к обороне в ходе наступления) или за вторым эшелоном (резервом) батальона (при создании сплошных позиций). Медицинский пункт батальона, находящегося во втором эшелоне полка, развёртывается за боевыми порядками своего батальона по обстановке. Учитывая возможность вынужденного отхода своих подразделений, для МПБ должна быть заранее выбрана запасная площадка. При выборе места для МПБ учитывают также возможности защиты его от огня противника, наличие скрытых удобных подходов для раненых, санитаров-носильщиков и транспорта, как из опорных пунктов, так и с тыла. Несоблюдение указанных условий может привести к нежелательным последствиям.

В ходе Великой Отечественной войны для развёртывания МПБ использовались блиндажи, окопы, траншеи, навесы из плащ-палаток, лагерные палатки, уцелевшие строения, а нередко и просто складки местности под открытым небом. Например, на Карельском фронте в 1942

году один из МПБ был размещён в двух землянках, одна из которых предназначалась для оказания медицинской помощи раненым, другая – для подлежащих эвакуации. Простейшее оборудование землянок было сделано из подручных средств. При бое в населённых пунктах МПБ обычно развёртывались в подвалах домов, котлованов фундаментов и т.д.

В современных условиях МПБ в обороне может развёртываться в оставленных противником и своими войсками фортификационных сооружениях, подвалах достаточно прочных строений или в специально подготовленных блиндажах и убежищах, оборудованных с учётом защитных свойств местности. Укрытия должны обеспечивать размещение 5-6 раненых на носилках и 7-8 сидя. При расчете площади укрытия исходят из того, что на каждого раненого, находящегося на носилках, требуется 2,5 м², а на одного сидящего – 0,75 м². В блиндаже (другом укрытии) размещают подставки под носилки, скамейки для легкораненых, столик для перевязочного материала и шин, столик для предметов ухода и умывальник.

На МПБ необходимо иметь запас медицинского имущества, а для тяжелораненых – также термос с чаем. Поблизости от основного помещения МПБ оборудуют укрытия для санитарно-транспортных средств.

При подготовке к медицинскому обеспечению обороны санитарный инструктор роты после получения указаний командира роты и начальника МПБ тщательно изучает местность и характер оборонительных сооружений в районе ротного опорного пункта, определяет места укрытий пострадавших и пункты подхода санитарного транспорта МПБ (МПП), намечает и обозначает пути выхода, выноса и вывоза раненых. При необходимости проведения дополнительных работ по обеспечению выноса по траншеям, ходам сообщения, отсечным позициям, для поддержания удовлетворительного санитарно-гигиенического состояния роты и т.д. санитарный инструктор докладывает об этом командиру роты.

В предвидении возможного перерыва в выносе (вывозе) раненых (огневая изоляция, просачивание в тыл отдельных групп противника и др.) санитарный инструктор роты организует медицинский пост роты (МПР). Его развёртывают в опорном пункте роты в непосредственной близости от командно-наблюдательного пункта командира роты, в укрытии, с учётом возможности скрытого вывоза (выноса) раненых из взводов. Пути выноса раненых и больных до МПР, которые проходят обычно по траншеям и ходам сообщения, обозначают указателями. Местонахождение МПР доводится до сведения личного состава роты через командиров взводов.

На МПР должны находиться небольшие запасы средств оказания первой медицинской помощи, подстилочного материала, воды. Здесь же, кроме санитаров-носильщиков, обычно располагается и приданный санитарный транспортёр (санитары-носильщики), обеспечивающий вывоз (вынос) до МПР (к месту стоянки транспортёра).

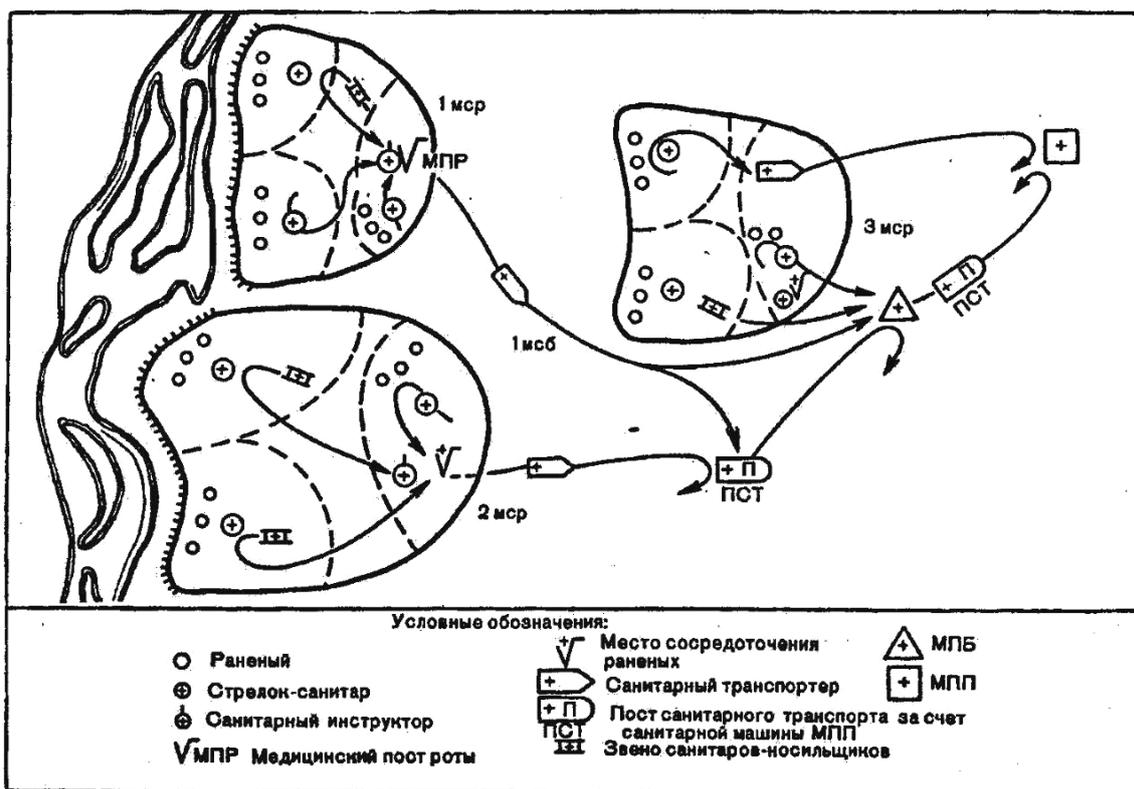
На МПР санитарный инструктор оказывает первую медицинскую помощь раненым (если она не была оказана) и обеспечивает за ним уход до тех пор, пока не появится возможность вывоза или выноса их на МПБ или ПСТ.

В ходе оборонительного боя санитарный инструктор ведёт наблюдение за районом обороны роты, поддерживает непрерывную связь со стрелками–санитарами и приданными силами и средствами. Главной его задачей является организация и проведение быстрейшего розыска раненых, оказание им первой медицинской помощи, сбора и вывоза (выноса) с поля боя. Особенно тщательно исследуются завалы, разрушенные оборонительные сооружения, зоны пожаров и другие места, где могут находиться раненые и больные.

Стрелок-санитар в бою находится по возможности недалеко от командира взвода там, откуда удобно наблюдать за полем боя и можно быстро приблизиться к раненому для оказания первой медицинской помощи. Пользуясь результатами наблюдения и информацией командиров взводов и роты (а также из других источников) о появлении раненых, он скрытно приближается к пострадавшим, оказывает им первую медицинскую помощь, укрывает от повторных поражений и обозначает заметными знаками. Личный состав подразделений сбора, используя рельеф местности и ходы сообщения, выносит раненых, как правило, к местам подхода санитарных транспортеров. Здесь водители-санитары укладывают их на транспортные средства и доставляют на МПБ или МПП. При благоприятной боевой обстановке и на доступной местности раненых с помощью санитарных транспортёров вывозят на МПБ (ПСТ, МПП) непосредственно из мест укрытий. На машине ПСТ пострадавших доставляют на МПБ или МПП. Иногда для этих целей решением командира роты, по докладу санитарного инструктора выделяют бронетранспортёры.

Личный состав, получивший лёгкое ранение, продолжает вести бой или с разрешения командира взвода со своим личным оружием и противогазом следует на МПБ или МПП. В этих целях используются санитарные автомобили, грузовой транспорт батальона и полка.

Из передовых отрядов раненые эвакуируются на МПП полка первого эшелона дивизии или непосредственно в отдельный медицинский батальон; из подразделений, обороняющих передовую позицию, - в медицинский пункт полка, от которого они выставлены.



Медицинское обеспечение батальона (роты) в обороне

Медицинское обеспечение боевого охранения организуется начальником МПБ и осуществляется санитарным инструктором роты, стрелками-санитарами, а также силами и средствами МПБ. С этой целью в подразделения боевого охранения направляются дополнительные санитары и транспортёры, на возможный путь отхода выделяется санитарный транспорт, приданный батальону начальником медицинской службы полка.

В случае вклинения противника в оборону батальона начальник МПБ должен принять срочные меры по быстрейшему вывозу раненых с поля боя и из медицинского пункта. В этих целях он использует все имеющиеся в его распоряжении силы и средства, а также немедленно докладывает командиру батальона и начальнику медицинской службы полка о дополнительном выделении транспорта (санитарного и боевых подразделений) и личного состава. При необходимости вынос раненых с поля боя прикрывается огнём обороняющихся подразделений. Для эвакуации раненых из районов, обстреливаемых ружейно-пулемётным огнём противника, целесообразно использовать бронетранспортёры и боевые машины пехоты.

При подготовке медицинского обеспечения контратаки МПБ, участвующий в ней, свёртывается и приближается к воскам; медицинская служба батальона усиливается санитарно-транспортными средствами.

Прибывшим на МПБ раненым оказывают доврачебную медицинскую помощь, её целесообразно начинать с сортировки. Она проводится по принципу определения очередности в оказании помощи и способа

транспортировки пострадавших. Личный состав, осуществляющий доврачебную помощь, проводит контроль за правильностью оказания первой медицинской помощи в ротах; исправление и наложение повязок в случаях, когда они наложены неправильно и не могут быть улучшены подбинтовкой, когда повязка сползла и раневая поверхность обнажена, если она промокла и утратила защитное значение. Личный состав МПБ осуществляет так же контроль за правильностью наложения жгута и снятие его в случае, когда последний применён без достаточных показаний, контроль иммобилизирующих повязок и шин, а также наложение их, если они не были применены в роте, закрытие открытого пневмоторакса окклюзионной повязкой; введение раненым обезболивающих и противошоковых средств, а также антибиотиков, антидотов, сывороток, лекарственных средств, способных купировать первичную реакцию на облучение, симптоматическую терапию с помощью лекарственных средств; промывание полости рта, носа, носоглотки; введение воздуховода, искусственную вентиляцию лёгких ручным аппаратом, обогревание (защита от перегревания) раненых, проведение частичной санитарной обработки и другие мероприятия.

В зависимости от сложившейся обстановки объём и вид медицинской помощи на МПБ меняются. Они могут быть расширены до неотложных мероприятий первой врачебной помощи (например, при бое в окружении, действиях батальона в передовом отряде, воздушном тактическом десанте, авангарде), когда МПБ усилен врачом или, наоборот, сокращены до первой медицинской помощи. После оказания медицинской помощи раненые и больные из МПБ в возможно короткие сроки эвакуируются на МПБ санитарно-транспортными средствами и транспортом общего назначения, а легкораненые, не нуждающиеся в госпитализации, возвращаются в свои подразделения.

В случае ведения боевых действий в условиях изоляции пострадавшие сосредотачиваются на МПБ, где им оказывают необходимую медицинскую помощь, организуют питание и уход. При восстановлении нормального сообщения на медицинский пункт полка (батальона) в первую очередь направляют тяжелораненых, нуждающихся в неотложной медицинской помощи.

Перемещение медицинского пункта батальона в тыл осуществляется с разрешения командира батальона. Лишь в крайних случаях (при непосредственной угрозе выхода противника в район развёртывания МПБ, сильном огневом воздействии противника), когда отсутствует возможность доложить командиру батальона об обстановке, передислокация МПБ может быть осуществлена распоряжением начальника медслужбы полка или начальника МПБ. После такого решения принимаются меры к возможно быстрому докладу об этом командиру и старшему медицинскому начальнику. При вынужденном перемещении МПБ раненые из ротных опорных пунктов (медицинских постов рот) распоряжением начальника

медицинской службы полка эвакуируются непосредственно на МПП. Для этого дополнительно выделяют санитарный транспорт.

МЕДИЦИНСКОЕ СНАБЖЕНИЕ

Комплектно-табельное оснащение медицинской службы

Одним из важных направлений деятельности военно-медицинской службы является обеспечение частей и учреждений Вооружённых Сил медицинским имуществом.

Понятие «медицинское имущество» очень широкое. Оно включает медикаменты, кровезамещающие жидкости, витамины, хирургические инструменты, оборудование специальных кабинетов, подвижную медицинскую и санитарную технику и многое другое.

Номенклатура медицинского имущества, применяемого для оказания медицинской помощи и лечения раненых и больных, за исключением отдельных специфических средств, аналогична той, что используется в гражданских лечебных учреждениях. Однако в отличие от гражданского здравоохранения в практике военно-медицинской службы, особенно в военное время, применяется сокращённый перечень лекарственных средств и медицинской техники, наиболее эффективных и самых необходимых. Во время войны медицинское имущество должно оперативно доставляться в соответствующий пункт к установленному сроку, в необходимом количестве и ассортименте. Это успешно достигается при снабжении войск медицинским имуществом в комплектах. Система снабжения медицинским имуществом в комплектах в сочетании со снабжением отдельными предметами по номенклатуре постоянно развивается и совершенствуется.

Комплектом называется ассортимент предметов медицинского имущества, уложенного в специальную тару, предназначенного для оказания определённого вида и объёма медицинской помощи раненым и больным.

Укомплектование медицинским имуществом осуществляется в соответствии с табелями и штатами части, учреждения. В них перечисляются наименования и количество норм снабжения, в соответствии с которыми эти части обеспечиваются. Предметы, включённые в нормы снабжения называются *табельными*. Поскольку основу норм снабжения медицинским имуществом составляют комплекты, оснащения военно-медицинской службы принято называть *комплектно-табельным*. В его состав входят аптечки, сумки, наборы, комплекты и отдельные наименования медицинского имущества и техники.

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

Функциональные комплекты предназначены для обеспечения работы соответствующего функционального подразделения медицинского

пункта части, госпиталя, например: перевязочной, приёмно-сортировочной. В состав функциональных комплектов входят медикаменты, медицинские расходные предметы и материалы, приборы, аппараты, хирургические инструменты и т.д., необходимые для выполнения медицинских мероприятий в данном подразделении.

Функциональные комплекты в свою очередь делятся на войсковые, госпитальные, для специальных кабинетов и лабораторий, для специализированной медицинской помощи.

Комплекты медицинского имущества для оказания первой медицинской, доврачебной, первой врачебной помощи предназначены для оснащения медицинских пунктов частей. Комплектами медицинского имущества для оказания квалифицированной медицинской помощи оснащают подразделения омедб, ОМО. Они рассчитаны для использования и при оказании специализированной медицинской помощи в госпиталях: перевязочная большая, дезинфекция и т.д.

Комплекты для специальных отделений, кабинетов, аптек и лабораторий предназначены для оснащения МПП, лечебных кабинетов омедб, ОМО, госпиталей и их специальных медицинских подразделений: рентгенологических, физиотерапевтических кабинетов, кабинетов лечебной физкультуры, клинических, бактериологических, вирусологических и санитарно-гигиенических, судебно-медицинских и патологоанатомических лабораторий и др.

Комплекты специального назначения предназначены для оперативного снабжения медицинским имуществом войск и медицинских учреждений во время боевых действий, а также срочной подачи имущества в очаг массовых санитарных потерь. Эти комплекты содержат в основном медикаменты и другое расходное медицинское имущество и материалы для оказания медицинской помощи определённому контингенту раненых в зависимости от характера поражений. Например, медикаменты для раненых и обожжённых, для оказания первой врачебной медицинской помощи, антибиотики, перевязочные средства (стерильные и нестерильные), шины и т.д.

Содержание комплектов и наборов устанавливается в соответствии с их предназначением, видом и объёмом медицинской помощи, на оказание которой они рассчитаны. 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. Например, аптечка бортовая летательных аппаратов на одного человека, аптечка войсковая – на 3-4 человека и т.д.

Хирургические инструменты включены в наборы из расчёта на определённый объём хирургических вмешательств в замену вышедших из строя во время операции.

Принятый в военно-медицинской службе на военное время принцип обеспечения медицинским имуществом в комплектах имеет ряд

преимуществ перед снабжением по отдельным наименованиям. Он позволяет организовать оперативное снабжение войск всем необходимым в ассортименте. Точное расчётное обоснование каждого комплекта значительно сокращает время на выполнение расчётов потребности в имуществе. С помощью комплектов в полевых условиях можно быстро оборудовать и подготовить к приёму раненых соответствующее функциональное подразделение, а после окончания работ – свернуть его и подготовить к перемещению. Специальные укладки комплектов (чехлы, укладочные ящики) обеспечивают сохранность имущества, входящего в них, в том числе при транспортизации.

Комплекты и наборы создаются (формируются) по специальным описям. В описи указывают перечень предметов, их количество, сроки хранения, вид упаковки и тип укладки. В ней имеются свободные графы, в которых производятся отметки об изменениях в наличии предметов, входящих в комплекты, или их освежении.

В комплекты, предназначенные для обеспечения хирургической помощи, включены различные хирургические инструменты. Для сокращения времени для подготовки их к операции, предохранения от повреждений при транспортировании инструменты включаются в комплекты в виде наборов. Каждый набор содержит инструменты в расчёте на определённый объём хирургических вмешательств. Количество инструментов, входящих в набор, обеспечивает замену вышедших из строя во время операции. На время хранения или перевозки инструменты раскладывают в специальные матерчатых чехлы с целью предупреждения повреждений от взаимных ударов и трений, помещают в кипятильники различной величины.

Медикаменты перед закладкой в комплект расфасовывают в стеклянные флаконы и банки с винтовой крышкой различной ёмкости. После заполнения они герметично упаковываются. Для достижения более высокой степени герметизации горловины флакона или банки под крышки дополнительно подкладывают уплотнительные элементы (прокладка или пробка) из эластичных материалов.

Хирургически инструменты и другие металлические изделия перед закладкой в комплект соответствующим образом консервируют. Каждый флакон с медикаментом или упаковка с каким-либо предметом снабжается этикеткой, на которой указывается: наименование предмета, год изготовления, серия, номер и дата анализа, дата консервации, дата расфасовки. Этикетка заверяется подписями фасовщика и контролёра.

Медицинское имущество комплектов используется только для оказания медицинской помощи раненым и больным. По мере его расходования комплекты пополняются до количеств, указанных в описях. На недостающее количество представляется заявка.

В мирное время комплекты, как правило, не используются, а содержатся в постоянной готовности к применению.

При длительном хранении во избежание порчи имущества в комплектах его периодически заменяют на более свежее, т.е. освежают. Это достигается за счёт имущества, поступающего по планам снабжения для текущих нужд части или специально для освежения. Освежение может производиться и через соответствующие учреждения гражданского здравоохранения (аптеки, аптечные склады, магазины медицинской техники). Как правило, из комплектов в порядке освежения имущество разрешается изымать только после того, как в них будет вложено равное количество тех же предметов более позднего срока изготовления.

Для всех комплектов медицинского имущества предусмотрена специальная тара (укладочные ящики, футляры, чехлы).

Имущество групповых аптек помещают в металлические футляры, содержимое сумок – в чехлы. Конструкция и размеры футляров и чехлов рассчитываются под определённый перечень имущества, в иных имеются ячейки и клапаны соответствующего размера для каждого предмета. Ячейки размещены таким образом, что при раскладывании чехла практически все предметы попадают в поле зрения.

Для комплекта «Фельдшерского» изготавливается специальная металлическая укладка. При её раскрытии обеспечивается свободный доступ ко всем предметам комплекта.

Содержимое функциональных комплектов размещается в деревянных укладочных ящиках № 1 и 2, отличающихся друг от друга по объёму. В них имеются ячейки и лоточки, позволяющие надёжно упаковывать имущество, а во время работы быстро находить необходимый предмет.

Имущество комплектов для аптек МПП и омедб размещается в укладочных ящиках № 3. Эти ящики имеют форму тумбы письменного стола с выдвигающимися ящиками. Из двух таких укладочных ящиков устраивается рабочий стол по форме письменного стола. Рабочая поверхность его вполне обеспечивает размещение оборудования для приготовления лекарств.

Медицинское имущество комплектов для парашютно-десантных войск размещается в облегчённом футляре, имеющем приспособления для закрепления его на парашютисте во время десантирования.

На крышке укладочных ящиков, футляров наносится знак красного креста и соответствующие буквенные и цифровые обозначения.

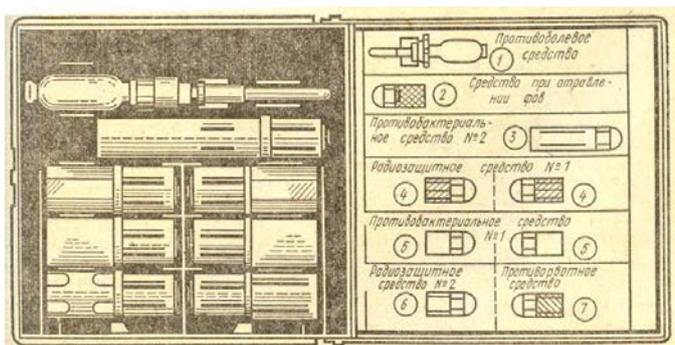
Материалы, из которых изготавливаются укладки, их лакокрасочное покрытие, а также герметичность, обеспечивают защиту содержимого от атмосферных осадков, пыли и внешних механических воздействий, а также позволяют проводить дезинфекцию, дегазацию и дезактивацию.

Для обеспечения сохранности медицинского имущества при хранении комплекты, наборы, отдельные аппараты и приборы содержатся в сухих отапливаемых помещениях в пакетах на поддонах, небольшие количества – на стеллажах.

Индивидуальное медицинское оснащение личного состава

Для оказания само- и взаимопомощи на поле боя личный состав Вооружённых Сил КР обеспечивается средствами индивидуального медицинского оснащения: аптечкой индивидуальной, индивидуальным перевязочным пакетом, индивидуальным противохимическим пакетом и средством для обеззараживания.

Аптечка индивидуальная (АИ)



Предназначена для обеспечения военнослужащих комплектом медицинских средств для немедленного индивидуального употребления при непосредственной угрозе или сразу после применения противником оружия массового поражения.

Входящие в её состав предметы размещаются в пластмассовом футляре. На внутренней стороне крышки футляра, на цветном вкладыше, приведён перечень и назначение каждого препарата.

Все лекарственные средства аптечки готовы к применению – растворы для инъекций находятся в шприц-тюбиках, таблетки – в пеналах. Колпачки шприц-тюбиков и пеналы с разными лекарственными средствами имеют разные цвета, что позволяет легко отличать их друг от друга. Различная форма футляров для таблетированных лекарственных средств даёт возможность находить нужное лекарство на ощупь.

Для каждого препарата в футляре аптечки имеется определённое место.

Индивидуальный противохимический пакет (ИПП – 8,9,10)

Предназначен для удаления ОВ, попавших на кожу или одежду военнослужащих. В порядке оказания первой медицинской помощи проводится частичная санитарная обработка с применением ИПП.

ИПП состоит из стеклянного сосуда с дегазирующей жидкостью и нескольких марлевых салфеток. Содержимое пакета помещается в полиэтиленовый мешочек.

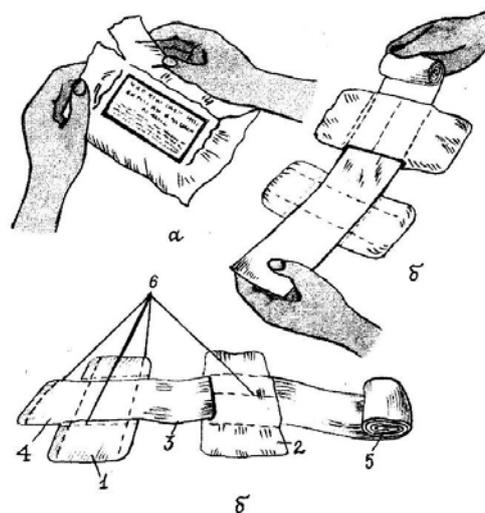
Индивидуальный противохимический пакет вариант II представляет собой алюминиевый баллон с колпачком, заполненный полидегазирующей рецептурой.



Пакет перевязочный индивидуальный (ППИ)

Используется для наложения асептической повязки раненым и обожжённым. Повязка обеспечивает защиту раны от вторичного заражения микробами и способствует остановке кровотечения.

ППИ состоит из бинта длиной 7 м, шириной 10 см. и двух стерильных ватно-марлевых подушечек размером 17х32 см. Одна из подушечек закреплена на конце бинта, другая подвижная. Благодаря этому при сквозных ранениях имеется возможность закрыть с помощью одного пакета оба раневых отверстия (входное и выходное). Цветными нитками помечены поверхности подушечек, за которые можно брать руками при наложении повязки. Для закрепления повязки в пакете имеется булавка. Содержимое пакета заворачивается в бумажную, а затем в герметическую оболочку из прорезиненной ткани.



Индивидуальный перевязочный пакет и порядок его вскрытия:
а - порядок вскрытия пакета; б - пакет в развернутом виде:
1 - неподвижная подушечка; 2 - подвижная подушечка; 3 - бинт;
4 - конец бинта; 5 - скатка бинта; 6 - цветные нитки.

Пантоцид в таблетках. Является хлорсодержащим средством для обеззараживания воды. Одна таблетка обеспечивает надёжное обеззараживание одной фляги (800 г.) воды. Она может применяться для питья через 30-40 минут после растворения таблетки. С такой же целью могут применяться таблетки натриевой соли дихлоизоциануровой кислоты.

В различных климато-географических условиях в качестве индивидуальных средств различного назначения дополнительно используются: очки защитные для защиты органа зрения от сильного УФ-излучения в пустынных, заснеженных, горных и северных районах; медикаментозные средства для отпугивания кровососущих насекомых – репелленты (жидкости, кремы, аэрозоли); сетки защитные для защиты лица и головы от кровососущих насекомых (гноса, комаров, москитов и т.п.) в таёжных и заболоченных районах. Перед применением сетки пропитывают репеллентом.

Личный состав, который при выполнении боевой задачи находится в объектах военной техники, для оказания первой медицинской помощи в случае ранения (поражения) обеспечивается групповыми средствами медицинского оснащения – различными аптечками (войсковая, бортовая для летательных аппаратов и др.).

В состав **аптечки войсковой** входят: пантоцид в таблетках, 5% раствор йода в ампулах (антисептик), 10% раствор аммиака в ампулах (возбудитель дыхательного центра), косынка для повязок, стерильные бинты и повязки медицинские малые, жгут кровоостанавливающий резиновый ленточный, булавки безопасные.

Ампулы с растворами йода и аммиака в верхней части имеют ватно-марлевую оплётку, что удобно для использования этих лекарственных средств.

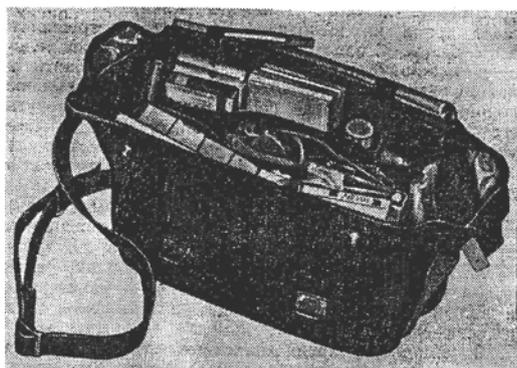
Предметы, входящие в аптечку, размещаются в специальном металлическом футляре, который закрепляется на борту или в кабине боевой машины на видном месте.

Для оказания первой медицинской помощи личному составу подразделений санитар оснащается сумкой санитаря, санитарный инструктор – сумкой медицинской войсковой, шлемом для раненых в голову, носилками санитарными и лямками санитарными носилочными, а в танковых подразделениях – и лямками санитарными специальными.

Это оснащение позволяет временно устранить причины, угрожающие жизни или способствующие развитию тяжёлого состояния, а также облегчить работу младшего медицинского персонала по выносу раненых с поля боя.

Сумка санитарная (СС). Предназначена для оказания первой медицинской помощи раненым, обожжённым и поражённым проникающей радиацией, ОВ и БС на поле боя. Обеспечивает наложение повязок (бинты, ППИ, липкий пластырь, вата гигроскопическая и др.), временную остановку артериального кровотечения, профилактику лучевой болезни (таблетки радиозащитного средства); профилактику раневой инфекции.

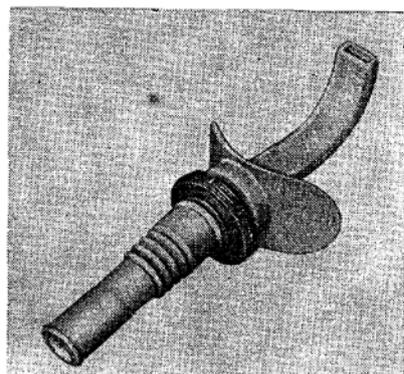
Сумка медицинская войсковая (СМВ) предназначена для оказания первой медицинской помощи раненым, обожжённым и поражённым проникающей радиацией, ОВ и БС на поле боя и в очагах массового поражения. Содержит ряд медикаментов, перевязочных средств и других медицинских предметов и обеспечивает оказание следующего объёма медицинской помощи:



- наложение повязок, подбинтовку и исправление ранее наложенных повязок (бинты, индивидуальные перевязочные пакеты, пластырь липкий, вата гигроскопическая, косынки медицинские и др.);
- временную остановку артериального кровотечения (жгуты кровоостанавливающие резиновые ленточные);
- профилактику травматического шока (противоболевое средство в шприц-тюбике);
- профилактику раневой инфекции и поражений БС (противобактериальное средство);
- профилактику лучевой болезни (таблетки радиозащитного средства в пеналах);

- оказание помощи при отравлении ФОВ (противоядие в шприц-тюбиках);
- искусственную вентиляцию лёгких и искусственное дыхание методом «изо рта в рот» (трубка дыхательная ТД-1).

При необходимости, используя содержимое СМВ, можно освободить верхние дыхательные пути от слизи, инородных тел с целью борьбы с асфиксией, промыть глаза, прополоскать полость рта, обработать кожу вокруг раны, выполнять другие медицинские мероприятия, а также оказать амбулаторную помощь больным.



Трубка дыхательная ТД-1 предназначена для искусственной вентиляции лёгких методом «изо рта в рот». Она представляет собой S-образную трубку-воздуховод с неревверсивным клапаном в средней части. Этот клапан предохраняет реаниматора от попадания в полость его рта выделений из дыхательных путей больного. Гибкий гофрированный участок, имеющийся на трубке, позволяет санитарному инструктору занимать любое положение относительно головы больного.

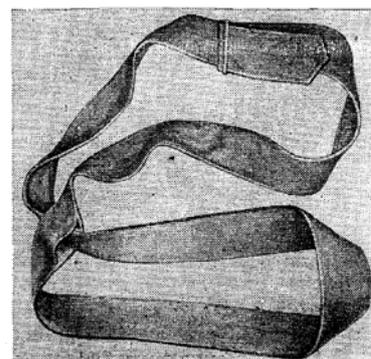
Для защиты раненых и больных от переохлаждения, а также от атмосферных осадков, пыли и грязи в СМВ имеются **накидки медицинские**. После оказания первой медицинской помощи раненый, укрытый накидкой, может достаточно продолжительное время, до 3 часов, в безопасном месте ожидать эвакуации с поля боя. Для защиты от переохлаждения раненый укрывается накидкой блестящей (металлизированной) поверхностью внутрь, а для защиты от перегревания над пострадавшим устраивается навес, при этом блестящая поверхность обращена вверх.

В целом с помощью СМВ можно оказать первую медицинскую помощь 25-30 раненым и поражённым.

Содержимое сумки размещается в соответствующих ячейках специального чехла. Конструкция чехла обеспечивает свободный доступ ко всем предметам, входящим в СМВ, и защиту их от неблагоприятных метеорологических условий. Для ведения записей в сумке имеется блокнот и карандаш.

На наружной стороне крышки чехла нанесён знак красного креста. Предметы, входящие в СМВ, используются для восполнения израсходованных личным составом подразделения индивидуальных средств медицинского оснащения. Пополнение сумки медицинским имуществом производится на МПБ.

Лямка санитарная. Предназначена для облегчения работы



санитара и санитарного инструктора по переноске или оттаскиванию раненых. Она представляет собой брезентовый ремень длиной 360 см., шириной 6,5 см. с металлической пряжкой на конце и специальной брезентовой накладкой на расстоянии 100 см. от пряжки. Конструкция лямки позволяет использовать её разными способами для чего она может складываться восьмёркой, кольцом или петлёй.

Лямка санитарная специальная. Предназначена для переноски раненых, а также извлечения их из труднодоступных мест (танк, дзот, разрушенное здание) т спуска с верхних этажей зданий. Она представляет собой брезентовый ремень длиной 360 см., шириной 6,5 см. со стальными карабинами, укреплёнными на пряжках-пятистенках на концах. На лямку нашиты металлические кольца и брезентовая накладка. Конструкция лямки позволяет использовать её несколькими способами, создавая при этом наиболее щадящие условия для раненых при извлечении их из танка, боевой машины пехоты, самоходной установки и т.д., а также облегчить труд медицинского персонала.

Носилки санитарные. Предназначены для переноски раненых и больных лёжа, а также для размещения их при перемещениях различными транспортными средствами и в медицинских пунктах, лечебных учреждениях.

Состоят из двух дюралюминиевых или деревянных брусьев, двух съёмных стальных распорок с ножками и пружинными зажимами, съёмного полотнища с подголовником. Масса носилок с металлическими брусьями 7,6 кг, с деревянными брусьями – 9 кг.

Шлем для раненых в голову (ШР).



Предназначен для защиты раненых в голову от поражения ОВ и РВ. Он представляет собой широкую маску из тонкой резины. Размеры маски позволяют надевать её раненому с повязкой на голове. Для закрепления маски и предотвращения попадания под неё ОВ и РВ имеются специальные тесёмки. Гофрированная трубка маски присоединяется к противогазовой коробке, а при необходимости – и к кислородному ингалятору.

Для обозначения мест нахождения отдельных раненых или их групп и облегчения их последующего розыска с целью выноса (вывоза) с поля боя санитары и санитарные инструкторы оснащаются радиопеленгационными приборами.

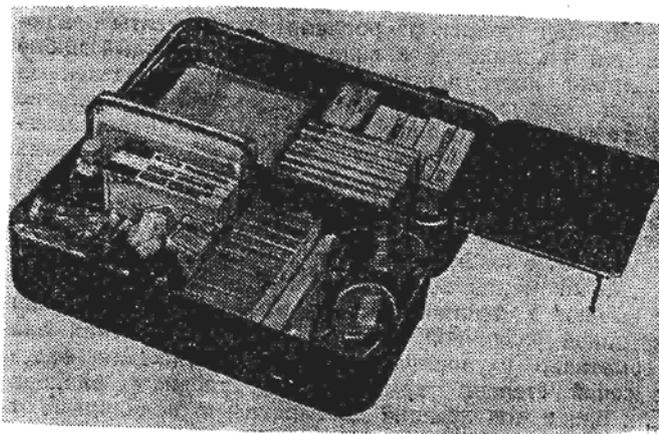
Каждый санитар и санитарный инструктор на левой руке носит отличительную белую повязку со знаком Красного Креста.

Комплектно-табельное оснащение медицинских пунктов батальона и полка

Медицинский пункт батальона оснащается медицинским имуществом для оказания доврачебной помощи раненым, больным и пополнения индивидуального медицинского оснащения у личного состава, аптек и сумок в подразделениях батальона. Оснащение МПБ включает комплекты: «Фельдшерский», «Перевязочные средства стерильные», «Шины», сумки санитарные и медицинские войсковые, ингалятор кислородный КИ-4, портативный ручной аппарат для искусственного дыхания ДП-10, носилки санитарные и иммобилизирующие вакуумные, лямки санитарные и специальные Ш-4, шлемы для раненых в голову, накидки медицинские. Всё это позволяет дополнить и расширить мероприятия первой медицинской помощи.

Комплект «Фельдшерский».

Предназначен для оказания доврачебной медицинской помощи раненым, обожжённым, поражённым ионизирующими излучениями, ОВ и БС. В комплект входят: противоболевое средство в шприц-тюбиках, антидот в шприц-тюбиках, анальгетики (амидопирин, кодеин),



спазмолитик (амилнитрит), аналептик (кордиамин), возбуждатель ЦНС (кофеин), возбуждатель дыхательного центра (раствор аммиака в ампулах в оплётке), антибиотики (доксциклин, тетрациклин), антисептики (раствор йода в ампулах в оплётке, калия перманганат), адреномиметик (эфедрина гидрохлорид) и другие лекарственные средства. В комплекте имеются также жгуты кровоостанавливающие резиновые ленточные, нож садовый, ножницы хирургические, пинцеты анатомический и хирургический, скальпель, шприцы и футляры-стерилизаторы к ним, термометры медицинские и т.д.

С помощью предметов, входящих в комплект, можно произвести временную остановку кровотечения, искусственную вентиляцию лёгких (трубка дыхательная ТД-1), введение болеутоляющих, антидотных и других средств, осуществлять мероприятия по борьбе с раневой инфекцией (антибиотик), асфиксией и т.п. Липким пластырем можно укрепить старые или фиксировать свежие повязки.

Всё имущество комплекта размещается в соответствующих ячейках специального укладочного ящика. В укладке для каждого предмета предусмотрено определённое место. В ней имеется специальная откидная панель, которая используется как столик для медикаментов и других

предметов, используемых при оказании медицинской помощи. На верхней крышке укладки укреплена ручка для переноски комплекта.

Комплекты «Перевязочные средства Б-1, Б-3». В них входят стерильные марлевые бинты трёх размеров (16 см X 10м; 14 см X 7 м; 10 см X 5 м), вата гигроскопическая, повязки большие и малые, подушки ватно-марлевые малые, салфетки малые и большие. Кроме того, в комплект входят и отдельные нестерильные средства: вата компрессная, лента ватно-марлевая из компрессной ваты размером 50 см X 2 м и косынки медицинские для повязок.

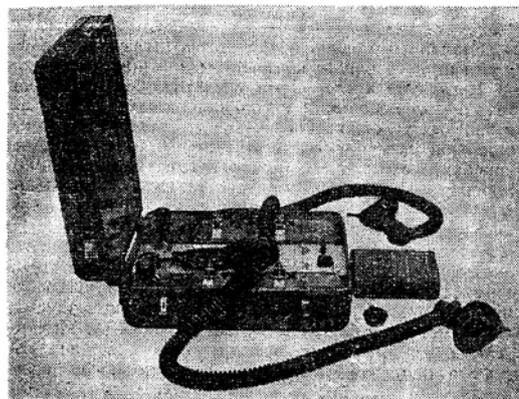
С помощью этих перевязочных средств на МПБ поправляются и закрепляются сбившиеся ранее наложенные повязки и шины. Содержимое комплекта размещается в фанерном ящике разового употребления.

Комплект «Шины». Содержит стандартные фиксационные шины: фанерные, проволочные лестничные, подбородочные с головными повязками к ним и транспортные для бедра. Эти шины позволяют производить транспортную иммобилизацию при переломах верхних и нижних конечностей, таза, нижней челюсти, ранения крупных сосудов и нервов, обширных повреждений мягких тканей и т.п. Шины, входящие в комплект, укладываются в матерчатый чехол.

Стандартные шины МПБ отпускаются в зависимости от потребности комплектом или поштучно.

Ингалятор кислородный КИ-2.

Предназначен для терапии кислородом и кислородно-воздушной смесью в полевых условиях. Он состоит из двух кислородных баллонов вместимостью 2 л. с вентилями, клапанной коробки, дыхательного мешка, масок, гофрированных шлангов. Ингалятор смонтирован в металлическом футляре. Он обеспечивает подачу чистого кислорода или кислородно-воздушной



смеси одновременно двум раненым в непрерывном и лёгочно-автоматическом режиме, что достигается соответствующими переключениями клапанной коробки. Процентное содержание кислорода в кислородно-воздушной смеси может составлять 40, 60, 80 и 100%. При работе в лёгочно-автоматическом режиме подача кислорода пациентам осуществляется только во время вдоха.

Конструкция ингалятора позволяет при необходимости присоединять к отверстию, через которое производится подсос воздуха, противогазовую коробку. Это даёт возможность использовать ингалятор в атмосфере, заражённой РВ и БС.

Аппарат для искусственного дыхания портативный ручной ДП-10. Служит для кратковременной искусственной вентиляции лёгких ручным способом при оказании медицинской помощи в полевых условиях.

Представляет собой резиновый мешок, армированный пористым пластиком для расправления после сжатия.



Мешок имеет два патрубка с всасывающим и нагнетательным клапанами, которые позволяют совершать активных вдох в результате сжатия мешка, а затем – пассивный выдох в атмосферу через отверстие в клапанной коробке, одновременно мешок заполняется новой порцией воздуха.

Аппарат имеет специальный отвод для присоединения к источнику кислорода, что позволяет при необходимости подавать в лёгкие пациента кислородно-воздушную смесь. Его можно применять и в заражённой атмосфере, для чего предварительно к всасывающему клапану присоединяют противогазовую коробку, а маску аппарата заменяют маской противогаза.

В комплект аппарата входят мешок дыхательный, языкодержатель, роторасширитель, маска и воздухопроводы разных типов и размеров, угольник, гофрированные и газопроводные шланги. Весь аппарат укладывается в небольшой металлический футляр.

Носилки иммобилизирующие вакуумные НИВ-2. Используются для транспортной иммобилизации раненых с повреждениями костей позвоночника, таза, а также для создания щадящих условий при эвакуации пострадавших с общей тяжёлой травмой и обширными ожогами. Состоят из воздухонепроницаемой прорезиненной оболочки, на $\frac{2}{3}$ объёма заполненной гранулами пенополистирола, которые при откачивании из оболочки воздуха образуют жёсткое ложе, смоделированное по контурам человеческого тела. В комплект носилок входят также вакуумный насос и элементы фиксации раненого.

Время развёртывания и иммобилизации 8 – 10 мин, масса носилок в комплекте 13 кг.

Медицинский пункт полка оснащается всем необходимым медицинским имуществом для оказания первой врачебной помощи. Прежде всего, это комплекты: «Приёмно-сортировочный», «Перевязочная большая», «Зубоврачебный», «Дезинфекция», «Аптека медицинского пункта части» и др. Кроме комплектов, МПП обеспечивается средствами для оборудования его функциональных подразделений (полевая медицинская мебель и типовое медицинское оборудование), кислородно-дыхательной аппаратурой (ингалятор кислородный КИ-4, аппараты для ИВЛ автоматические и ручные), а также отдельными приборами и аппаратами: инъектор безыгольный БИ-3, кипятильник для медицинских инструментов электрический, оснащение для розыска и обозначения раненых.

Медицинское оснащение МПП не только оказать медицинскую помощь раненым, но и проводить амбулаторное лечение больных, в том числе, санацию полости рта.

Комплект «Приёмно-сортировочный». Предназначен для обеспечения медицинским имуществом приёмно-сортировочной сортировочно-эвакуационного отделения МПП. Рассчитан на обеспечение работы одного врача общей квалификации, двух медицинских сестёр. Он позволяет проводить медицинскую сортировку раненых, антидотную терапию поражённых ионизирующими излучениями и БС, противошоковые мероприятия, профилактику раневой инфекции, наложение и исправление повязок, проверку и дополнительную фиксацию транспортных шин, подготовку и обеспечение эвакуации раненых в омедб. В этот комплект входит малый перевязочный набор хирургических инструментов, шприцы и иглы инъекционные к ним, ножницы для стрижки волос, роторасширитель, сфигмоманометр, шёлк хирургический стерильный а ампулах, предметы ухода за больными и др.

В «Малый перевязочный набор» входит ограниченный ассортимент хирургических инструментов: хирургические и анатомические пинцеты, зажимы кровоостанавливающие, иглодержатель, иглы хирургические в металлическом игольнике, скальпели, зонды и шпатель. С помощью этих инструментов можно выполнять различные хирургические манипуляции: тампонаду ран и туалет их окружности, наложение швов, прошивание языка, удаление пузырей при ожогах и отморожениях, временную остановку кровотечений и др. Подогрев кипятильника при стерилизации инструментов осуществляется на плитке походной бензиновой, которая имеется в комплекте.

В комплект входят и ряд медикаментов: антидот в шприц-тюбике, обезболивающее (промедол), снотворное (эстимал), аналептик (кордиамин), адреномиметик (эфедрин гидрохлорид), нейролептик (аминазин), профилактические бактериальные препараты и др.

Имущество комплекта упаковывается в укладочный ящик № 1.

Комплект «Дезинфекция». Применяется для частичной санитарной обработки раненых, дезактивации, дегазации и дезинфекции их обмундирования, обуви и снаряжения.

В него входят дезинфекционные, дератизационные и дезинсекционные средства (хлорамин, дуст, ДДТ, хлорофос), репеллент (диэтилтолуамид) и дезинфекционные приборы: автомакс, гидропульт, распылитель ручной для порошкообразных дезинфекционных веществ и др.

Распылитель для жидкости типа «Автомакс» предназначен для распыления жидких дезинфицирующих и других веществ при обработке различных объектов. Распыление осуществляется благодаря давлению в резервуаре прибора, которое (до 5 атм.) контролируется по манометру.

Гидропульт шланговый применяется для дезинфекции отдельных предметов и помещений. Распыление дезинфицирующей жидкости достигается с помощью насоса.

В комплект входят очки защитные, фартук и перчатки резиновые для защиты дезинфектора во время работы. Предметы, входящие в комплект, размещаются в укладочном ящике № 1.

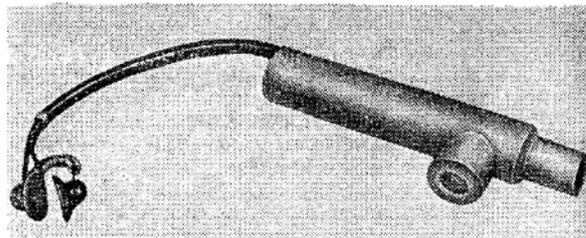
Комплект «Перевязочная большая». Рассчитан на обеспечение работы врача общей квалификации и двух медицинских сестёр хирургическими инструментами и медицинскими предметами для хирургической обработки ран при оказании первой медицинской помощи. В этих целях в комплект включены малый и большой перевязочные наборы, шприцы и иглы инъекционные к ним, предметы ухода за больными (грелка резиновая, поильник эмалированный, мочеприёмник, кружка ирригаторная, пипетка глазная и др.), стерильный хирургический шёлк в ампулах, системы для переливания крови разового пользования, трубка для искусственного дыхания ТД-1, жгуты кровоостанавливающие, аппарат для аналгезии портативный. В комплект входят ряд медикаментов: обезболивающие (растворы новокаина, морфина гидрохлорид в ампулах), антисептики (йод, кислота муравьиная, калия перманганат, пероксид водорода), возбуждатель ЦНС (кофеин-бензоат натрия), противогистаминное средство (димедрол), аналептик (кордиамин), анальгетик (амидопирин), холинолитик (атропина сульфат), сыворотка противостолбнячная, столбнячный анатоксин и др.

«Набор большой перевязочный» включает основные хирургические инструменты для обеспечения хирургических мероприятий в перевязочной МПП, а также полевых учебных учреждений. В него входят пинцеты различного назначения, кровоостанавливающие зажимы, крючки, респираторы, скальпели, ножницы, кусачки костные, зонды, языкодержатель, крючки и трубки трахеотомические, иглы лигатурные и хирургические, иглодержатели и ряд других инструментов.

С помощью инструментов набора можно производить хирургическую обработку ран мягких тканей, повреждений кисти и стопы, окончательную остановку кровотечений, трахеотомию и т.д.

В комплект также входит плитка походная бензиновая.

Аппарат для аналгезии портативный предназначен для обезболивания при небольших оперативных вмешательствах, перевязках и всех видах транспортировки раненых. Для снятия острых болей может использоваться для самонаркоза ранеными и больными под наблюдением медицинского персонала. В качестве обезболивающего средства применяются трилен или пентран. Воздух при вдохе проходит через корпус, насыщается парами обезболивающего вещества и, поступая в лёгкие больного, вызывает обезболивание. Анальгетика на одну зарядку необходимо 15-20 мл. Продолжительность использования ингалятора от одной зарядки до 1 ч.



Комплект «Перевязочная большая» на МПП используется для обеспечения работы перевязочной.

Содержимое комплекта размещается в укладочном ящике № 1.

Комплект «Зубоврачебный». Предназначен для оказания зубоврачебной помощи. Он рассчитан на одного зубного врача, количество медикаментов и расходных материалов в нём на 1 месяц.

В комплект входят медикаменты: пенициллин для инъекций, камфара и новокаин в ампулах, калия перманганат, спирт этиловый, эфир медицинский, тимол, фенол, ртуть металлическая, раствор аммиака и др.; расходные зубоврачебные предметы и материалы: амальгама серебряная, дентин, цементы, боры, каналонаполнители, корневые иглы, пульпоэкстракторы, сепарационные полоски, стерильные кетгут, шёлк в ампулах и т.п.

В комплекте имеются диатермокоагулятор, зубоврачебные и некоторые общехирургические инструменты, используя которые совместно с другим оснащением на МПП можно проводить обследование и лечение зубов, слизистой оболочки полости рта, удаление зубов и их корней, не подлежащих лечению, а также оказывать помощь раненым с повреждениями челюстей. Имущество комплекта размещается в укладочном ящике № 1.

К комплекту прилагаются комбинированная бормашина и складное зубоврачебное кресло.

Автоперевязочная (АП-2). Используется при перемещениях МПП для обеспечения бесперебойности в оказании медицинской помощи раненым.

Она состоит из перевязочной, размещённой в кузове-фургоне на базе высокопроходимого автомобиля ГАЗ-66, предперевязочной и эвакуационной.

Перевязочная предназначена для оказания наиболее сложных и требующих специальных условий неотложных мероприятий первой врачебной помощи: остановка кровотечения, переливание крови и кровезамещающих жидкостей при значительном обескровливании, устранение асфиксии, борьба с шоком, катетеризация или надлобковая пункция мочевого пузыря, пункция плевры при клапанном пневмотораксе и наложение герметической повязки при открытом пневмотораксе, кровопускание при отёке лёгких, отсечение нежизнеспособных тканей и конечностей, частичная санитарная обработка раны при попадании в неё ОВ. Кузов-фургон оборудован перевязочным столом с подъёмно-поворотным механизмом, укладочными шкафчиками со столешницами, системами освещения, водоснабжения (холодной и горячей водой), топления и вентиляции воздуха. Источниками электроэнергии являются аккумуляторные батареи, переносной бензоэлектрический агрегат или внешняя электросеть. В шкафчиках размещаются необходимые медикаменты, перевязочные средства, наборы хирургических инструментов. В фургоне имеется кислородный ингалятор КИ-4 и система зарядки его от транспортного баллона ёмкостью 40 л. В отапливаемых каркасных палатках, примыкающих к кузову-фургону перевязочной,

размещаются предперевязочная и эвакуационная. В них устанавливаются стойка для размещения раненых на носилках, подставки для носилок, умывальник и другое оборудование.

Пропускная способность автоперевязочной 7- 10 раненых в час. Время полного развёртывания 35 – 40 мин. В комплект автоперевязочной входят медикаменты, аналогичные комплекту «Перевязочная большая». В связи с тем, что автоперевязочная используется как подвижное функциональное подразделение МПП в отрыве от аптеки, в её комплект включена более широкая номенклатура, чем в «Перевязочную большую» и несколько большие количества медикаментов, антибиотиков, санитарно-хозяйственного имущества. Автоперевязочная оснащена также комплектом «Перевязочные средства стерильные», аппаратом дыхательным ручным, кипятильником для медицинских инструментов электрическим.

Запас медикаментов и различных медицинских предметов для оказания медицинской помощи раненым и больным на МПП и в подразделениях полка содержится в комплектах «Аптека войсковая», «Медикаменты для лечения раненых и обожжённых (полковой)», «Шины», «Перевязочные средства стерильные», «Перевязочные средства стерильные для обожжённых». Эти комплекты содержатся в основном в аптеке МПП, а предметы, входящие в них, выдаются в подразделения поштучно или используются для пополнения расхода в сумках СС, СМВ и комплектах «Фельдшерских».

Комплект «Аптека медицинского пункта части». Предназначен для развёртывания и работы аптеки МПП по приготовлению лекарств. В него входит аптечное оборудование для изготовления несложных лекарств: порошков, мазей, растворов для наружного и внутреннего применения.

В комплект включён более широкий, чем в другие комплекты МПП, ассортимент медикаментов – свыше 25 фармакологических групп, половина из которых в виде заводских лекарственных форм: анальгетики (амидопирин, кодеин), аналептики (кордиамин), противогистаминное средство (димедрол), обезболивающее (новокаин, промедол), спазмолитик (нитроглицерин), сердечный гликозид (коргликон), нейролептик (этаперазин), антибиотики, антисептики, бактериальные препараты и др. В нём имеется небольшой резерв расходных и инвентарных врачебных предметов и некоторых хирургических инструментов. В комплект включены книги учёта материальных средств для учёта расходного и инвентарного имущества, а также книги и бланки медицинского учёта и отчётности.

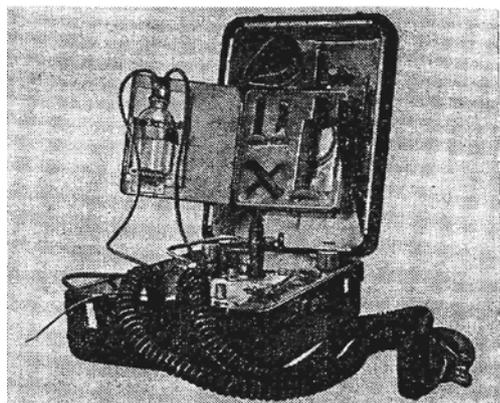
Всё имущество комплекта размещается в укладочном ящике № 1.

Комплект «Лекарственные средства для лечения раненых и обожжённых (полковой)». Содержит наиболее необходимые медикаменты для оказания первой врачебной помощи раненым и обожжённым. В комплект входят болеутоляющие (морфина гидрохлорид, промедол), возбуждатель ЦНС (кофеина бензонат натрия), аналептик (кордиамин), антисептики (йод, кислота муравьиная, пергидроль, спирт

этиловый, фурацилин), адреномиметик (эфедрин гидрохлорид), сульфаниламид (сульфален), антибиотики (пенициллин, бициллин, левомецетин, стрептомицин, тетрациклин), некоторые бактериальные препараты и другие лекарственные средства. Медикаменты комплекта размещаются в укладочном ящике № 2.

Комплект «Перевязочные средства стерильные для обожжённых». Содержит бинты (14 см X 5 м), повязки большие и малые, ленту ватно-марлевую размером 29 см X 2 м, подушечки ватно-марлевые большие и малые, повязки фиксирующие контурные для обожжённых. Последние представляют собой тканевое (бязевое) полотно разного размера с тесемками для закрепления повязок. Форма и размеры контурных повязок позволяют накладывать и надёжно фиксировать асептические повязки при поражении различных участков тела, в том числе при обширных ожогах груди и спины. Контурные повязки можно использовать многократно после стирки. Перевязочные средства комплекта упаковываются в фанерный ящик разового пользования.

Аппарат для искусственной вентиляции лёгких портативной ДП-9. Предназначен для проведения в полевых условиях искусственной



вентиляции лёгких с активными фазами вдоха и выдоха. Работа аппарата обеспечивается энергией сжатого кислорода. ДП-9 позволяет производить автоматическую управляемую вентиляцию лёгких в заражённой атмосфере через противогазную коробку, при наркозе по полуоткрытому контуру, а также аспирацию жидкостей из верхних дыхательных путей. Он смонтирован в металлическом футляре. В комплект

входят два кислородных баллона ёмкостью 2 л, маски, роторасширитель, языкодержатель, дыхательный мешок, комплект ЗИП. Особенностью аппарата является возможность подключения к транспортному баллону, разводке кислородно-ингаляционной станции КИС-2 и другим приборам.

Радиотехнический комплекс РОЗА-МТ. Предназначен для обозначения и поиска гнёзд раненых на поле боя. В состав комплекта входят: пеленгатор, передающие устройства, источники питания и прибор для контроля источников питания. В качестве звукового индикатора используется телефон.

Инъектор гидравлический безыгольный БИ-3. Предназначен для массового внутрикожного, подкожного и внутримышечного введения различных лекарственных средств и сывороточно-вакцинных препаратов струйным методом. Инъектор имеет дозирующее приспособление, устройство для взведения с ножной педалью. Разовая доза регулируется от 0,1 до 1 мл. На инъектор может устанавливаться флакон с лекарственным

средством вместимостью от 10 до 100 мл. Инъектор и все детали его комплекта размещаются в металлическом футляре.

Кроме рассмотренных, среднему медицинскому персоналу в зависимости от профиля подготовки необходимо знать ряд других комплектов медицинского имущества для выполнения своих обязанностей на различных должностях в медицинских подразделениях, частях и учреждениях Вооружённых Сил.

Комплект «Перевязочные средства нестерильные». Содержит различные бинты (16 см X 10 м, 14 см X 7 м, 10 см X 5 м), вату гигроскопическую хирургическую, вату компрессную, ленты ватно-марлевые из компрессной ваты (50 см X 2 м) и марлю гигроскопическую. Все эти средства используют для подбинтовывания повязок, наложения шин и т.п. Из них заблаговременно готовятся и стерилизуются перевязочные средства, необходимые для обеспечения хирургической деятельности: салфетки, тампоны, шарики и др. Укладка комплекта – фанерный ящик одноразового пользования.

Комплект «Амбулатория перевязочная». Рассчитан на оказание первой врачебной помощи раненым и поражённым, а также проведение амбулаторного лечения больных в медицинском пункте с одним врачом. В комплект входят медикаменты более 20 фармакологических групп (анальгетики, спазмолитики, антисептики, обезболивающие, адсорбенты, противоядия, нейролептики, антибиотики и др.), различные расходные предметы и материалы, хирургические инструменты, в том числе набор перевязочный малый и другие врачебные предметы (грелки, зонды желудочные, сфигмоманометр, стетофонендоскопы, шприцы, книги учёта раненых и больных и учёта материальных средств). Содержимое комплекта размещается в укладочном ящике « 2.

Комплект «Палатный». Используется для оснащения лечебных отделений омедб, ОМО. В него входят некоторые перевязочные средства (пластырь липкий, клеёнка, бумага компрессная), расходные и инвентарные медицинские предметы, хирургические инструменты (банки кровоотсосные, иглы инъекционные, катетеры уретральные резиновые, пипетки и палочки глазные, зонды желудочные, грелки резиновые, кружки ирригаторные, термометры, шприцы и т.п.). Кроме того, в комплекте имеется сфигмоманометр, стетофонендоскоп, ингалятор наркозный портативный. Предметы, входящие в комплект, обеспечивают выполнение мероприятий по обследованию больных, дачу лекарств и выполнение различных врачебных назначений. Всё имущество размещается в укладочном ящике № 1.

Комплект «Предметы ухода». Предназначен для обеспечения госпитальных отделений предметами ухода за больными. В него входят судна подкладные, мочеприёмники стеклянные, плевательницы карманные и вёдра эмалированные. Имущество комплекта упаковывается в укладочный ящик № 1.

Комплект «Лаборатория клиническая войсковая». Предназначен для развёртывания и обеспечения лабораторных исследований в МПП м омедб. Рассчитан на выполнение общих анализов крови, определение группы крови, резус-фактора и степени кровопотери, общего анализа мочи, исследований кала на яйца глист, простейшие и кровь. В комплект входят: аппарат для определения скорости оседания эритроцитов, аппарат для подсчета лейкоцитарной формулы (счётчик одиннадцатиклавишный), гемометр для определения гемоглобина в крови, микроскоп биологический дорожный, секундомер, урометр, различные штативы и бюретки, иглы-скарификаторы разового пользования, лабораторная посуда, реактивы, врачебные предметы, отдельные хирургические инструменты и другое имущество. В комплекте имеются бланки и книга регистрации лабораторных анализов.

Комплект рассчитан на обеспечение работы одного лаборанта, размещается в складочном ящике № 3.

Оборудование зуботехнической лаборатории осуществляется комплектами зуботехнического имущества. С помощью входящего в них медицинского имущества, изготавливаются съёмные и несъёмные протезы зубов. Комплекты рассчитаны на обеспечение работы одного зубного техника.

Комплект зуботехнический (оборудование). Содержит зуботехнические приборы и аппараты: для вытяжки коронок, пайки зубных протезов, штамповки зубных коронок, электрический паяльник, щипцы для тиглей и др.

Комплект зуботехнический (инструменты). Включает зуботехнические инструменты: бюгель двухкюветный, кювету зуботехническую для вулканизации зубных протезов, кусачки и круглогубцы, молоток стоматологический, надфили и напильники, тиски ручные, щипцы клювовидные и др.; расходные зубохирургические и зуботехнические материалы и принадлежности: боры в наборах, головки алмазные, круги алмазные, эластичные и корундовые, фильцы для полировки зубных протезов, проволоку из нержавеющей стали диаметром 0,6 – 1,2 мм т др.

В комплект входят плитки электрическая и походная бензиновая и другие предметы.

Комплект зуботехнический (принадлежности и материалы). Состоит из расходных зуботехнических материалов: воска моделировочного, для мостовидных протезов, воска зуботехнического для базисов, гильз, зубов литых, кламмеров круглых, лака разделительного для покрытия гипсовых моделей, массы оттисковой, металла (сплава) легкоплавкого, припоя зуботехнического серебряного, головок фасонных шлифованных, фрез, бензина, ацетона и др.

Комплект физиотерапевтический малый. Предназначен для физиотерапевтического лечения раненых и больных. Рассчитан на одного фельдшера-физиотерапевта. В комплект входят аппараты электро- и

светолечения: аппарат для УВЧ-терапии переносный «УВЧ-66», гальванизации портативный «Поток», облучатель ртутно-кварцевый настольный или портативный, лампа «Соллюкс» портативная, а также стерилизатор для хирургических инструментов (130 X 196 X 100 мм) электрический, запасные горелки к облучателю ртутно-кварцевому и лампе «Соллюкс», перчатки резиновые монтерские, некоторые инструменты для технического обслуживания аппаратуры и расходные материалы.

Комплект «Аптека ассистентская». Предназначен для развёртывания и обеспечения работы ассистентской аптеки омедб и госпиталя в полевых условиях. Аптечное оборудование комплекта рассчитано на одного ассистента и позволяет изготавливать порошки, мази, жидкие и другие нестерильные лекарственные средства. В него входят измерительные приборы: весы равноплечные ручные и настольные с разновесами, спиртомер, рулетка сантиметровая; оборудование для изготовления лекарств: ступки фарфоровые, мензурки, воронки аптечные, а также фильтровальная бумага, вата гигроскопическая, флаконы и банки для медикаментов, укупорочные материалы, этикетки, книги учёта имущества, руководящие документы и некоторые другие предметы.

Имущество комплекта размещается в укладочном ящике № 3.

Комплект «Аптека инъекционная». Содержит оборудование для изготовления инъекционных растворов в аптеках омедб, ОМО и госпиталя. Рассчитан на одного фармацевта.

В комплект входят измерительные приборы: весы равноплечные ручные, разновес, цилиндр измерительный; оборудование для приготовления стерильных лекарственных форм: фильтр аптечный полевой ФАП, воронки, мензурки, фильтровальная бумага, вата гигроскопическая, бутылки для крови и кровезамещающих жидкостей с резиновыми пробками и алюминиевыми колпачками (навинтованными), а также укупорочные материалы и другие необходимые предметы.

Содержимое комплекта упаковывается в один укладочный ящик № 3 и один укладочный ящик № 4.

Комплект «Аптечный хозяйственный инвентарь». Предназначен для обеспечения работ при развёртывании аптеки медицинского учреждения в полевых условиях и оборудования рабочих мест.

В комплект входит всё необходимое для мытья аптечной посуды – тазы, вёдра эмалированные, ерши, держатели двух тазов и моющие средства, а также санитарно-хозяйственное имущество – плитка бензиновая походная и др. Всё перечисленное выше имущество размещается в одном укладочном ящике № 4.

ПОЛЕВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА

Номенклатура медицинских изделий, применяемых в полевых условиях, очень разнообразна. Ассортимент их постоянно обновляется и пополняется новыми образцами.

Для медицинских специалистов, осуществляющих комплекс реанимационных и анестезиологических мероприятий на этапах медицинской эвакуации, имеются приборы искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ), аппараты кислородной терапии и наркозная техника.

Кислородно-ингаляционная станция КИС-2. Используется для проведения кислородной терапии в полевых условиях одновременно 20 пациентам.

С помощью станции можно осуществлять: ингаляцию кислородом или кислородно-воздушной смесью регулируемого состава, в том числе в заражённой атмосфере с использованием противогазовых коробок; ингаляцию аэрозолями лекарственных веществ двум пациентам одновременно; аспирацию (отсос) секрета из верхних дыхательных путей у двух пациентов одновременно; подачу кислорода одновременно в два наркозных аппарата типа «Наркон-П», «Наркон -2».

Кислородный компрессор типа КН-4. Предназначен для наполнения кислородом малолитражных баллонов до давления 200 кг/см³ путём перепуска и последующего перекачивания кислорода из транспортных баллонов. Он представляет собой двухцилиндровый компрессор, работающий от электромотора и ручного привода. К приёмной звезде компрессора присоединяется до четырёх транспортных баллонов и одновременно заполняется два малолитражных баллона.

Аппарат для искусственной вентиляции лёгких на пневмоэлементах с фиксированными параметрами дыхания «Пневмат-1». Предназначен для проведения кратковременной вентиляции лёгких в полевых медицинских учреждениях и при транспортировке раненых и больных. Приводится в действие от сжатого кислорода или воздуха. Имеет фиксированные параметры дыхания, что облегчает его использование малоквалифицированным персоналом.

Аппарат искусственной вентиляции лёгких «Лада». Применяется для оказания медицинской помощи в полевых медицинских учреждениях. Он может быть использован для проведения ингаляций кислорода, ИВЛ одновременно двум пациентам и ингаляционного наркоза по полуоткрытому контуру при подключении к любому наркозному аппарату.

Для наблюдения за работой аппарата имеется визуальный индикатор, срабатывающий синхронно с дыхательным актом пациента.

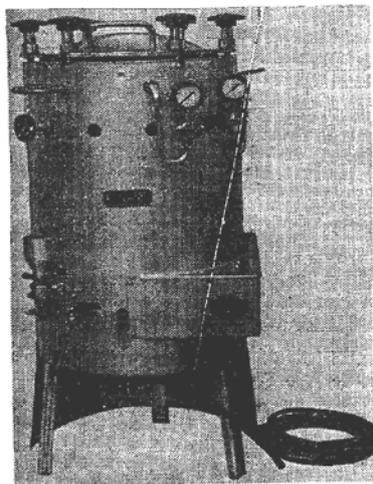
Аппарат для искусственной вентиляции лёгких «Фаза». Предназначен для проведения длительной ИВЛ воздухом или кислородно-воздушной смесью в полевых условиях и стационарных медицинских учреждениях. Он позволяет производить ИВЛ одновременно двум пациентам и по асинхронному способу, при котором правое и левое лёгкое вентилируется отдельно.

Аппарат для ингаляционного наркоза переносный «Наркон-2». Предназначен для проведения ингаляционного наркоза в условиях операционных полевых медицинских учреждений по открытому и полузакрытому контурам дыхания. Для облегчения управляемого дыхания

к аппарату могут подключаться аппараты ДП-10, «Пневмат-1», «Лада» или «Фаза».

Светильник операционный полевой. Предназначен для освещения операционного стола при хирургических операциях.

Стерилизатор (автоклав) паровой 350X500 мм комбинированный с



тремя биксами. Предназначен для стерилизации под давлением перевязочных материалов, хирургических инструментов и лекарств в полевых условиях. Состоит из стерилизационной и водопаровой камер, кожуха, крышки (с ручкой, прокладкой и сменным экраном), опоры из трёх выдвижных ножек.

Стерилизация материалов осуществляется в стерилизационной камере, в борту которой имеется отверстие для поступления пара. В камеру загружаются 3 бикса (340 X 160 мм).

Стерилизатор имеет арматуру: водопроводный кран с воронкой, предохранительный клапан и сифонной трубкой и манометром, кран для выпуска воздуха, пара и конденсата.

Установка полевая получения воды для инъекций ПУВИ-1.

Предназначена для получения деминерализованной воды для инъекционных растворов в полевых условиях из воды, близкой по своим физико-химическим и органолептическим свойствам к воде питьевой.

Аппарат состоит из трёх основных блоков – электрического роликового насоса, стерилизующего фильтра и ионообменных колонок. Для получения деминерализованной воды для инъекций исходная вода освобождается от микроорганизмов и пирогенных веществ. Затем она поступает на ионообменные колонки с катионитом и анионитом, на выходе из которых получают воду, пригодную для изготовления инъекционных растворов.

Производительность установки 5- л/ч.

ПОДВИЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ И САНИТАРНАЯ ТЕХНИКА

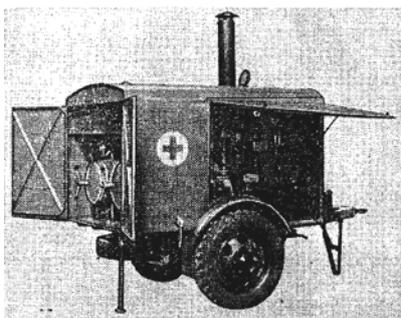
Для выполнения в ограниченные сроки большого объёма лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий военно-медицинская служба использует различную подвижную и санитарную технику. К медицинской технике относятся: автоперевязочная, автолаборатория, стерилизационно-дистилляционная установка, виварий передвижной, рефрижератор медицинский, полевая фармацевтическая лаборатория и другие подвижные установки.

К санитарной технике относятся различные дезинфекционно-душевые установки и др.

Войсковая медицинская лаборатория (ВМЛ). Предназначена для проведения санитарно-гигиенических, бактериологических и других исследований в полевых условиях.

Виварий передвижной ВП-П. Предназначен для перевозки и раздельного содержания лабораторных животных в полевых санитарно-эпидемиологических учреждениях.

Рефрижератор медицинский на прицепе РМ-П. Предназначен для временного хранения и доставки в полевые медицинские учреждения крови, кровезаменителей, бактериальных препаратов и антибиотиков.

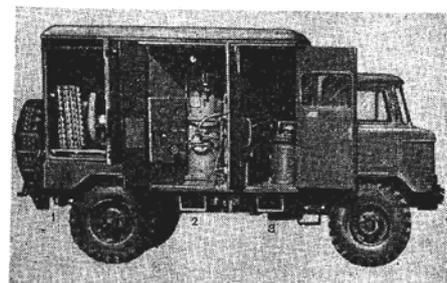


Стерилизационно-дистилляционная установка СДП-2. Предназначена для стерилизации перевязочного материала, лекарственных средств, белья, инструментов, а также для получения дистиллированной воды в полевых условиях. Смонтирована в металлическом кузове с откидными дверцами на одноосном автомобильном прицепе.

Основное оборудование – паровой котёл, два горизонтальных стерилизатора (автоклава), кипятильники глухого и острого нагрева, дистиллятор, холодильник, насосы, резиновая ёмкость и другое оборудование.

Дезинфекционно-душевые установки. Предназначены для гигиенической помывки личного состава, дезинфекции (дезинсекции) летнего и зимнего обмундирования, обуви в полевых условиях.

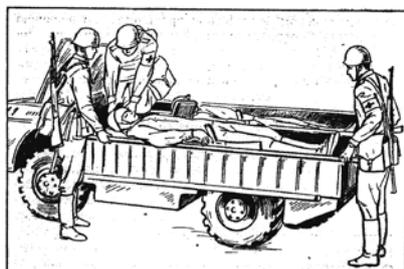
Дезинфекционно-душевая установка ДДА-66. Смонтирована в специальном металлическом кузове на шасси автомобиля высокой проходимости. Кузов разделён на три отделения: хозяйственное, котельное и камерное.



Лаборатория фармацевтическая полевая ПФЛ. Предназначена для изготовления инъекционных растворов в полевых условиях. Она состоит из лаборатории и стерилизационно-дистилляционной установки (СДУ).

Лаборатория разделена на бокс, в котором готовят растворы, фильтруют и разливают их в бутылки, и вспомогательное отделение.

САНИТАРНО-ЭВАКУАЦИОННЫЕ СРЕДСТВА



Основными видами войскового санитарного автомобильного транспорта являются колёсные и гусеничные транспортёры, автомобили санитарные УАЗ-452А и АС-66.

Транспортёр колёсный ЛуАЗ-967М. Предназначен для розыска, сбора и вывоза (эвакуации) раненых с

поля боя и очагов массовых санитарных потерь, а также для внутрипунктовых перевозок в омедб дивизии (ОМО) и госпиталях.

Гусеничный транспортёр снегоболотный модернизированный ГТ-СМ. Используется в северных районах, пустынях, горах и на труднопроходимой местности средней полосы. Он способен преодолевать водные преграды, подниматься в горы и буксировать прицеп с грузом до 2000 кг.

Автомобиль санитарный разной модификации. Имеет герметизированный кузов, оснащённый фильтровентиляционной установкой и электрооборудованием.

Для эвакуации раненых и больных по грунту могут использоваться различные пассажирские автобусы. Для этого демонтируются сидения, поручни и другие элементы внутреннего оборудования, а взамен их устанавливаются специальные приспособления.



Палатки, используемые медицинской службой

При развёртывании медицинских подразделений и учреждений в полевых условиях используются различные палатки. К ним относятся унифицированные палатки санитарно-технические (УСТ-56) и санитарно-барачные (УСБ-56) и др.

Палатка УСТ-56. Предназначена для размещения функциональных подразделений МПП, омедб дивизии, ОМО и полевых подвижных госпиталей.

Палатка имеет четырёхскатную крышу, вертикальные стенки, два входа с тамбурами, четыре окна на стенках, одно отверстие для дымохода, два намёта, навесные стенки отопления и прибор для установки.

Вместимость палатки: при размещении раненых на носилках – 10 человек; при размещении людей на полу – 18 человек.

Палатка УСБ-56. Предназначена для медико-санитарных целей, а также как барак для временного жилья.

Палатка имеет четырёхскатную крышу с гребнем, вертикальные стенки, два входа с тамбурами, двенадцать окон на стенках, два дымоходных отверстия, два намёта, навесные стенки отопления и прибор для установки.

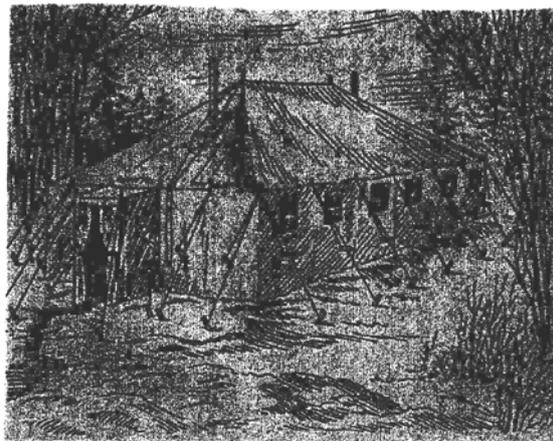
Вместимость палатки:

- при размещении раненых на носилках – 30 человек;
- при размещении людей на отдельных кроватях – 20 человек;
- при размещении на полу или на общих нарах – 40 человек, а при двухъярусных нарах – 80 человек;
- при использовании палатки под пункт санитарной обработки – 16 душевых сосков.



Палатка

Палатка УСБ-56



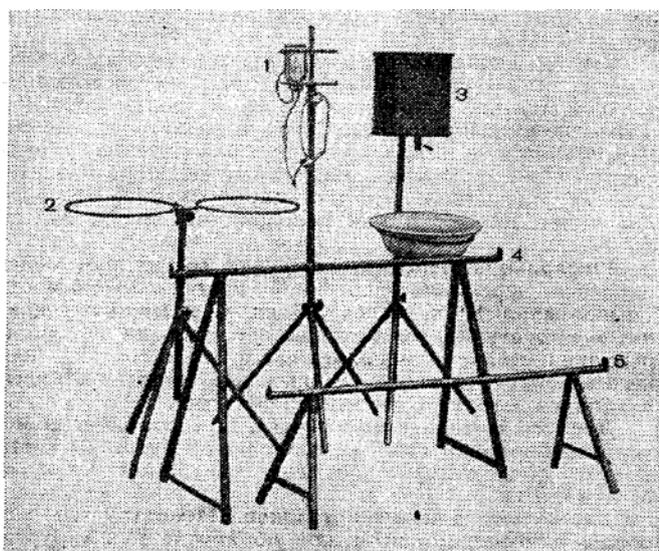
УСТ-56

Типовое медицинское оборудование

Для обеспечения работы медицинских пунктов частей, отдельных медицинских батальонов, отдельных медицинских отрядов, военных полевых госпиталей в полевых условиях они оснащаются предметами унифицированного полевого оборудования, к которым относятся: знаки пикетажные, столик-штатив переносной, столик регистрационный, столик прикроватный, стойка унифицированная, стойка унифицированная малая, столик инструментальный, столик для перевязки конечностей, умывальник, держатель таза умывальника, держатель для двух тазиков, флакодержатель, вешалка, подставка под носилки высокая, подставка под носилки низкая, подставка под родни носилки, станок шестиместный СП-6 для размещения раненых на носилках, скамья складная, кронштейн складной, занавесь разгораживающая, комплект защитных повязок, носилки для обмывания раненых, пирамида для носилок, стойки кроватные.

Стойка унифицированная. Изготовлена из стальных труб, представляет собой стальную треногу с выдвижными штангами.

Унифицированная стойка может быть использована как опора предметов, входящих в комплект типового оборудования: столика инструментального, столика для перевязки конечностей, умывальника. держателя для



Типовое медицинское оборудование.

1 — флакодержатель на стойке унифицированной; 2 — держатель для двух тазиков на стойке унифицированной малой; 3 — умывальник с держателем для таза; 4 — подставка под носилки высокая; 5 — подставка под носилки низкая.

двух тазиков, флаконодержателя и вешалки.

Столик инструментальный. Используется в отделениях для размещения хирургических инструментов, медикаментов, перевязочных материалов, средств наркотизации, а также как опора для руки при переливании крови.

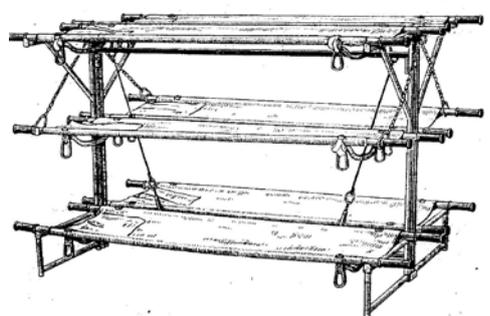
Умывальник. Предназначен для мытья рук медицинского персонала проточной водой. Вместимость умывальника 10 л.

Держатель для двух тазиков. Используется для оснащения операционных при обработке рук хирурга, в его кольца помещают два таза.

Флаконодержатель. Используется в отделениях для крепления флаконов, склянок, ампул и т.д. при переливании крови и кровезамещающих жидкостей.

Подставка под носилки высокая. Предназначена для временного размещения раненых и больных на носилках в предоперационных и противошоковых (реанимационных), а также в отделении специальной обработки.

Подставка под носилки низкая. Используется для временного размещения раненых и больных на носилках в сортировочных, предоперационных, предперевязочных, противошоковых, эвакуационных. Каждая пара подставок позволяет разместить на них двое носилок с ранеными.



Станок шестиместный СП-6 для размещения раненых на носилках. Предназначен для временного размещения раненых на носилках в полевых медицинских учреждениях. Представляет собой сборно-разборную металлическую конструкцию, позволяющую размещать носилки в три яруса и в два ряда.

Скамья складная. Используется для размещения раненых и больных в различных функциональных подразделениях полевых медицинских учреждений.

Стол перевязочный полевой в укладке. Приспособлен для размещения раненого непосредственно на столешнице или на носилках.

Стол операционный полевой. Предназначен для проведения хирургических операций в полевых условиях.

Кровать госпитальная полевая. Предназначена для размещения раненых и больных в полевых медицинских учреждениях.

ЗАДАЧИ, ПРИНЦИПЫ И МЕРОПРИЯТИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ВОЙСК

Эпидемии – массовые инфекционные заболевания людей – в прошлом всегда сопровождали войны, голод и другие народные бедствия.

Система мероприятий по предупреждению и ликвидации инфекционных заболеваний среди личного состава представляет собой **противоэпидемическую защиту войск.**

Теоретической основой военной эпидемиологии является общее учение об эпидемическом процессе.

В условиях современной войны, особенно при применении средств массового поражения, будет характерным ухудшение санитарно-эпидемической обстановки на театре военных действий и в войсках действующих армий. В военное время возможно также появление новых, не встречавшихся ранее или переставших регистрироваться, инфекционных заболеваний. Они могут в сравнительно короткие сроки охватить большое количество личного состава вследствие некоторых особенностей службы и быта войск: общность размещения, питания, водоснабжения и др. Эти особенности воинского коллектива при несвоевременном проведении мер профилактики могут способствовать распространению инфекционных заболеваний.

Опыт работы медицинской службы в годы Великой Отечественной войны показал, что при правильной и чёткой организации противоэпидемических мероприятий даже в сложнейших условиях боевой обстановки можно добиться успеха в предупреждении появления инфекционных заболеваний в войсках.

Решая задачи по противоэпидемической защите войск, военная эпидемиология выработала ряд общих научно-обоснованных положений, сформулированных в виде принципов. Основу их составляет **профилактическая направленность всех мероприятий по защите войск от инфекционных заболеваний.** Известное древнее изречение «болезнь легче предупредить, чем лечить», находит своё воплощение в предупреждении заноса инфекционных заболеваний в войска и реализации комплекса противоэпидемических мер, направленных на ликвидацию заболеваний в случае возникновения. **Изоляция и лечение инфекционных больных на месте**, т.е. в районе их появления, составляет второй важнейший принцип военной эпидемиологии. Реализация его обеспечивает быстрейшую локализацию инфекционных заболеваний и исключает распространение их по путям эвакуации. Непременным условием надёжной защиты войск от инфекционных заболеваний является **единый подход к решению практических противоэпидемических задач.** Выполнение этого принципа военной эпидемиологии подкрепляется преемственностью в работе всех звеньев медицинской службы по поддержанию эпидемического благополучия в воинских частях. Важное положение в системе противоэпидемической защиты войск – **обязанность всех звеньев медицинской службы принимать участие в профилактике инфекционных заболеваний.** Специализированные медицинские учреждения и подразделения (санитарно-эпидемиологическая лаборатория, санитарно-эпидемиологические отряды) являются средствами усиления и методического руководства в осуществлении профилактических и

противоэпидемических мероприятий в войсках, органами санитарного надзора за выполнением в частях санитарно-противоэпидемических норм и правил. Большое значение имеют **умелый маневр противоэпидемическими силами и средствами, а также выбор противоэпидемических мероприятий, обеспечивающих наибольший успех в конкретной обстановке.**

Для решения задач противоэпидемической защиты, предупреждения заноса инфекционных заболеваний в войска и успешной борьбы с ними военная эпидемиология использует различные методы. Важнейшим из них является **санитарно-эпидемиологическая разведка.** Она входит также и в один из ведущих разделов системы противоэпидемической защиты войск.

Большое значение для изучения причин возникновения инфекционных заболеваний имеет **метод эпидемиологического наблюдения.** Эпидемиологическое наблюдение должно охватывать всю территорию расположения части, проводиться активно и непрерывно. Основные задачи наблюдения – это изучение санитарно-эпидемиологического состояния района дислокации воинской части, своевременное выявление в районе расположения войск очагов инфекционных заболеваний и опасных для человека эпизоотий, а также обнаружение бактериального загрязнения внешней среды (почва, вода, воздух, пищевые продукты и др.), контроль за санитарным состоянием территории, населённых пунктов, занимаемых войсками, источниками воды и другими эпидемиологически значимыми объектами.

Один из важных методов – **метод эпидемиологического обследования.** Такое обследование проводится с целью выявления причин и условий возникновения инфекционных заболеваний и обоснования мероприятий по локализации и ликвидации возникшего эпидемического очага.

Для установления уровня заболеваемости личного состава, эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий в военной эпидемиологии применяется **статистический метод.**

С целью изучения влияния на эпидемическое состояние войск различных средств и методов профилактики инфекционных заболеваний применяется **экспериментальный метод,** называемый эпидемиологическим опытом. Для активного выявления инфекционных больных и бактерионосителей, обеспечивающего возможность раннего проведения необходимых противоэпидемических мероприятий, военная эпидемиология использует **методы бактериологических, иммунологических, вирусологических и других лабораторных исследований.**

Инфекционные заболевания в войсках в обычных условиях возникают в результате заноса инфекции извне – от населения или других невоинских контингентов в местах размещения и действия воинских частей. Наибольшую опасность представляет занос инфекции новым пополнением, прибывшим из местностей, неблагополучных в эпидемическом отношении. Могут занести инфекцию в части и военнослужащие, возвращающиеся из

отпусков или командировок из районов, эпидемически неблагополучных по какому-либо инфекционному заболеванию. Занос инфекции в воинскую часть может произойти в результате пребывания её в очагах природных заболеваний.

Возникновение и распространение инфекционных болезней в частях, как уже отмечалось, возможны и за счёт источников инфекции, находящихся в воинском коллективе. Прежде всего, следует сказать о большом значении бактерионосителей, особенно из числа работников объектов питания и водоснабжения. Поэтому все работники объектов питания и водоснабжения должны подвергаться регулярному бактериологическому обследованию на носительство возбудителей дизентерии, тифо-паратифозных заболеваний и глистов.

Санитарно-гигиенические мероприятия включают прежде всего меры по содержанию в чистоте территории расположения части, регулярное удаление мусора, отбросов и других нечистот. Поддержание должного санитарного порядка в воинской части является уставной обязанностью командиров и старшин подразделений. Фельдшер должен своевременно выявлять недостатки в санитарно-гигиеническом содержании территории, осуществлять медицинский контроль за выполнением санитарных требований к сбору, хранению, обезвреживанию и уничтожению нечистот и отбросов во избежание загрязнения почвы и водоисточников.

Среди санитарно-гигиенических мероприятий важное значение имеет контроль за организацией питания личного состава. Пища является одним из основных факторов передачи кишечных инфекций. Поэтому любые нарушения санитарных правил в организации питания могут привести к массовым заболеваниям. Осуществляя контроль, фельдшер должен обращать особое внимание на соблюдение санитарно-гигиенических норм хранения продуктов на продовольственном складе части, кулинарной обработки их в столовой, а также на сроки реализации готовой пищи, качество мытья столовой посуды, кухонного инвентаря и выполнение поварами правил личной гигиены.

Приготовленная пища может быть выдана личному составу только после снятия пробы врачом или фельдшером и разрешения на выдачу дежурного по части. Своё заключение фельдшер делает в «Книге учёта контроля за качеством приготовления пищи». Запись должна отражать оценку санитарного состояния пункта питания, доброкачественность приготовления пищи и её вкусовые качества.

Большое значение в распространении инфекционных заболеваний, особенно таких, как брюшной тиф, холера, дизентерия и некоторые другие, имеет вода. В целях обеспечения личного состава доброкачественной водой медицинская служба должна осуществлять постоянный контроль за соблюдением гигиенических норм и правил водоснабжения, качеством воды и состоянием здоровья военнослужащих, непосредственно обслуживающих системы водоснабжения. Медицинскому работнику принадлежит решающее слово при выборе источника водоснабжения,

определения качества воды. Он даёт разрешение на использование её для питья и приготовления пищи, следит за организацией охраны водоисточников от загрязнения, систематически контролирует бактериальный и химический состав воды.

К мероприятиям направленным на уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний на объектах внешней среды, относится **дезинфекция**. Основными объектами профилактической дезинфекции в войсках являются помещения казарм и прилегающая территория, помещения войсковой столовой, уборные, места сбора мусора, бани, караульные помещения и др.

Важным мероприятием по защите личного состава является **вакцинация**. Проведение предохранительных прививок личному составу Вооружённых Сил предусмотрено требованиями Устава внутренней службы. Прививки осуществляются в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям (при угрозе появления массовых инфекционных заболеваний или при возникновении их в воинских коллективах). Плановые прививки проводят призывникам по прибытии в войска, а также всему личному составу в порядке ревакцинации.

Проведение прививок включает подготовительные мероприятия, собственно вакцинацию, последующее наблюдение за привитыми и регистрацию результатов прививок. К подготовительным мероприятиям относится получение необходимого количества вакцины, дезинфицирующих средств, инструментария и пр. О времени, месте и порядке проведения прививок в части издаётся приказ, к которому обычно прилагается график прибытия в медпункт подразделений на прививки. Перед прививками проводится медицинский осмотр для выявления лиц, которым прививки противопоказаны. Фельдшер принимающий участие в организации и проведении прививок, обязан тщательно изучить наставление по применению конкретной вакцины. Перед прививками всего личного состава необходимо провести вакцинацию группы в 40-50 человек с целью проверки реактогенности каждой серии вакцины, так как различные партии препарата могут вызвать неодинаковые по силе реакции. Приступать к массовым прививкам без предварительной проверки реактогенности вакцины данной серии не разрешается.

Традиционными методами вакцинации являются подкожный (шприцевой), накожный (скарификационный) и внутрикожный. Для введения некоторых вакцин пользуются энтеральным (пероральным) и интраназальным (вакцина против гриппа) методами. В последние годы разработаны и внедрены в практику высокопроизводительные безыгольный и аэрозольный методы вакцинации. Метод введения препарата зависит от вида вакцины и указан в наставлении по её применению.

Безыгольный, или струйный, метод введения вакцин основан на способности очень тонкой струи жидкости (вакцины), выходящей под большим давлением, проникать через кожу в подлежащие ткани.

При аэрозольном методе иммунизации вакцина попадает в организм через слизистые оболочки дыхательных путей при вдохе. Разработаны два типа аэрозольных вакцин: Сухие (пылевые) и жидкие. Распыление вакцин осуществляется с помощью специальных приборов в любом закрытом помещении (даже в палатке). Сеанс вакцинации (пребывание личного состава в помещении с аэрозодем) продолжается 5-10 мин. Производительность метода 600-800 человек в час.

Наблюдение за привитыми и регистрация результатов прививок включает непосредственное медицинское наблюдение в течение ближайших 30-45 мин за всеми лицами, которым препарат вводился подкожно или внутримышечно. Объясняется это тем, что в редких случаях при таком методе введения может развиваться шок.. Последующее медицинское наблюдение за привитыми продолжается до ликвидации общих и местных реакций.. При подкожном методе вакцинации степень местных и общих реакций определяется через 24 часа после прививки. Повышение температуры тела до 37, 5°С оценивается как слабая реакция, от 37, 6 до 38,5°С – как средняя, выше 38,5°С – как сильная. Местная реакция в виде гиперемии и инфильтрата диаметром до 2,5 см оценивается как слабая реакция, в виде инфильтрата более 5 см при наличии лимфаденитов и лимфангитов – как сильная реакция.

Результаты прививок с указанием даты их проведения, наименования вакцины, дозы и реакции организма привитого заносят в «Медицинскую книжку военнослужащего».

К мероприятиям по предупреждению заноса в воинскую часть инфекционных заболеваний извне относят санитарно-эпидемиологическую разведку и эпидемиологическое наблюдение в районе расположения части, профилактические противоэпидемические мероприятия, проводимые при приёме пополнения, осуществление воинских перевозок личного состава по железнодорожным и другим путям сообщения.

Предупреждение заноса инфекции с пополнением достигается проведением комплекса противоэпидемических мероприятий на приёмных и сборных пунктах, пунктах приёма личного состава частей.

В пунктах приёма личного состава части прибывшее пополнение размещается отдельно от старослужащих. Фельдшер части обязан немедленно провести опрос и медицинский осмотр новобранцев. Лиц, у которых подозревается инфекционное заболевание, незамедлительно отправляют в изолятор, а инфекционных больных – для всестороннего клиничко-лабораторного обследования и лечения в госпиталь. После проведения санитарной обработки весь личный состав пополнения размещают в приёмнике для прохождения карантина на 14 дней. Это время используется для проведения полного медицинского осмотра, выявления и взятия на учёт переболевших брюшным тифом, паратифами, дизентерией и малярией для последующего наблюдения и лабораторных исследований в соответствии с руководящими документами. В этот же период проводятся и

плановые профилактические прививки. По окончании срока карантина личный состав пополнения распределяют по подразделениям части.

Профилактические и противоэпидемические мероприятия при воинских перевозках проводятся с целью предупреждения возникновения среди перевозимых контингентов, в первую очередь призывников, инфекционных заболеваний и недопущения их рассеивания по пути движения войск.

Для оказания медицинской помощи и проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий в эшелоне назначается врач или фельдшер (при численности эшелона до 300 человек и пребывании в пути до 3 суток). В состав эшелона обычно включают купе-изолятор (или купе), вагон-кухню и вагон для продовольственного склада. Перед посадкой военнослужащих в эшелон все вагоны должны быть помыты, продезинфицированы, а личный состав проходит санитарную обработку со сменой белья и медицинский осмотр для выявления и изоляции больных.

В пути следования медицинский работник должен ежедневно обходить все вагоны, опрашивать личный состав, своевременно выявлять и изолировать больных, контролировать организацию питания и водоснабжения, следить за личной гигиеной, при выявлении инфекционного больного направлять его (через военного коменданта ближайшей станции) на излечение в лечебное учреждение. При нахождении эшелона в пути более 6 суток личный состав подвергается санитарной обработке. Обычно её проводят в изоляционно-пропускных пунктах Министерства путей сообщения на крупных узловых железнодорожных станциях. Важную роль в противоэпидемическом обеспечении воинских перевозок играют санитарно-контрольные пункты, которые развертываются на крупных узловых железнодорожных станциях, на военно-автомобильных дорогах.

Противоэпидемические мероприятия, проводимые при появлении инфекционных заболеваний в воинской части, направлены на быстрейшую ликвидацию возникшего очага. Они включают комплекс мер по активному выявлению и немедленной изоляции всех больных и подозрительных на инфекционное заболевание лиц. Своевременная изоляция больных обеспечивается наличием в каждом медицинском пункте части изолятора как минимум на две инфекции. Лица, общавшиеся с инфекционными больными, должны быть учтены, за ними устанавливается медицинское наблюдение на срок максимального инкубационного периода при данном заболевании. При ряде заболеваний (брюшной тиф, дифтерия и др.) все соприкасавшиеся с больным обследуются на носительство, ежедневно подвергаются термометрии и опросу (осмотру) для обнаружения первичных признаков заболевания. Соприкасавшиеся с больным особо опасными инфекциями подлежат, как и он, строгой изоляции.

Меры по обеззараживанию эпидемического очага включают дезинфекцию помещения, где находился больной, его обмундирования и белья, постельных принадлежностей, личных вещей, туалета и др. В

зависимости от характера инфекционного заболевания может возникнуть необходимость в проведении дезинсекции или дератизации. При значительном распространении инфекционных заболеваний среди личного состава возникает необходимость проведения предохранительных прививок или экстренной профилактики антибиотиками, химиопрепаратами и даже в наложении карантина или обсервации всей части.

Военный фельдшер в зависимости от занимаемой должности обязан участвовать в проведении всех профилактических и противоэпидемических мероприятий в воинской части. Работа его должна протекать в строгом соответствии с положениями Устава внутренней службы. Характер и объём противоэпидемических мероприятий зависят от конкретных условий жизни и деятельности войск, времени года, окружающей обстановки, задач, решаемых войсками. Фельдшер участвует в проведении санитарно-эпидемиологической и бактериологической разведки, а также эпидемиологического наблюдения в районе расположения воинской части.

Ответственными обязанностями фельдшера являются правильный отбор и упаковка проб с различных объектов внешней среды для лабораторного исследования в ходе бактериологической разведки. От умелого и грамотного забора этих материалов зависит результативность специфической индикации бактериологического оружия, применённого противником, а следовательно, и степень защиты личного состава от поражения этим оружием.

На фельдшера возлагается контроль за выполнением противоэпидемических мероприятий в отношении прибывшего в часть пополнения. Он же ведёт наблюдение за возвращающимися из командировок и отпусков, через командиров подразделений принимает меры к ограничению или прекращению общения личного состава с местным населением в случае появления среди него массовых инфекционных заболеваний. Фельдшер должен выявлять инфекционных больных и лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, принимать меры к немедленной их изоляции, проводить санитарную обработку, дезинфекцию и дезинсекцию в выявленных очагах инфекции, отбирать материал от больных, с объектов внешней среды, отправлять его по указанию врача на исследование в лаборатории.

В медицинском пункте фельдшер должен вести амбулаторный журнал. В него записывают всех первично и повторно обратившихся военнослужащих, а в конце журнала ведут оперативный подекадный учёт первичной обращаемости. Все данные обращаемости, обследования и лечения больных обязательно записывают в медицинскую книжку военнослужащего. Фельдшер ведёт также учёт лиц, перенёсших ранее инфекционные заболевания, и принимает участие в их обследовании и лечении. Он принимает непосредственное участие в контроле за размещением личного состава, питанием, водоснабжением, банно-прачечным обслуживанием, очисткой территории военного городка и т.д. В обязанности фельдшера входит регулярный доклад командиру о

заболеваемости личного состава и всех выявленных недостатках. Твёрдые знания своих функциональных обязанностей, принципиальность в борьбе за эпидемическое благополучие воинской части – основа успеха в выполнении фельдшером задач по обеспечению эпидемического благополучия в части.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ СИЛ И СРЕДСТВ

В успешном выполнении задач по противоэпидемическому обеспечению войск важная роль принадлежит санитарно-эпидемиологическим учреждениям и подразделениям, являющимся формированиями военно-медицинской службы. Они предназначены для организации и квалифицированного проведения противоэпидемических мероприятий, оказания методической и практической помощи войсковым врачам по вопросам санитарно-гигиенического и противоэпидемического обеспечения, а также осуществления санитарного надзора в войсках. К таким учреждениям относятся санитарно-эпидемиологические отряды (СЭО) округов и гарнизонов. В военное время создаются санитарно-эпидемиологические отряды фронтов и армий.

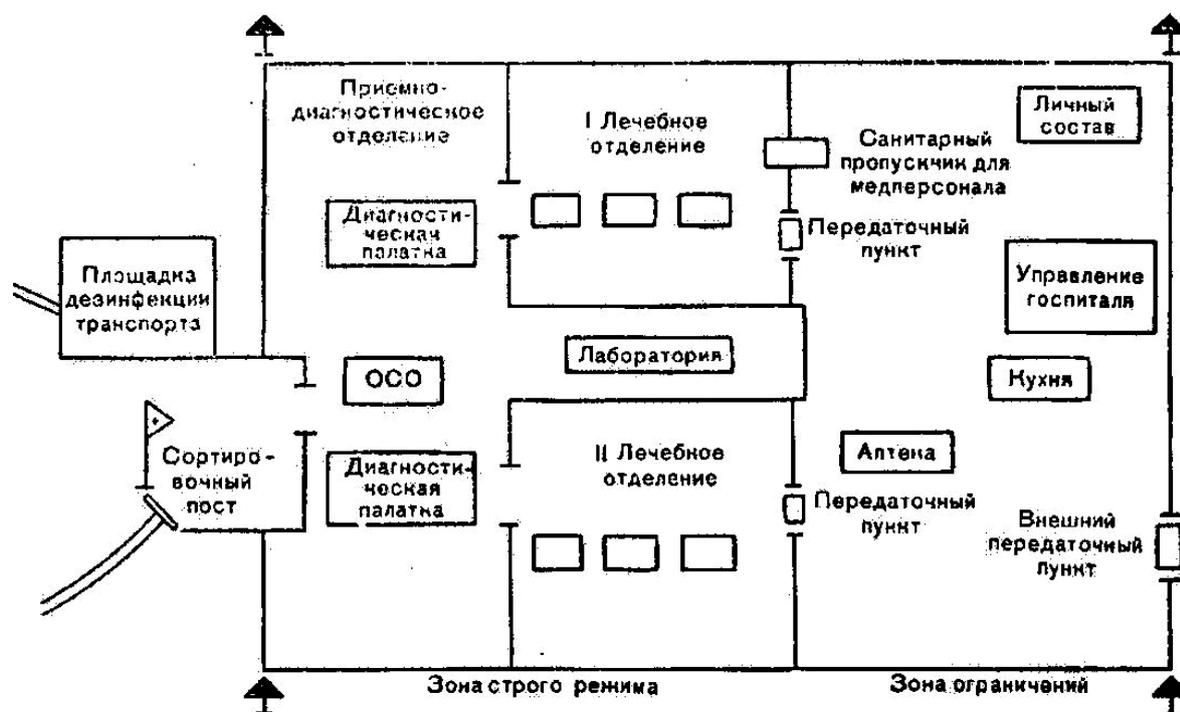
Профилактическая работа в частях дивизии осуществляется силами **санитарно-эпидемиологической лаборатории (СЭЛ)**. Начальник СЭЛ дивизии является одновременно и заместителем начальника медицинской службы дивизии. В составе лаборатории имеются ещё 3 врача-специалиста: бактериолог, токсиколог-радиолог и гигиенист, из младшего состава лаборант, санитарный инструктор, дезинфектор, дозиметрист, шофёр.

Для выполнения задач СЭЛ укомплектована необходимыми техническими средствами. Она располагает санитарно-эпидемиологической лабораторией на автомобиле, подвижными дезинфекционно-душевыми установками (ДДП), а также ручной дезинфекционной аппаратурой (автомаксы, гидропульты, приборы для распыления инсектицидов и др.) В военное время они включаются в состав отделения специальной обработки (ОСО), развёртываемого в отдельном медицинском батальоне.

Санитарно-эпидемиологические отряды являются специализированными учреждениями военно-медицинской службы. На них возложены методическое руководство и контроль за проведением в войсках санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Специалисты этих отрядов организуют и проводят санитарно-эпидемиологическую разведку, изучение и анализ инфекционной заболеваемости в войсках и среди окружающего населения, выявляют особенности краевой патологии на территории дислокации войск. Они непосредственно участвуют в ликвидации крупных эпидемических очагов и отдельных случаев заболевания особо опасными инфекциями.

В составе отрядов имеются квалифицированные специалисты: эпидемиологи, бактериологи, вирусологи, инфекционисты, гигиенисты, радиологи, токсикологи, химики и др.

В тесной связи с санитарно-эпидемиологическими учреждениями работают **военные полевые инфекционные госпитали (ВПИГ)** и **военные полевые инфекционные госпитали для особо опасных инфекций (ВПИГ ООИ)**. Оба типа госпиталей являются полевыми лечебными учреждениями, обеспечивающими специализированную медицинскую помощь инфекционным больным. ВПИГ ООИ обычно работает по приёму больных какой-либо особо опасной инфекцией (холера, чума). ВПИГ рассчитан на одновременный раздельный приём и размещение больных двух групп инфекций, например воздушно-капельной и кишечной. В некоторых случаях госпиталь может принять больных из группы особо опасных инфекций. В районе своего размещения госпитали проводят санитарно-эпидемиологическую разведку и эпидемиологическое наблюдение, участвуют вместе с другими санитарно-эпидемиологическими учреждениями в локализации и ликвидации эпидемических очагов и очагов бактериологического заражения.



Порядок развёртывания военного полевого инфекционного госпиталя

ВПИГ и ВПИГ ООИ являются конечными этапами медицинской эвакуации инфекционных больных. Эвакуация больных из этих госпиталей допускается лишь при угрозе захвата их противником. ВПИГ в современных условиях может развёртываться в составе госпитальной базы или выдвигаться к очагу бактериального заражения.

В госпитале должен соблюдаться противоэпидемический режим, обеспечивающий предохранение от заражения личного состава, обслуживающего больных, а также предупреждение рассеивания инфекции за пределы госпиталя.

Среди санитарно-эпидемиологических учреждений видное место занимают **санитарно-контрольные пункты (СКП)**.

Они размещаются на крупных узлах железных дорог, на военно-автомобильных дорогах и аэродромах и в своей работе взаимодействуют с санитарно-эпидемиологическими учреждениями. СКП организуют проверку санитарно-эпидемического состояния всех воинских эшелонов, проходящих через данный пункт, направляют личный состав эшелона на санитарную обработку, выявляют инфекционных больных и снимают их с эшелона.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА НА ЭТАПАХ МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ

Противоэпидемическая защита на этапах медицинской эвакуации организуется и проводится с целью своевременного выявления, изоляции и лечения инфекционных больных, лиц, подозрительных на инфекционное заболевание, правильной и своевременной их эвакуации в инфекционный госпиталь с соблюдением мер по недопущению рассеивания инфекции в пути следования. Одной из важнейших задач является предупреждение внутригоспитальных заражений находящихся на излечении раненых и больных. Весь комплекс мероприятий, осуществляемых для этих целей, объясняется понятием **«противоэпидемический режим»**. Он включает меры по недопущению контакта инфекционных больных с ранеными и соматическими больными в медицинских пунктах частей, омедб и лечебных учреждений госпитальных баз.

На всех этапах медицинской эвакуации поступающие в медицинские пункты и лечебные учреждения раненые и больные должны подвергаться медицинской сортировке для выявления и изоляции лиц с заболеваниями, подозрительными на инфекционные. Выявленные лица помещаются в изоляторы. Больные и раненые, поступающие в медицинские пункты и госпитали, должны подвергаться санитарной обработке, а транспорт, доставивший их, - дезинфекции. Важное значение в условиях противоэпидемического режима приобретают дезинфекционные мероприятия, которые проводятся постоянно. Обслуживающий персонал, работающий в изоляторах и инфекционных отделениях, систематически обследуют на бактерионосительство возбудителей кишечной группы инфекций.

С целью защиты медицинского персонала от заражения при обслуживании больных в изоляторах, инфекционных отделениях и инфекционных госпиталях (а при необходимости и в других лечебных учреждениях) его иммунизируют против соответствующих инфекций. Лицам, обслуживающим указанных больных, не разрешается в палатах принимать пищу и курить.

Для защиты от заражения при уходе за больными особо опасными инфекциями (чума, оспа) используется специальная одежда –

противочумный костюм. Он состоит из пижамы или хлопчатобумажного комбинезона, халата противочумного, капюшона или косынки, ватно-марлевой маски, защитных очков, резиновых перчаток и сапог. Эффективность защитного действия костюма в значительной степени зависит от умелого пользования им и соблюдения порядка надевания отдельных предметов.

В первую очередь на бельё надевают пижаму или комбинезон, затем обувают сапоги, голову покрывают шапочкой или косынкой, надевают на голову капюшон, далее надевают противочумный халат, поверх капюшона лицо защищают ватно-марлевой повязкой и очками, на руки надевают резиновые перчатки. Костюм медицинского работника после окончания его работы орошают из автомата 5% раствором лизола. Руки в перчатках следует в течение 2-3 минут мыть в растворе дезинфектанта, после чего последовательно снимают очки, ватно-марлевую маску, косынку, комбинезон, перчатки и сапоги. Все предметы подвергаются дезинфекции, а медицинский работник проходит санитарную обработку.

При поступлении на этап медицинской эвакуации поражённых из очага бактериологического заражения медицинский пункт полка, омедб (ОМО), госпиталь немедленно переводится на строгий противэпидемический режим.

При поступлении раненых и больных из очага бактериального заражения на МПП прежде всего проводится медицинская сортировка с целью наиболее раннего выявления лиц, имеющих какие-либо признаки инфекционного заболевания, и направления их в изолятор. Медицинский персонал работает в защитных костюмах и принимает средства экстренной профилактики. Всем поступающим на МПП проводятся частичная санитарная обработка и экстренная профилактика антибиотиками. На «Первичной медицинской карточке» оставляют чёрную полосу и делают запись о времени и месте поражения бактериальными средствами, использовании индивидуальных средств защиты, прохождении санитарной обработки и времени проведения экстренной профилактики.

В омедб (ОМО) противэпидемические мероприятия проводятся в большем объёме. Развёртываются изоляционные отделения для поражённых биологическим оружием, осуществляется, как правило, полная санитарная обработка. При установлении факта применения противником бактериальных средств дальнейшая эвакуация всех раненых и больных из омедб (ОМО), обслуживающего части и подразделения, подвергшиеся воздействию бактериальных средств, временно (на 2-3 дня) прекращается. Этот срок необходим для получения результатов лабораторного исследования с целью определения возбудителей чумы и холеры. В дальнейшем, если будет подтверждено использование противником возбудителей особо опасных инфекций, для эвакуации больных и раненых и их лечения создаётся отдельное эвакуационное направление, выделяется группа госпиталей или эвакуация из омедб (ОМО) не возобновляется, а к

нему выдвигаются соответствующие госпитали (ВПИГ, ВПИГ ООИ, ВПХГ и др.).

Территория медицинского пункта, омедб (ОМО) или госпиталя, переведённого на противоэпидемический режим работы, подразделяется на зону строгого режима и зону ограничения. В зоне строгого режима размещаются больные (поражённые), а в зоне ограничения – персонал и подразделения обслуживания.

Важным функциональным подразделением всех этапов медицинской эвакуации являются изоляторы. Они развёртываются не менее чем на две инфекции. Их оборудуют в изолированных помещениях или отдельных палатках в стороне от объектов питания и водоснабжения. В изоляторе должны быть отдельные уборные, санпропускник, бельё и постельные принадлежности, посуда, предметы ухода за больными, медицинский инструментарий, дезинфицирующие средства и инсектицидные препараты, баки для замачивания белья, мешки для хранения одежды, баки с крышками для дезинфекции выделений больных. К изолятору прикрепляется постоянный средний и младший медицинский персонал, обучение правилам ухода за инфекционными больными.

САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ РАЗВЕДКА

Санитарно-эпидемиологическая разведка представляет комплекс мероприятий, обеспечивающий непрерывное и своевременное получение достоверных сведений о санитарно-эпидемиологическом состоянии районов предполагаемого расположения и расквартирования войск или их боевых действий, а также путей, по которым предстоит следовать войскам. Санитарно-эпидемиологическая разведка является одним из важнейших методов военной эпидемиологии.

Главное внимание при проведении санитарно-эпидемиологической разведки обращается на своевременное изучение возможных источников заноса инфекции в войска от гражданского населения, других, так называемых невойсковых, контингентов и из природных очагов инфекционных заболеваний, а в ходе боевых действий – из войск противника и от местного населения. В задачу санитарно-эпидемиологической разведки входит также выяснение условий возможного распространения инфекционных заболеваний среди личного состава войск.

Санитарно-эпидемиологическая разведка проводится медицинской службой полков, дивизий, а также силами и средствами санитарно-эпидемиологических и других медицинских учреждений. В батальонах разведку проводят фельдшера, в ротах – санитарные инструкторы. В ходе ведения разведки выясняется наличие инфекционных заболеваний среди местного населения, заболеваемость домашних и сельскохозяйственных животных, наличие эпизоотий, санитарное состояние населённых пунктов, обследуется также санитарно-техническое состояние водоисточников,

проводится отбор проб воды, учитываются местные санитарно-технические и лечебные учреждения (бани, прачечные, больницы, лаборатории и др.), выявляются переносчики возбудителей инфекционных заболеваний (насекомые, клещи и др.). Выясняется также наличие медицинских специалистов высокой квалификации – эпидемиологов, бактериологов, гигиенистов, инфекционистов.

Объём и задачи санитарно-эпидемиологической разведки зависят от характера деятельности войск.

Санитарно-эпидемиологическая разведка должна проводиться *непрерывно*, так как сведения, представляемые ею, имеют ценность при *своевременном* их получении. Сведения должны быть также *достоверными*. Обязательным требованием санитарно-эпидемиологической разведки является *преемственность*: полученные данные должны передаваться одними медицинскими начальниками другим. Санитарно-эпидемиологическая разведка должна быть ещё *действенной*. Понятие «действенность разведки» предполагает, что она не только выявляет санитарно-эпидемическое состояние изученной территории, но и одновременно обеззараживает или ликвидирует выявленные эпидемические факторы (очаги заболеваний, переносчиков возбудителей и т.д.).

Санитарно-эпидемиологическая разведка может проводиться как специально созданными разведывательными группами, так и отдельными медицинскими работниками. В **разведывательную группу**, возглавляемую обычным врачом, может включаться и фельдшер. Наиболее полные и достоверные сведения получают при личном обследовании изучаемых объектов на месте путём обхода, осмотра, опроса. Некоторые задачи по санитарно-эпидемиологической разведке конкретного объекта фельдшер может решать самостоятельно (взятие проб воды, почвы, продовольственных продуктов для направления их в СЭЛ; выявление очагов инфекционных заболеваний; обследование санитарного состояния территории и определение возможности размещений на ней части и др.).

О результатах санитарно-эпидемиологической разведки фельдшер докладывает командиру и начальнику медицинской службы полка устно или письменно в виде схемы с кратким объяснением. На схему наносятся выявленные очаги инфекционных заболеваний среди местного населения и сельскохозяйственных животных, данные об источниках водоснабжения, сведения о противоэпидемических и лечебных учреждениях, банях и другие данные, позволяющие целенаправленно организовать противоэпидемические мероприятия и использовать местные ресурсы.

ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ВОЙСК В УСЛОВИЯХ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВНИКОМ БИОЛОГИЧЕСКОГО (БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО) ОРУЖИЯ

Биологическое (бактериологическое) оружие (БО) относится к средствам массового поражения людей, животных и посевов сельскохозяйственных культур.

Бактериологическим оружием называют болезнетворные микробы и ядовитые продукты их жизнедеятельности (токсины), заключённые в различные боеприпасы (бомбы, артснаряды и др.) или аппараты для распыления (розлива) и способные вызывать заболевания и гибель людей, животных, растений.

В качестве БО могут быть применены и заражённые болезнетворными микробами (бактериями, вирусами, риккетсиями и пр.) насекомые, клещи, грызуны и другие животные. Из огромного количества микроорганизмов, существующих в природе, в военных целях могут быть использованы лишь те, которые удовлетворяют специальным требованиям: обладают способностью вызывать инфекционные заболевания определённой тяжести и продолжительности течения, завершающиеся, как правило, смертью.

В зарубежной литературе наиболее часто упоминаются возбудители следующих заболеваний для применения их в качестве оружия массового поражения: чумы, оспы, туляремии, сибирской язвы, холеры, бруцеллёза, сапа, жёлтой лихорадки, палочки ботулинуса. Важным требованием, по мнению зарубежных специалистов, является их способность сохраняться в аэрозольном состоянии (в виде мельчайших тонко распылённых в воздухе частиц или капель), что позволяет заражать человека через органы дыхания и вызывать массовые заболевания.

Одной из характерных особенностей БО, которая отличает его от других видов оружия массового поражения, в том числе от ядерного и химического, является способность вызывать эпидемии. При определённых условиях возникшие в результате применения этого оружия заболевания могут распространиться на значительные территории и вызвать заболевания большого числа людей за пределами первично возникшего очага. Известное свойство инфекционных заболеваний передаваться от одного человека к другому определяет ещё одну существенную особенность бактериологического оружия – продолжительность его действия.

Поражающее действие БО проявляется обычно не сразу, а через некоторый, иногда довольно продолжительный, скрытый (инкубационный) период. В этом состоит ещё одна характерная особенность этого оружия, отличающая его от ядерного и химического. В свою очередь с перечисленными особенностями бактериологического оружия связаны трудности определения начала его применения противником. Поэтому не исключается, что распознать первый факт бактериологического нападения можно будет лишь после одновременного появления значительного числа

инфекционных больных. БО может быть применено в любое время года, однако наиболее благоприятным является холодное, так как низкая температура способствует длительному выживанию микробов во внешней среде.

Противобактериологическая защита представляет собой комплекс организационных, противоэпидемических и лечебно-эвакуационных мероприятий, направленных на предупреждение поражения личного состава БО и ликвидацию инфекционных заболеваний в случае их возникновения. Эта защита основывается на системе противоэпидемического обеспечения войск, включающей санитарно-гигиенические мероприятия, специфическую и неспецифическую индикацию бактериальных средств, экстренную и иммунную профилактику, санитарную обработку с дезинфекцией (дезинсекцией) очага и проведением дератизационных мероприятий (при зоонозных инфекциях) и т.д. Комплекс мер по установлению факта применения противником бактериологического оружия и определению вида возбудителей принято называть **индикацией** (распознавание). В системе противобактериологической защиты индикации придаётся очень большое значение, так как от своевременности фата применения бактериологического оружия будет зависеть успех защиты от поражения и правильный выбор противоэпидемических мероприятий. Индикация бактериологического оружия сложна. Давно применяются косвенные, так называемые неспецифические, методы индикации бактериологического оружия с использованием физико-химических и других принципов исследования. Заслуживают внимания различные автоматические устройства, осуществляющие подсчёт и определение размеров аэрозольных частиц в воздухе. Есть и другие аппараты, работа которых строится на иных принципах исследования. Специфическая индикация бактериологического оружия, т.е. микробиологический метод определения бактериальных средств, необходимая для окончательного установления факта применения БО и определения вида микроба, осуществляется медицинской службой. Схематически она состоит из трёх основных этапов: 1) отбор проб с объектов внешней среды; 2) транспортировка их в лабораторию; 3) собственно лабораторное исследование с выделением чистой культуры и определением вида микроба.

Правильный отбор из объектов внешней среды, их упаковка, хранение и транспортировка в лаборатории имеют большое значение, так как влияют на результат исследования. Вероятность выделения из проб возбудителей инфекционных заболеваний становится тем меньше, чем больше времени прошло до начала их исследования. Об этом необходимо помнить и стремиться взятый для исследования материал немедленно доставить в лабораторию. Если это невозможно, то следует, либо поместить его в специальные консервирующие смеси, либо заморозить.

Военный фельдшер обязан уметь сам отобрать пробы и направить их для лабораторного исследования. Чтобы не заразиться в процессе отбора

проб, материал для исследования разрешается собирать обязательно в средствах защиты и с соблюдением правил работы с возбудителями особо опасных инфекций. Упаковку проб взятого материала с различных объектов внешней среды для исследования (флаконы, пробирки, банки, колбы и пр.) дезинфицируют снаружи и отправляют в лабораторию. К пересылаемой пробе прилагается сопроводительная записка, в которой указывают название материала, место и время взятия проб, цель исследования.

Отбор проб воздуха осуществляют с помощью специальных приборов – бактериоуловителей. В них используется принцип принудительного осаждения аэрозольных частиц на плотные или жидкие среды, которые затем подвергают микробиологическим исследованиям. Доставленные в лабораторию пробы с различных объектов внешней среды подвергаются немедленному исследованию с целью определения вида применённых противником патогенных микробов. Первостепенное значение приобретают ускоренные методы индикации бактериальных средств с использованием специфических люминесцирующих сывороток, различных адсорбционных методов и др.

В первую очередь исследуют доставленный материал на наличие возбудителей особо опасных инфекций (чума, холера, натуральная оспа). В связи с тем, что лабораторные методы исследования по определению вида применённого противником бактериального средства требуют сравнительно большого времени (5 – 18 часов и более), обычно уже после установления факта применения бактериологического оружия по результатам проведённой неспецифической индикации сразу же приступают к реализации мероприятий по локализации и ликвидации очага заражения. Принимаются меры по установлению границ очага заражения и ликвидации последствий применения противником БО.

Размеры очага определяются площадью, на которой обнаружены признаки применения противником бактериальных средств с учётом глубины и ширины распространения аэрозольного облака. Поражённым считают личный состав, находившийся в очаге заражения, лиц, употреблявших подозрительные на заражение воду, продукты питания, а также соприкасавшихся с заражёнными предметами или инфекционными больными. При использовании противником БО в районе расположения части (подразделения) весь личный состав считается поражённым и подлежит обсервации. Непосредственная защита личного состава в период бактериологического нападения противника обеспечивается использованием индивидуальных и коллективных средств противохимической защиты.

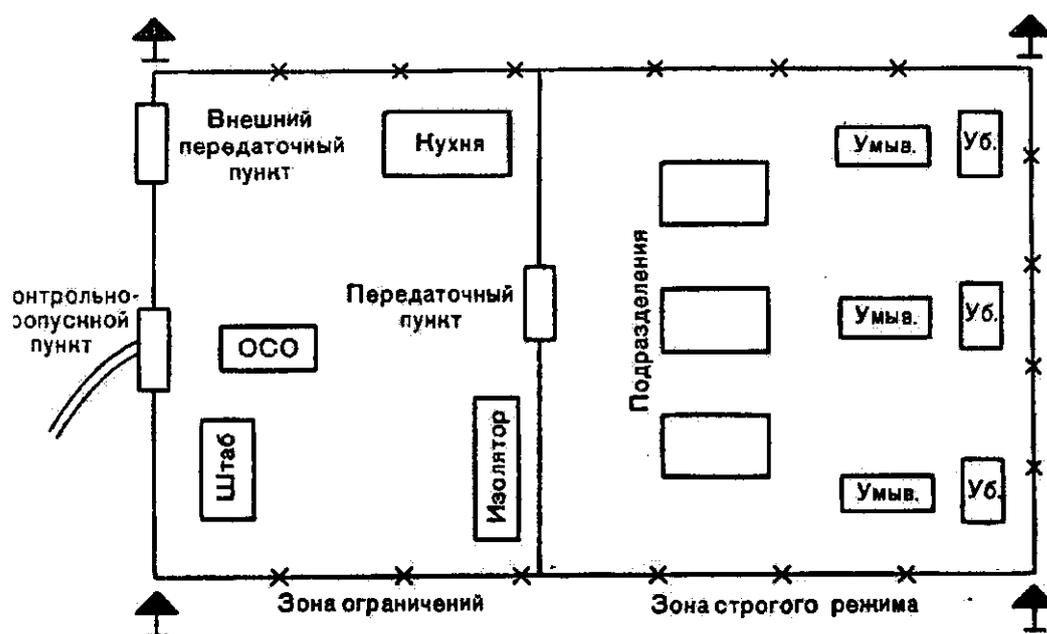
Для предупреждения инфекционных заболеваний в войсках осуществляется комплекс противоэпидемических мероприятий: обсервация и карантин личного состава, экстренная профилактика, санитарная обработка личного состава, дезинфекция различных объектов, заражённых бактериальными средствами, при необходимости – дезинсекция и дератизация. В этот же период медицинская служба осуществляет

эвакуацию инфекционных больных из частей и соединений в развёрнутые в очаге инфекционные госпитали.

Под **обсервацией** понимают специально организуемое медицинское наблюдение, включающее ряд изоляционно-ограничительных мероприятий, направленных на предупреждение рассеивания инфекции за пределы очага. Наблюдение устанавливают за всем личным составом, находящимся и бывшем в очаге заражения. Путём ежедневных опросов выявляют заболевших и изолируют их. Усиливают медицинский контроль за питанием и водоснабжением личного состава, ограничивают въезд в очаг заражения и выезд из него, запрещают также вывоз из очага имущества без предварительного обеззараживания.

Режим обсервации вводится приказом командующего войсками армии (фронта) на срок максимального инкубационного периода соответствующего инфекционного заболевания.

Карантин – более строгая система противоэпидемических мероприятий, устанавливаемая для полной изоляции всего очага заражения и ликвидации в нём возникших инфекционных заболеваний.



Организация карантина части

Он отличается от обсервации прежде всего установлением в частях, подвергшихся бактериологическому заражению, строгого изоляционно-ограничительного режима с вооружённой охраной очага заражения и запрещением выезда личного состава из него и вывоза имущества. Личный состав в самом очаге разобщается на небольшие группы (подразделения), за которыми ведётся непрерывное медицинское наблюдение, осуществляются необходимые профилактические санитарно-гигиенические мероприятия.

Снабжение карантинированных войск продовольствием, водой и имуществом осуществляется через контрольно-пропускные пункты под строгим

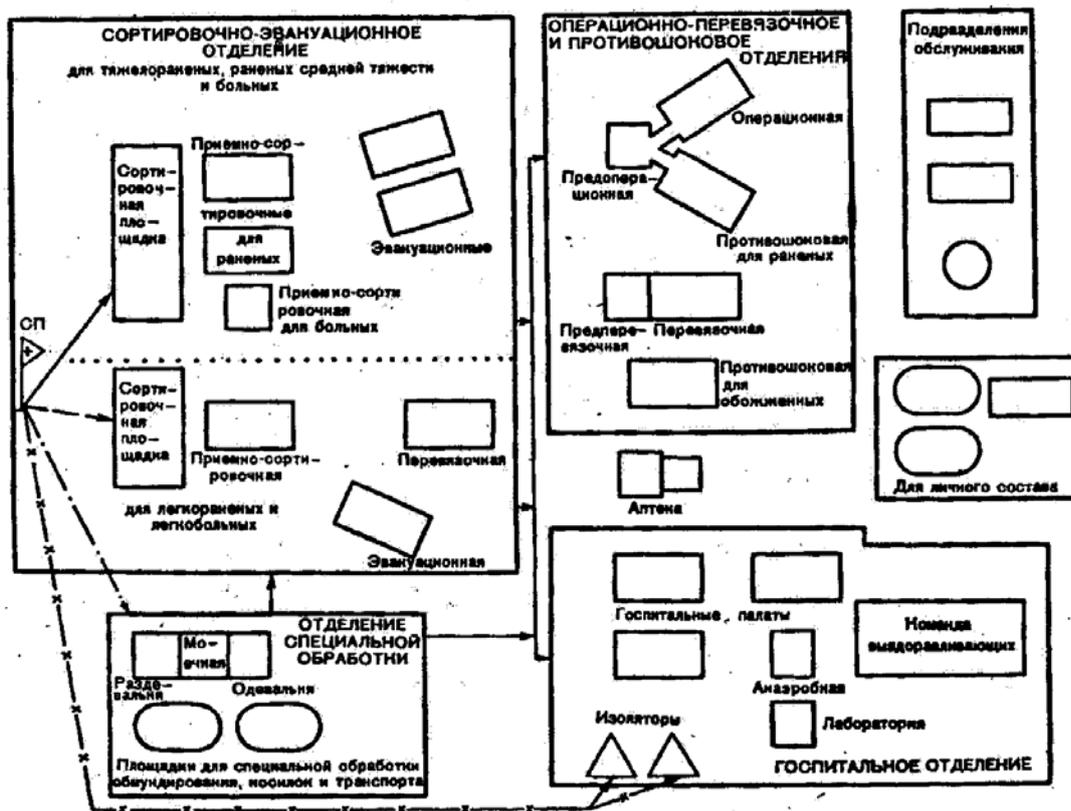
контролем медицинской службы. Срок снятия карантина, как и обсервации, оформляется приказом командующего войсками армии (фронта).

МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

В оказании медицинской помощи и лечении раненых и больных важная роль принадлежит различным медицинским частям и учреждениям, действующим самостоятельно или в составе госпитальных баз.

Отдельный медицинский отряд (ОМО) является полевым подвижным лечебно-эвакуационным учреждением. Предназначен для выполнения тех же лечебно-эвакуационных мероприятий, что и отдельный медицинский батальон. В частности на ОМО возлагается:

- эвакуация раненых и больных на себя из МПП, а в ряде случаев – непосредственно из очагов массовых санитарных потерь;
- приём, медицинская сортировка и регистрация раненых и больных, прибывших в ОМО;
- санитарная обработка раненых и больных, нуждающихся в ней, частичная дезактивация и дезинфекция их обмундирования и снаряжения;
- изоляция инфекционных больных до их эвакуации во ВПИГ;
- оказание раненым и больным квалифицированной медицинской помощи, а при значительной перегрузке ОМО – первой врачебной помощи;
- временная госпитализация и лечение раненых и больных, не подлежащих в данный момент дальнейшей эвакуации вследствие тяжести состояния (нетранспортабельные);
- лечение легкораненых и легкобольных со сроками выздоровления до 7 – 10 суток;
- подготовка раненых и больных к дальнейшей эвакуации по назначению в лечебные учреждения ГБ;
- снабжение МПП обеспечиваемых войск стерильными растворами и стерильным перевязочным материалом.



Принципиальная схема развёртывания отдельного медицинского отряда (ОМО)

Отдельный медицинский отряд состоит из управления, лечебно-диагностических отделений, эвакуационно-транспортного взвода, аптеки, хозяйственного отделения и электростанции.

К лечебно-диагностическим отделениям относятся приёмно-эвакуационное, хирургическое, противошоковое и отделение временной госпитализации.

В своём составе отряд имеет врачей различных специальностей (организатора, хирургов, терапевтов, анестезиологов, стоматолога и др.), медицинских сестёр (старших операционных, анестезисток, по уходу за ранеными и больными и др.), лаборанта, младший медицинский и прочий персонал. Он обеспечен палатками.

Госпитали

В системе лечебно-эвакуационного обеспечения важное место занимают госпитали. Каждый госпиталь является самостоятельным лечебно-эвакуационным учреждением. Он возглавляется начальником госпиталя и включает в свой состав управление, лечебно-диагностические отделения (основные подразделения) и подразделения обеспечения.

Управление госпиталя включает командование (начальник, заместители начальника госпиталя по медицинской и воспитательной работе, помощник начальника госпиталя по материально-техническому обеспечению). Управление должно обеспечить чёткое руководство всей

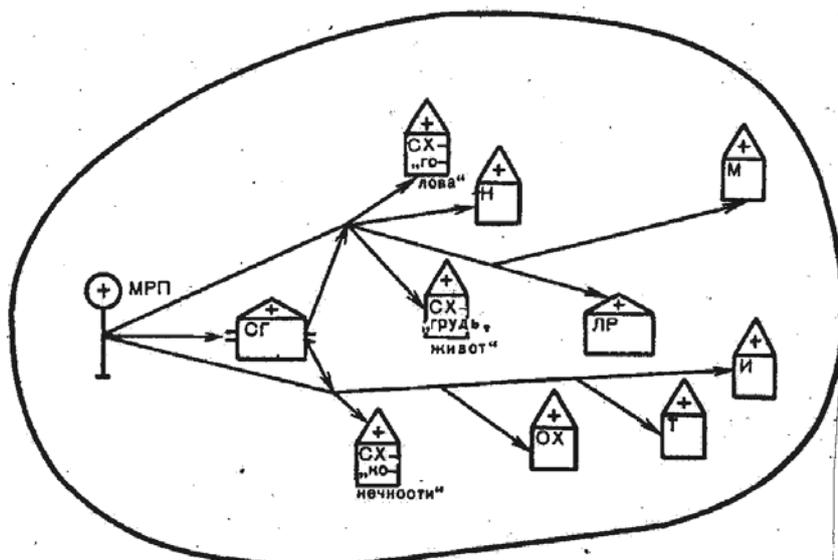
деятельностью госпиталя. Особое внимание при этом обращается на правильную организацию приёма и медицинской сортировки раненых и больных, их размещение, оказание медицинской помощи и лечение, хозяйственно-бытовое обслуживание раненых и больных, охрану, оборону и защиту госпиталя.



Принципиальная схема организации военных полевых госпиталей

Военные полевые госпитали имеют на оснащении палатки, которые позволяют им развёртываться в полевых условиях, вне населённых пунктов.

В интересах эффективного медицинского обеспечения боевых действий отдельные госпитали объединяются в **госпитальные базы (ГБ)**.



Принципиальная схема развёртывания госпитальной базы.

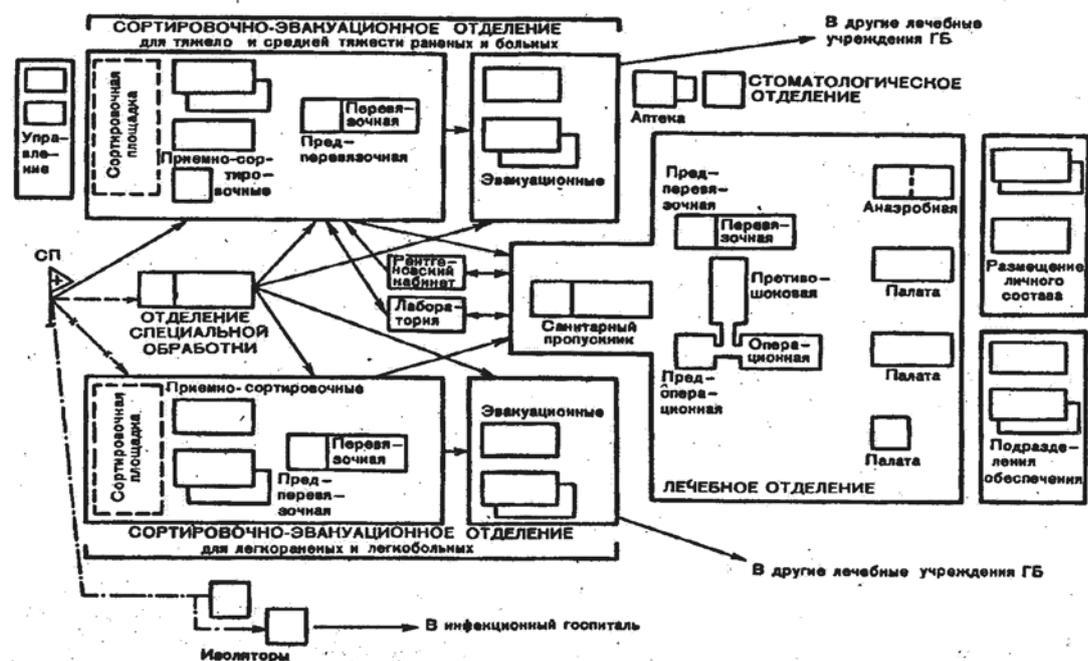
СГ – сортировочный госпиталь; СХ – специализированные хирургические госпитали; «голова» - для раненых в голову, шею и позвоночник; «грудь; живот» - для раненых в грудь и живот; «конечности» - для раненых с

переломами длинных трубчатых костей и повреждениями крупных суставов; ОХ – общехирургический госпиталь; ЛР – госпиталь для легкораненых; М – многопрофильный госпиталь; Т – терапевтический госпиталь; И – инфекционный госпиталь; Н – неврологический госпиталь.

Под ГБ понимают совокупность госпиталей и обслуживающих их частей и учреждений, объединяемых едиными задачами и руководством. На ГБ возлагаются следующие основные задачи: приём раненых и больных, их медицинская сортировка; размещение раненых и больных в лечебных учреждениях, исходя из характера имеющегося ранения или заболевания и требующейся медицинской помощи; завершение оказания раненым и больным квалифицированной и оказание специализированной медицинской помощи; лечение до окончательного исхода раненых и больных, которые в пределах установленных сроков могут возвратиться в строй; временная госпитализация, лечение и подготовка к эвакуации в лечебные учреждения тыла раненых и больных, подлежащих длительному лечению, а также не способных после завершения лечения возвратиться на военную службу. На них возлагается проведение воспитательной работы с ранеными и больными, а также оказание помощи войсковой медицинской службе в решении стоящих перед ней задач.

Госпитальную базу возглавляет управление, которое имеет в своём составе подразделения по основным направлениям деятельности (лечебное, эвакуационное, материально-техническое обеспечения и т.д.), а также ведущих специалистов – хирурга, терапевта, психоневролога и др.

Военные полевой сортировочный госпиталь (ВПСГ) в большинстве случаев развёртывается «на входе» в ГБ, на направлении, откуда ожидается наиболее значительное поступление раненых и больных.



Принципиальная схема развёртывания военного полевого сортировочного госпиталя

На госпиталь возлагаются следующие основные задачи: сортировка раненых и больных, поступающих в ГБ без эвакуационного назначения, распределение прибывших в базу раненых и больных по лечебным учреждениям в соответствии с имеющимся или сделанным в госпитале эвакуационным назначением; оказание неотложной квалифицированной медицинской помощи и временная госпитализация раненых и больных, которые вследствие тяжести состояния без такой помощи и госпитализации на месте не могут быть эвакуированы до назначенного лечебного учреждения; разгрузка и погрузка раненых и больных, поступающих в ГБ или эвакуируемых из неё на железнодорожном, водном или воздушном транспорте, т.е. на транспорте, который не может подойти непосредственно ко всем лечебным учреждениям базы. Сортировочный госпиталь является также важным противоэпидемическим барьером, предупреждающим распространение инфекционных заболеваний в ГБ и их занос вместе с эвакуируемыми ранеными и больными на территорию страны. От чёткой работы сортировочного госпиталя в значительной степени зависит успех деятельности всей госпитальной базы.

Задачи всех других военных полевых, а также эвакуационных госпиталей в целом одинаковы и заключаются в следующем:

- приём, размещение, регистрация и медицинская сортировка соответствующих контингентов раненых и больных;
- санитарная обработка поступивших раненых и больных;
- оказание квалифицированной и соответствующих видов специализированной медицинской помощи раненым и больным;
- лечение до окончательного исхода раненых и больных, которые в пределах установленных сроков могут завершить лечение и возвратиться в строй;
- временная госпитализация, лечение и подготовка к эвакуации раненых и больных, подлежащих направлению в тыл (данная задача не относится к ВПГЛР и ВПИГ);
- воспитательная работа среди раненых и больных, находящихся на лечении, их всестороннее материальное и бытовое обеспечение и обслуживание;
- охрана, оборона и защита раненых и больных.

Однако различия контингентов раненых и больных, поступающих в госпитали, предопределяют существенные особенности в их организации и работе.

Военный полевой хирургический госпиталь (ВПХГ) может быть использован в качестве:

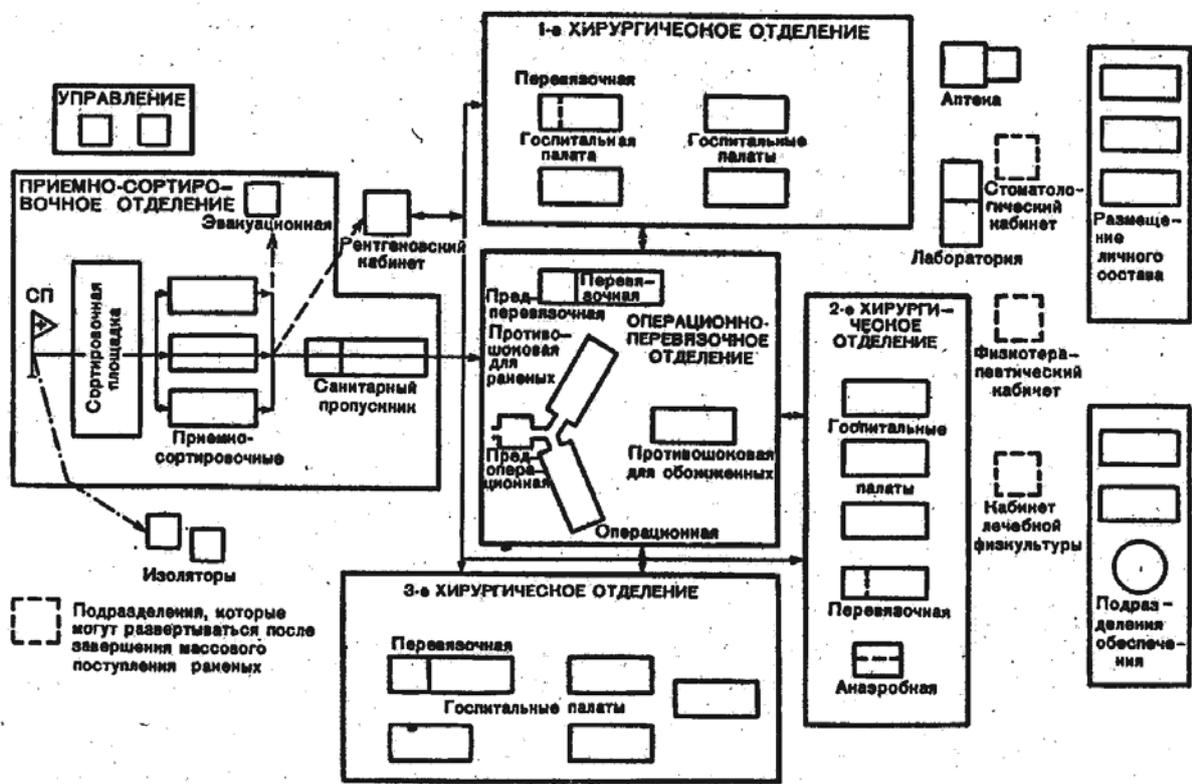
общехирургического госпиталя для раненых с переломами костей (за исключением раненых с переломами длинных трубчатых костей и

повреждениями крупных суставов), обширными повреждениями мягких тканей, а также для обожжённых с обширными поверхностными или глубокими ограниченными ожогами;

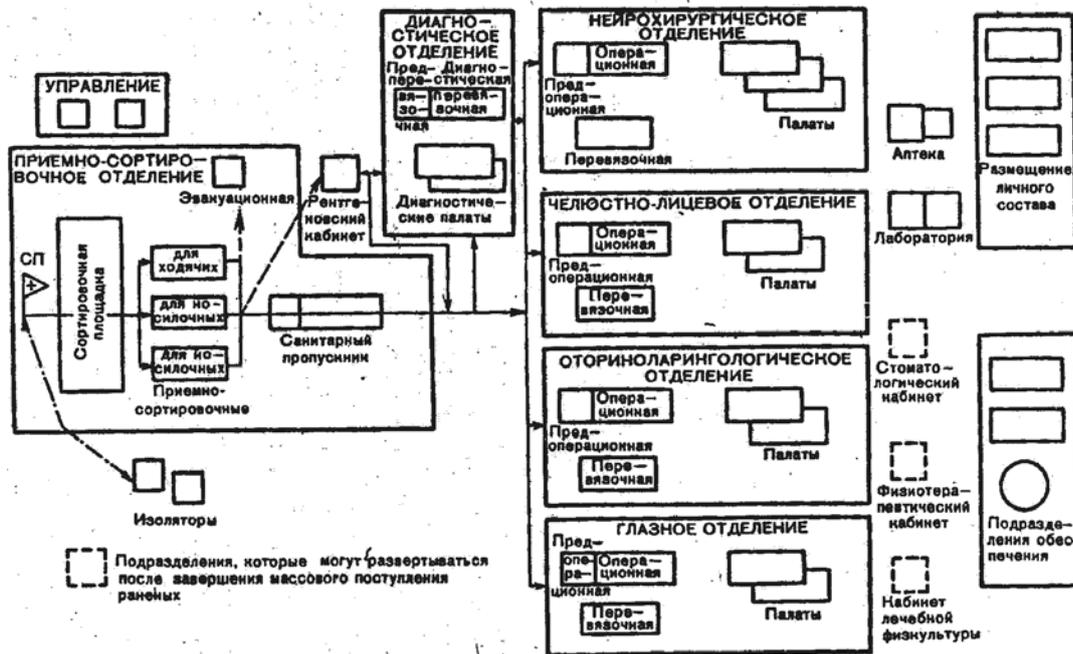
специализированного хирургического госпиталя для раненых в голову, шею и позвоночник; для раненых в грудь и живот; для раненых с переломами длинных трубчатых костей, повреждением крупных суставов; для обожжённых.

Специализированный военный полевой хирургический госпиталь для раненых в голову, шею и позвоночник развёртывается на базе ВПХГ, усиленного нейрохирургической группой отряда специализированной медицинской помощи (ОСМП). Эта группа состоит из врачей, обеспечивающих оказание специализированной медицинской помощи при ранениях черепа и позвоночника, челюстно-лицевой области, органа зрения и ЛОР-органов, а также среднего медицинского персонала, в том числе зубного техника.

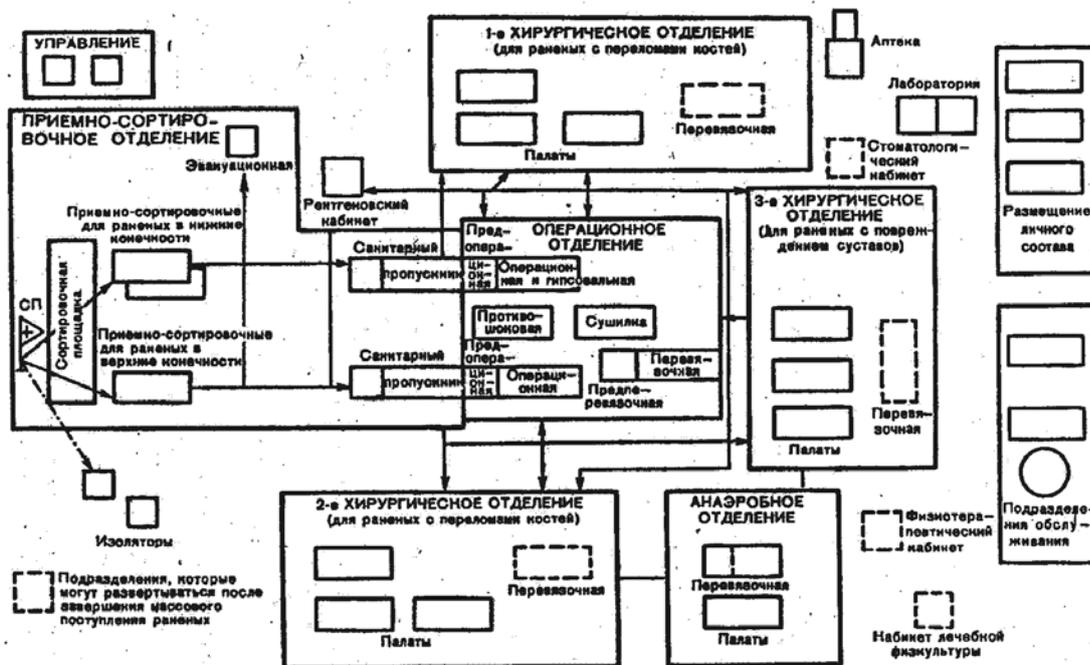
Специализированный полевой хирургический госпиталь для раненых с переломами длинных трубчатых костей и повреждениями крупных суставов создаётся на базе ВПХГ, усиленного ортопедической группой ОСМП. Предназначен для раненых с переломами бедра, голени, плеча, предплечья и с повреждениями крупных суставов. На период заполнения в составе госпиталя развёртываются приёмно-сортировочное, операционное, три хирургических и анаэробное отделения, а также рентгеновский кабинет, лаборатория, аптека и другие подразделения.



Принципиальная схема развёртывания военного полевого хирургического госпиталя



Принципиальная схема развёртывания специализированного военного полевого хирургического госпиталя для раненых в голову, шею и позвоночник



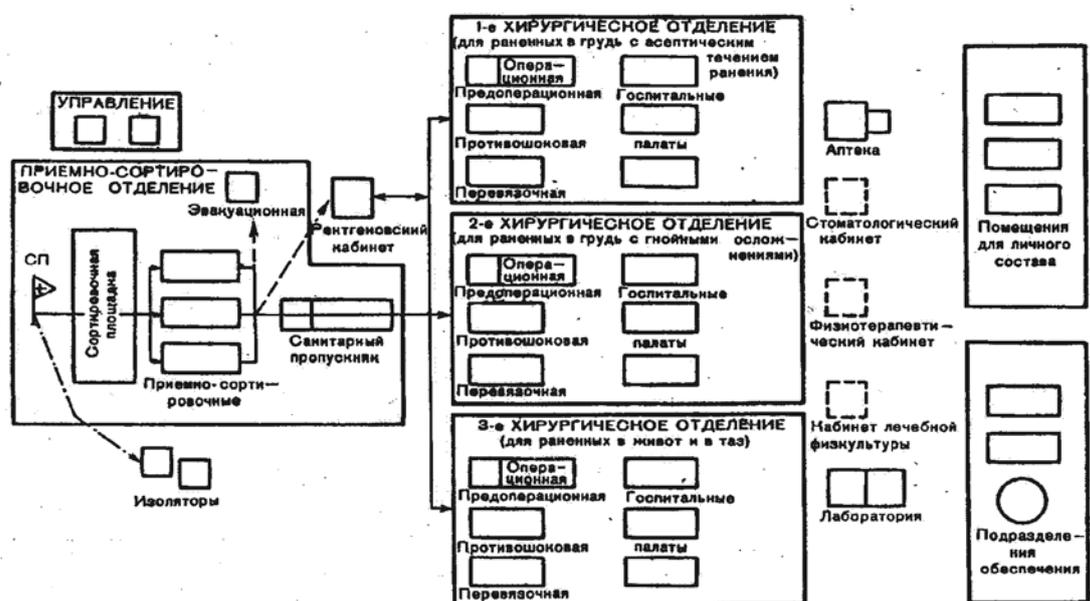
Принципиальная схема развёртывания специализированного военного полевого хирургического госпиталя для раненых с переломами длинных трубчатых костей и повреждениями крупных суставов

Специализированный военный полевой хирургический госпиталь для раненых в грудь и живот развёртывается на базе ВПХГ, усиленного торакоабдоминальной группой ОСМП. Предназначен для раненых с проникающими ранениями груди, тяжёлыми непроникающими повреждениями грудной клетки, ранениями и закрытыми повреждениями органов брюшной полости и тазовых органов.

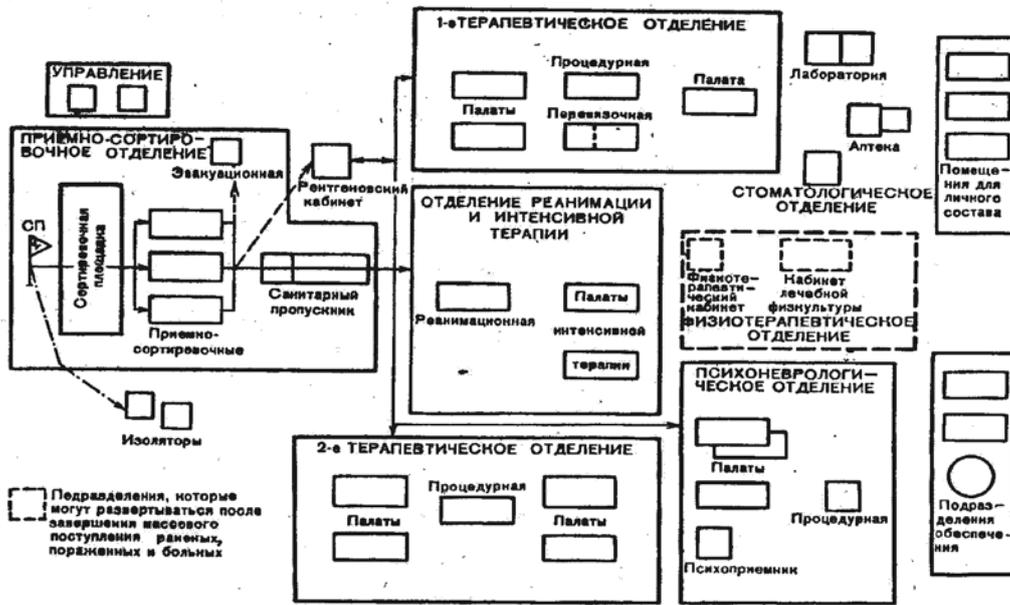
В составе госпиталя развёртываются приёмно-сортировочное и три хирургических отделения, рентгеновский кабинет, стоматологический кабинет, лаборатория, аптека, изоляторы и другие подразделения.

Военный полевой терапевтический госпиталь (ВПТГ) предназначен для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи поражённым с боевой терапевтической патологией, соматическим больным и их лечения. В него направляют поражённых с лучевой болезнью II – IV степени, с тяжёлыми и средней степени тяжести поражениями ОВ, поражённых психоневрологического профиля, а также соматических больных.

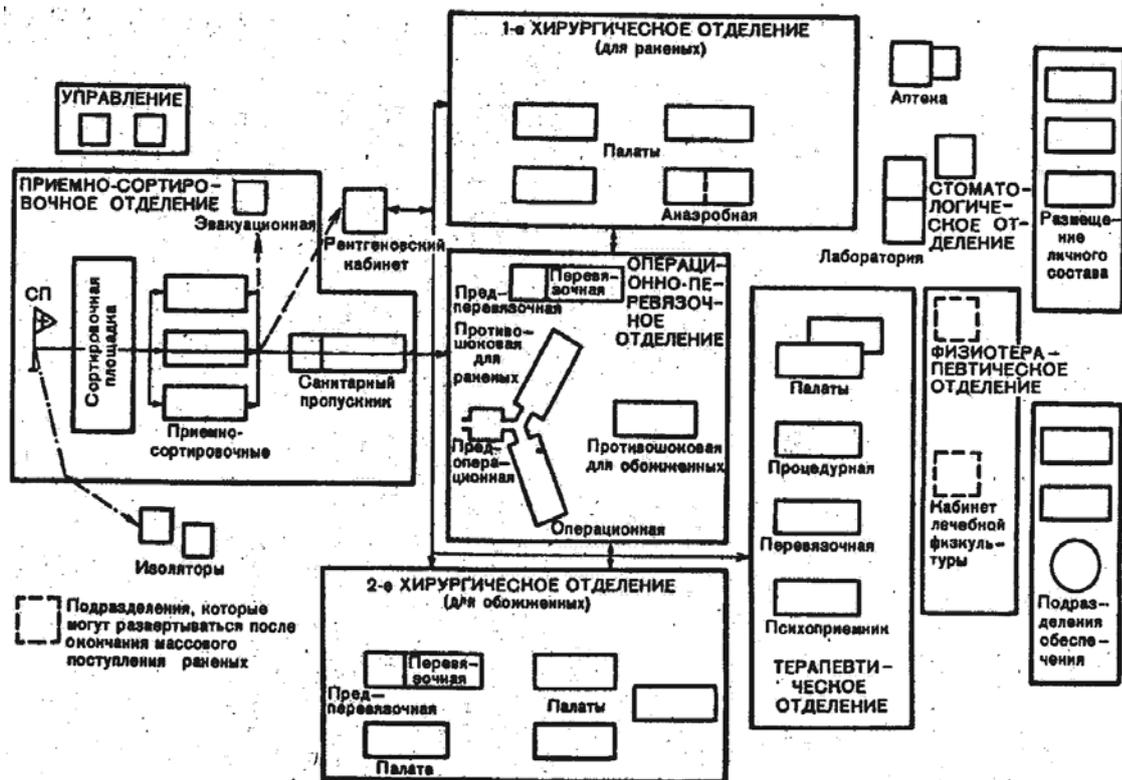
Военный полевой многопрофильный госпиталь (ВПМГ) предназначен для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи раненым и обожжённым преимущественно с комбинированными поражениями, а также для их лечения. Значительная часть поступающих в госпиталь раненых будет нуждаться как в хирургической, так и в терапевтической медицинской помощи. Работающие в ВПМГ врачи-специалисты обеспечивают оказание специализированной медицинской помощи практически всем контингентам раненых и обожжённых, за исключением раненых в голову, шею и позвоночник. Наиболее типичным вариантом является работа ВПМГ в составе ГБ для приёма тяжелопоражённых и поражённых средней тяжести, имеющих в различных комбинациях травмы и ожоги, а также травмы и ожоги в сочетании с поражениями проникающей радиацией или ОВ.



Принципиальная схема развёртывания специализированного военного полевого хирургического госпиталя для раненых в грудь и живот



Принципиальная схема развёртывания военного полевого терапевтического госпиталя



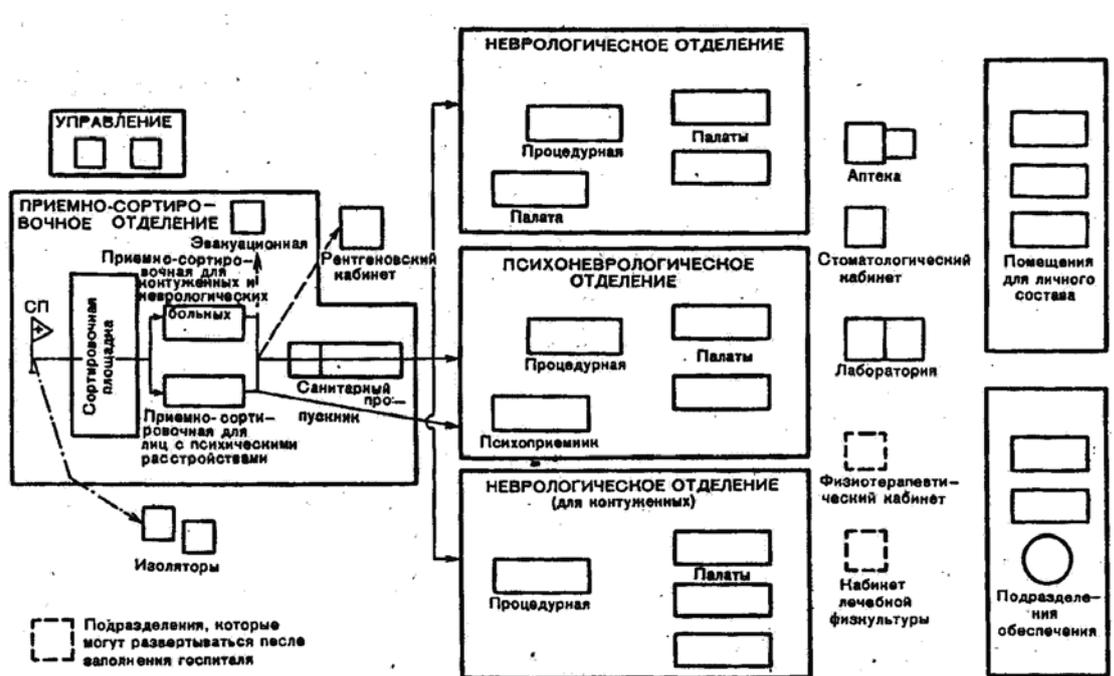
Потенциальная схема развёртывания военного полевого многопрофильного госпиталя

Военный полевой инфекционный госпиталь (ВПИГ) является лечебным учреждением, обеспечивающим специализированную медицинскую помощь и лечение больных и поражённых с инфекционными заболеваниями. На него возлагается также проведение ряда

противоэпидемических мероприятий: извещение командиров частей и начальников медицинской службы соединений об установленном диагнозе у каждого больного (поражённого), поступившего во ВПИГ, участие (совместно с другими противоэпидемическими учреждениями) в мероприятиях по локализации и ликвидации эпидемических очагов.

Военный полевой неврологический госпиталь (ВПНГ) предназначен для оказания специализированной психоневрологической помощи и лечения раненых и больных с поражениями (заболеваниями) центральной и периферической нервной системы, не нуждающихся в хирургической помощи, а также лиц с нарушениями психической деятельности. В госпитале обычно развёртываются: приёмно-сортировочное, психоневрологическое и неврологическое отделения, неврологическое отделение для контуженных, стоматологический и физиотерапевтический кабинеты, кабинет лечебной физкультуры, рентгеновский кабинет и некоторые другие подразделения.

Приёмно-сортировочное отделение включает сортировочный пост, сортировочную площадку, приёмно-сортировочные, санитарный пропускник, эвакуационную, изоляторы для инфекционных больных.

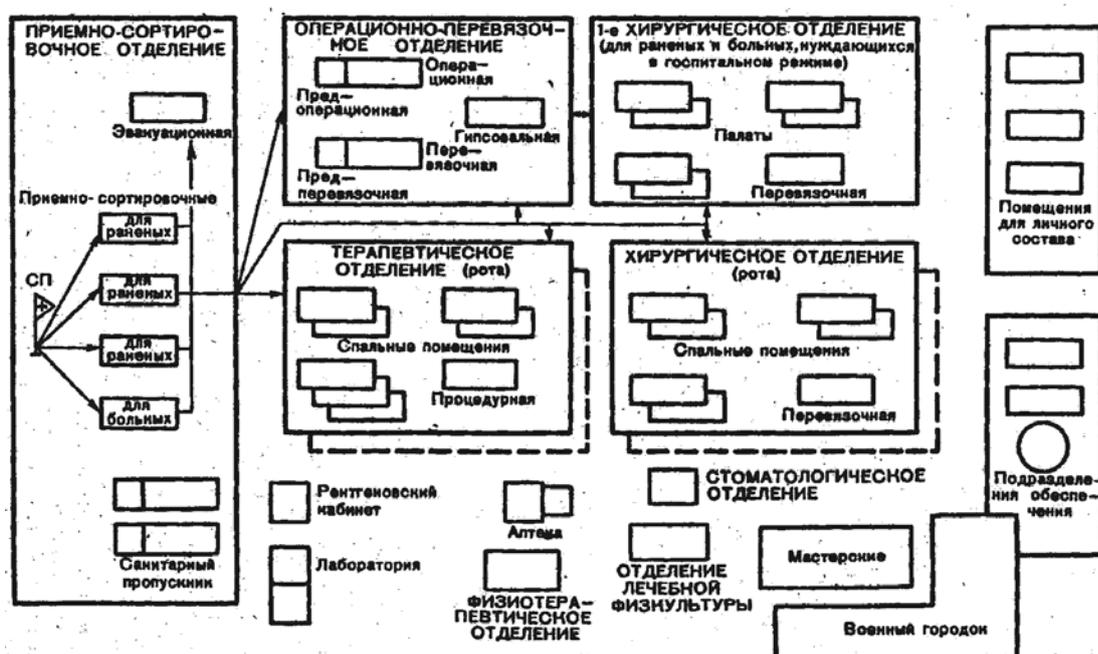


Принципиальная схема развёртывания военного полевого неврологического госпиталя

Военный полевой госпиталь легкораненых (ВПГЛР) предназначен для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи легкораненым и легкобольным и их лечения до выздоровления и возвращения в строй. В госпиталь направляют раненых и больных с открытыми и закрытыми травмами мягких тканей (без повреждения внутренних органов, крупных сосудов, нервных стволов и органа зрения),

переломами отдельных костей кисти и стопы, лёгкими контузиями и реактивными состояниями, ожогами II степени, занимающими до 20% поверхности тела, ограниченными ожогами III степени пассивных областей тела, с лучевой болезнью I степени, лёгкими поражениями ОВ, с функциональными невротами сердца и сосудистой системы, хроническими бронхитами и хроническими гастритами. Особенности работы ВПГЛР определяются тем, что поступившие в него раненые и больные в максимально короткие сроки подлежат возвращению в строй. При этом за время лечения они не должны утратить имеющихся боевых навыков.. Данную задачу в госпитале решают главным образом путём умелого сочетания хирургических, терапевтических, физиотерапевтических методов лечения, лечебной физкультуры и трудовой терапии с проведением боевой подготовки, а также закалыванием организма раненых и больных.

В составе ВПГЛР обычно развёртываются приёмно-сортировочное, хирургические, терапевтические и стоматологическое отделения, изоляторы, лаборатория, рентгеновский кабинет, физиотерапевтическое отделение и отделение ЛФК, мастерские для трудотерапии и некоторые другие подразделения.



Принципиальная схема развёртывания военного полевого госпиталя для легкокораненых

Эвакуационный госпиталь (ЭГ) выполняет те же задачи, что и военные полевые госпитали. В большинстве своём эвакуационные госпитали являются более мощными лечебными учреждениями. Они, как правило, перевозятся на железнодорожном транспорте и развёртываются с использованием местного жилого фонда. Эвакуационные госпитали имеют постоянный профиль, в соответствии с которым укомплектовываются соответствующими специалистами и имуществом. Так, в числе

эвакуационных госпиталей хирургического профиля имеются следующие специализированные госпитали: для лечения раненых в голову, позвоночник и с повреждением периферической нервной системы; для лечения раненых в грудь, живот и таз; для лечения раненых в бедро и крупные суставы; для лечения обожжённых. Общехирургические эвакуационные госпитали (за исключением раненых с переломами длинных трубчатых костей и повреждениями крупных суставов) и с обширными повреждениями мягких тканей. Эвакуационные госпитали терапевтического профиля разделяются на общетерапевтические и специализированные – для психически больных и контуженных, для больных с кожно-венерическими заболеваниями, для инфекционных больных, для больных туберкулёзом. Имеются также эвакуационные госпитали для женщин, предназначенные главным образом для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи, а также лечения женщин, имеющих ранения и заболевания органов живота, таза и мочеполовой системы.

Эвакуационные госпитали имеют следующие лечебно-диагностические отделения: приёмное, медицинские (в зависимости от мощности госпиталя их число может быть различным), физиотерапевтическое, стоматологическое, рентгеновское, лабораторное и лечебной физкультуры.

Эвакуационный приёмник (ЭП) является лечебно-эвакуационным учреждением, которое развёртывается на железнодорожных станциях, в аэропортах, на пристанях для решения следующих задач:

- приёма раненых и больных прибывших в ГБ на железнодорожном, воздушном и др. транспорте, временного их размещения и дальнейшей эвакуации по назначению в соответствующие лечебные учреждения;
- приёма раненых и больных, подлежащих эвакуации из ГБ на железнодорожном, воздушном и др. транспорте, временного их размещения, обслуживания, контроля за правильностью отбора раненых и больных на эвакуацию и полнотой мероприятий по подготовке их к эвакуации;
- оказания неотложной медицинской помощи раненым и больным нуждающимся в ней;
- выгрузки раненых и больных из доставивших их транспортных средств;
- погрузки раненых и больных в транспортные средства, осуществляющие эвакуацию.

Эвакуационный приёмник имеет в своём составе управление, два приёмно-эвакуационных отделения, два медицинских отделения, роту санитаров, аптеку и подразделения обслуживания.

Отряд специализированной медицинской помощи (ОСМП) состоит из групп, предназначенных для специализации и усиления военных

полевых и эвакуационных госпиталей. В состав отряда могут входить следующие группы:

- нейрохирургические, включающие нейрохирурга, офтальмолога, отоларинголога, стоматолога, невропатолога, средний и младший медицинский персонал;
- ортопедические, состоящие из врачей-ортопедов и другого медицинского персонала;
- ожоговые, имеющие в своём составе врачей-хирургов, офтальмолога, медицинских сестёр и санитаров.

Кроме того, в отряде имеется радиометрическая группа, которую возглавляет инженер. Группа предназначена для радиометрических обследований поражённых ядерным оружием.

Подвижной стоматологический отряд является лечебным учреждением, предназначенным для оказания личному составу зубоврачебной и зубопротезной помощи, а также для усиления госпиталей силами и средствами для оказания специализированной стоматологической медицинской помощи. Отряд состоит из управления, стоматологического и зубопротезного отделений, подвижных отделений, включающих врачей-стоматологов и зубного техника, и других подразделений.

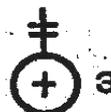
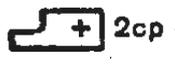
Отряд заготовки крови предназначен для заготовки консервированной крови, приготовления препаратов крови, хранения и обеспечения ими медицинских частей и учреждений. Состоит из управления, основных подразделений (отделения заготовки крови, переработки крови, лабораторное и др.) и подразделений обеспечения.

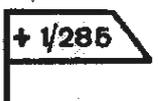
Санитарно-противоэпидемический отряд (СПЭО) – противоэпидемическое учреждение, предназначенное для организации и проведения комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в войсках и на занимаемой ими территории.

На отряд возлагаются следующие основные задачи:

- проведение квалифицированной санитарно-эпидемиологической и бактериологической разведки в полосе боевых действий, в районах размещения войск и тыловых объектов;
- проведение квалифицированных микробиологических, гигиенических и токсикологических исследований, а также экспертизы пищевых продуктов и воды;
- организация и непосредственное участие в проведении противоэпидемических мероприятий по ликвидации очагов инфекционной заболеваемости, в том числе изоляционно-карантинных;
- организация и проведение по эпидемическим показаниям массовой санитарной обработки личного состава, а при необходимости и гражданского населения;
- усиление противоэпидемическими силами и средствами нижестоящих звеньев медицинской службы и др.

УСЛОВНЫЕ* ЗНАКИ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

	Звено санитаров (цифра—количество звеньев)
	Санитар
	Стрелок-санитар
	Санитарный инструктор (медицинская сестра)
	фельдшер (старшая медицинская сестра)
	Врач (э—эпидемиолог, х—хирург и т.д.)
	Начальник медицинской службы, командир медицинской части, начальник медицинского учреждения
	Раненый
	Место сосредоточения раненых и больных, медицинский пост роты (цифра—число раненых и больных)
	Медицинский пункт батальона развернут
	Медицинский пункт батальона свернут
	Медицинский пункт батальона в движении
	Пост санитарного транспорта
	Медицинский пункт полка (бригады) развернут
	Медицинский пункт полка (бригады) свернут
	Медицинский пункт полка (бригады) в движении
	Автомобильная санитарная рота

	Управление госпитальной базы (цифра—номер базы)
	Отделение управления госпитальной базы
	Отряд специализированной медицинской помощи
	Группа отряда специализированной медицинской помощи (ом—ожоговая, ох—общехирургическая, тр—тонсино-радиологическая и др.)
	Станция переливания крови
 201	Военный полевой госпиталь (X—военный полевой хирургический госпиталь, М—военный полевой многопрофильный госпиталь и т.д.; цифра—номер госпиталя)
	Военный полевой терапевтический госпиталь (ВПТГ) развернут
	ВПТГ свернут
	ВПТГ в движении
	Прирельсовый приемник сортировочного госпиталя
	Медицинский распределительный пост
 113	Отдельный батальон материально-технического обеспечения госпитальной базы (ГБ) (цифра—номер батальона)
 34	Отряд заготовки крови (цифра—номер отряда)
 39	Отдельный медицинский батальон развернут (цифра—номер батальона)
 39	Отдельный медицинский батальон свернут
 39	Отдельный медицинский батальон в движении
	Санитарно-контрольный пункт

	Медицинский взвод
	Санитарно-противоэпидемический взвод
	Автолаборатория
	Санитарный автомобиль (цифра—количество)
	Санитарный транспортер колесный (цифра—количество)
	Санитарный транспортер гусеничный
	Взвод сбора и эвакуации раненых
	Отделение сбора и эвакуации раненых
	Автоперевязочная
	Сортировочный пост
	Дезинфекционно-душевая установка на автомобиле
	Дезинфекционно-душевая установка на автоприцепе
	Отдельный медицинский отряд развернут (цифра—номер отряда)
	Отдельный медицинский отряд свернут
	Отдельный медицинский отряд в движении
	Отряд по добыче кислорода
	Санитарно-противоэпидемический отряд
	Обмывочно-дезинфекционная рота санитарно-эпидемиологического отряда (цифра—номер соответствующего отряда)



Стоматологический отряд (цифра—номер отряда)



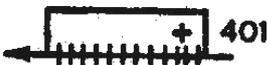
Медицинская лаборатория (цифра—номер лаборатории)



Санитарный вертолет



Санитарный самолет



Военный санитарный поезд (цифра—номер поезда)



Военная санитарная летучка (цифра—номер летучки)



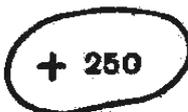
Эвакуационный пункт
(цифра—номер эвакуационного пункта)



Эвакуационный приемник



Район размещения госпитальной базы (отделения
госпитальной базы)



Район санитарных потерь (цифра—число раненых,
нуждающихся в первой медицинской
помощи и эвакуации)



10—В
8.00 05.06

Очаг ядерного взрыва (150—число пораженных ядерным
оружием, числитель—мощность и вид взрыва,
знаменатель—время взрыва)



Vx Газы
9.00 05.06

Район заражения отравляющими веществами



Район заражения бактериальными средствами

*** На карте обозначаются красным цветом (цифры – чёрным цветом); очаг ядерного взрыва, районы заражения отравляющими веществами и бактериальными средствами обозначаются синим цветом.**

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назначение Вооружённых Сил КР.
2. Организационная структура Вооружённых Сил КР.
3. Управление Вооружёнными Силами КР.
4. Национальные интересы Кыргызстана в области обороны.
5. Виды Вооружённых Сил КР.
6. Краткие сведения об истории военной медицины. Этапы в своём развитии. Значение деятельности военно-медицинской службы в годы ВОВ.
7. Задачи медицинской службы КР в военное время.
8. Содержание работы медицинской службы в военное время.
9. Перечень воинских званий военнослужащих медицинской службы Вооружённых Сил КР.
10. Организация войсковой медицинской службы.
11. Основы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках:
 - особенности работы медицинской службы действующей армии;
 - система этапного лечения раненых и больных;
 - эвакуация.
12. Классификация боевых санитарных потерь (по видам оружия, по видам поражений).
13. Организация и оказание медицинской помощи, и лечение раненых и больных (первая медицинская помощь, квалификационная помощь, специализированная медицинская помощь).
14. Организация медицинской эвакуации.
15. Медицинская сортировка.
16. Первичная медицинская карточка.
17. Сортировочные марки.
18. Медицинское обеспечение подразделений в наступлении и обороне.
19. Силы и средства медицинской службы батальона.
20. Задачи медицинской службы батальона (роты).
21. Санитарный инструктор роты.
22. Оснащение младшего медицинского персонала.
23. Организация розыска, сбора и выноса (вывоза) раненых при ведении наступательного боя на боевых машинах.
24. Организация розыска, сбора и выноса (вывоза) при ведении боевых действий в пешем строю.
25. Медицинское обеспечение батальона (роты) в обороне.
26. Медицинское снабжение. Комплектно-табельное оснащение медицинской службы.
27. СИЗ личного состава.

28. Комплектно-табельное оснащение медицинских пунктов батальона и полка.
29. Полевая медицинская техника.
30. Подвижная медицинская и санитарная техника.
31. Санитарно-эвакуационные средства.
32. Палатка (УСБ, УСТ) используемые медицинской службой.
33. Типовые медицинские оборудования (для полевых условий).
34. Задачи, принципы и мероприятия противозидемической защиты войск (эпидемия, противозидемическая защита войск, основы профилактических мер, санэпидразведка, метод эпиднаблюдения, эпидемиологическое обследование, статистический метод, методы исследований, методы вакцинации, меры обеззараживания очага).
35. Общая характеристика противозидемических сил и средств.
36. Противозидемическая защита войск в условиях применения противником биологического оружия.
37. Санитарно-эпидемиологическая разведка.
38. Противозидемическая защита войск в условиях применения противником биологического оружия.
39. Медицинские учреждения (ОМО, военно-полевые госпиталя). Принципиальные схемы их развёртывания.
40. Госпитальные базы.
41. ВПСГ и особенность работы.
42. Подвижной стоматологический отряд.
43. СПЭО.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Немьтин Ю.В. Специализированная медицинская помощь раненым в условиях Афганистана. ВМЖ № 1, М.: МО «Красная звезда», 1990.
2. Пуховский Н.Н. Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций. Москва: Академический проект, 1999.
3. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия. Институт психотерапии. Москва, 2000.
4. Попов А.В. Проблемы становления войскового врача. ВМЖ № 12, Москва: «Красная звезда», 1990.
5. Торопов Ю.В., Коноваленко С.Н. Актуальные вопросы усовершенствования офицеров медслужбы запаса. ВМЖ № 7, Москва: «Красная звезда», 1984.
6. Аббадо Г. Медицинские инфраструктуры на случай стихийных бедствий. ВМЖ « 8, Москва: «Красная звезда», 1987.
7. Сивинцев Ю.В., Качалов В.А. Чернобыль. Пять трудных лет: Сборник материалов о работах по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС в 1986-1990 г.г. – Москва, 1992.
8. Военно-медицинская подготовка под редакцией академика Комарова. Москва: Медицина, 1989.
9. Гостюшин А. Энциклопедия экстремальных ситуаций. Москва: Зеркало, 1994.
10. Радиация. Дозы, эффекты, риск// Доклад научного комитета по действию атомной радиации при ООН за 30 лет его деятельности. Москва: МИР. 1990.
11. Медицинское снабжение ВС СССР. Москва: «Красная звезда», 1989.
12. Вопросы медицинского обеспечения войск. Москва: «Военное издательство», МО СССР, 1984.
13. Оказание медицинской помощи, сбор и эвакуация раненых с поля боя. Москва: ЦВМУ МО СССР, 1982.
14. Основы общей тактики и организации медобеспечения подразделений в современном бою. // Труды ВМА им. Кирова, т. 8,10,11: Ленинград, 1976,1977, 1978.
15. Каммерер Ю.Ю. Использование защитных сооружений в военное время. Москва: «Энергоатомиздат», 1988.

О Г Л А В Л Е Н И Е

Список сокращений	4
Организационная структура ВС	5
Военная медицинская служба ВС КР	6
Задачи медицинской службы ВС КР	8
Основы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в войсках (частях, подразделениях).....	12
Классификация боевых санитарных потерь	14
Организация и оказание медицинской помощи, Лечение раненых и больных	16
Организация медицинской эвакуации	20
Медицинская сортировка	22
Первичная медицинская карточка (лицевая и обратная сторона)	24
Сортировочные карточки	26
Медицинское обеспечение подразделений в наступлении и обороне	27
Медицинское обеспечение мотострелкового батальона (мотострелковой роты) в наступлении	31
Организация розыска, сбора и выноса (вывоза) раненых при ведении наступательного боя	35
Медицинское обеспечение мотострелкового батальона (роты) в обороне	41
Медицинское снабжение	43
Индивидуальное медицинское оснащение личного состава	47
Комплектно-табельное оснащение медпунктов батальона полка	52
Полевая медицинская техника	62
Подвижная медицинская и санитарная техника	6
Санитарно-эвакуационные средства	65
Палатки (УСТ-56, УСБ-56)	66
Типовое медицинское оборудование	67
Задачи, принципы и мероприятия противоэпидемической защиты войск	68
Общая характеристика противоэпидемических сил средств	76
Противоэпидемическая защита на этапах медицинской эвакуации	78

Санитарно - эпидемиологическа разведка	80
Противоэпидемическая защита войск в условиях применения противником биологического (бактериологического) оружия	82
Медицинские учреждения	86
Госпитальная база	88
Условные знаки медицинской службы.....	99
Список литературы	105

Пособие по военно-медицинской подготовке

Редактор: Мадмарова Г.А.
Тех. Редактор: Арифова К.А.
Корректор: Салмина М.А.

Сдано в набор 12.01.2011, Подписано в печать 19.02.2011

Формат бумаги 84 x 60 1/16 6,75 п.л Тираж 300, Заказ № 01

г.Ош ул.Курманжан датка 236