**МЕДИЦИНСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ**

**Введение**

Выполнение мероприятий по медицинскому обеспечению войск практически полностью возложено на медицинскую службу войскового звена. Это связано, в первую очередь, с тем, что свою работу она выполняет непосредственно в боевых порядках части: первой принимает участие в оказании раненым и больным медицинской помощи, их розыске, сборе, выносе с поля боя и последующей эвакуации.

Отметим, что из шести видов медицинской помощи три, пожалуй, важнейшие для сохранения жизни раненых и пораженных: первая; доврачебная и первая врачебная — обеспечиваются усилиями медицинской службы войсковой части.

Медицинское обеспечение боевых действий войск включает в себя целую систему, совокупность различных организационных, профилактических, лечебно-эвакуационных, противоэпидемических и других мероприятий, выполняющихся всеми звеньями медицинской службы, от передовой линии до глубокого тыла. Учитывая вышесказанное, трудно переоценить роль и значение этого звена медицинской службы.

Для офицера медицинской службы запаса необходимо и обязательно знание вопросов организации медицинского обеспечения войск, умение оказывать медицинскую помощь в условиях применения современного обычного оружия, а также оружия массового поражения и хорошее владение практическими навыками.

В данном учебном пособии изложены основные сведения, которые необходимы для успешного решения войсковым врачом вопросов медицинского обеспечения войсковой части в условиях боевой обстановки. А также охарактеризовано современное состояние реформирования медицинской службы войскового звена и определены основные направления ее совершенствования.

**Медицинские службы мотострелкового полка: организация и основные задачи**

Строение медицинской службы полка находится в прямой зависимости, прежде всего, от структуры полка, составной частью которого она является.

Главой медицинской службы полка является начальник медицинской службы полка. Также в медицинскую службу входят:

* медицинская рота полка;
* медицинские взводы батальонов;
* санитарные инструкторы рот, батарей и специальных подразделений полка;
* стрелки-санитары взводов.

Основное подразделение медицинской службы полка — медицинская рота полка, которая находится в подчинении непосредственно у начальника медицинской службы полка. Начальник медицинской службы полка, в свою очередь, подчиняется командиру полка, а по специальным (медицинским) вопросам — начальнику медицинской службы дивизии.

Также в каждом мотострелковом и танковом батальоне имеется медицинский взвод батальона. Его возглавляет командир взвода — фельдшером. Командир медицинского взвода батальона подчиняется командиру батальона, а по специальности выполняет указания начальника медицинской службы полка. Медицинскую службу самоходного артиллерийского дивизиона возглавляет фельдшер, подчиняющийся приказам командира батальона. По специальности выполняет указания начальника медицинской службы полка.

Каждая мотострелковой рота имеет санитарного инструктора, подчиненного командиру роты, а по специальным вопросам — командиру медицинского взвода батальона и стрелка-санитара, подчиненного командиру взвода, а по специальным вопросам — санитарному инструктору роты. В других специальных подразделениях полка (противотанковая батарея, зенитный дивизион, инженерно-саперная рота, разведрота, рота связи), подчиненных непосредственно командиру полка, имеются санитарные инструкторы, которые подчинены по медицинской службе начальнику медицинской службы полка.

В задачи медицинской службы, за выполнение которых отвечает начальник медицинской службы полка, входят:

* розыск раненых и больных, оказание им первой помощи, сбор и вынос (вывоз) с поля боя (из подразделений), а также эвакуация раненых и больных из подразделений полка на медицинскую роту полка;
* своевременное оказание доврачебной и первой врачебной помощи раненым и больным, подготовка их к дальнейшей эвакуации;
* обеспечение подразделений полка медицинским имуществом;
* медицинский контроль над сохранением здоровья личного состава полка, организация и осуществление медицинских мероприятий по его укреплению, а также осуществление противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний;
* проведение мероприятий медицинской службы по защите личного состава от оружия массового поражения (медицинская защита);
* медицинская разведка в полосе действий (районе расположения) полка;
* проведение санитарного надзора за условиями военного груда, выполнением санитарно-гигиенических норм и правил размещения, питания, водоснабжения, банно-прачечного обслуживания личного состава, захоронения павших в бою и умерших воинов;
* боевая и специальная подготовка медицинского состава, военно-медицинская подготовка и санитарное просвещение личного состава полка;
* ведение медицинского учета и отчетности.

**Силы и средства медицинской службы в мотострелковой роте**

В мотострелковой роте медицинская служба представлена санитарным инструктором роты, подчиняющимся командиру роты. В порядке внутренней службы — старшине роты. По специальным (медицинским) вопросам — указаниям командира медицинского взвода батальона.

Кроме того, в каждом взводе мотострелковой роты имеется по одному стрелку-санитару.

**Обязанности и оснащение стрелка-санитара**

Помимо выполнения обязанностей стрелка, стрелок-санитар обязан:

* знать задачу своего взвода;
* место нахождения командира взвода и санитарного инструктора роты;
* непрерывно наблюдать за появлением раненых и больных на поле боя, оказывать им первую помощь умело использовать защитные и маскирующие свойства местности для их укрытия;
* обозначать места нахождения раненых и больных;
* знать и умело использовать медицинское оснащение, а также подручные средства для оказания первой помощи.

В оснащение стрелка-санитара, кроме предметов, положенных каждому солдату, входят нарукавный знак Красного Креста, лямка санитарная носилочная (лямка специальная) и сумка медицинская санитарная (CMC). Последняя предназначена для оказания первой помощи и рассчитана на оказание помощи 30 раненым, больным и пораженным.

Лямка санитарная носилочная предназначена для выноса раненых с поля боя, переноски их на руках и на носилках, оттаскивания в укрытие, извлечения из труднодоступных мест (из подвалов разрушенных зданий, ям и т. п.) Она представляет собой брезентовый ремень длиной 360 и шириной 6,5 см с металлической пряжкой на конце. На расстоянии 100 см от пряжки нашита специальная брезентовая накладка, позволяющая складывать лямку восьмеркой, также может быть сложена петлей.

Лямка санитарная специальная предназначена для переноски раненых, а также для извлечения их из труднодоступных мест (танк, боевая машина пехоты, самоходная артустановка, дзот, подвал и для спуска с верхних этажей зданий) в полусидящем положении. Это также брезентовый ремень длиной 360 и шириной 6,5 см с карабинами, укрепленными на пряжках по концам лямки.

Нарукавный знак Красного Креста по международному соглашению является знаком, отличающим лиц, в задачу которых входит оказание помощи раненым, пораженным и больным. Нарукавный знак Красного Креста носится на левом рукаве на средней трети плеча. Крепят его к обмундированию безопасными булавками или тесемками.

**Обязанности и оснащение санитарного инструктора роты**

Санитарный инструктор проводит комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья личного состава роты, поддержание санитарно-гигиенического и эпидемического благополучия, медицинскую защиту личного состава от оружия массового поражения, оказание первой помощи при ранениях и заболеваниях, их быстрейшую эвакуацию на медицинские пункты.

Санитарный инструктор обязан:

* знать задачу роты, наличие раненых и больных в ее подразделениях, место медицинского взвода батальона и порядок его перемещения;
* организовать и осуществлять розыск раненых и больных на поле боя, оказывать первую помощь и элементы до врачебной помощи тяжелораненым и тяжелобольным, проводить их сбор, укрытие и обозначение;
* контролировать своевременность и качество первой помощи, оказанной санитарами-стрелками и в порядке само- и взаимопомощи;
* обеспечить эффективное использование сил и средств сбора и вывоза раненых и больных, работающих на направлении роты;
* выявлять больных и оказывать им первую помощь и с разрешения командира роты отправлять на медицинский взвод батальона или медицинскую роту полка;
* проводить медицинскую разведку района расположения и боевых действий роты;
* проверять выполнение личным составом правил личной гигиены, санитарное состояние района расположения и действия роты;
* контролировать своевременность помывок личного состава и смены белья, проводить телесные осмотры;
* осуществлять (по указанию начальника медицинского взвода батальона) наблюдение за состоянием здоровья военнослужащих, подвергшихся воздействию оружия массового поражения, но сохранивших боеспособность, и проводить им лечебно-профилактические мероприятия;
* обеспечивать личный состав роты медицинскими средствами профилактики и оказания первой 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;
* докладывать командиру роты и начальнику медицинского взвода батальона данные о количестве раненых и больных, подлежащих вывозу (выносу) с поля боя, и местах их размещения.

Оснащение санитарного инструктора роты, помимо войскового снаряжения, составляют: нарукавный знак Красного Креста, лямка санитарная носилочная (лямка специальная) и сумка медицинская войсковая (СМВ) или единая унифицированная сумка медицинская войсковая, предназначенная для оказания первой и элементов до врачебной помощи раненым, больным, обожженным и пораженным проникающей радиацией, отравляющими веществами и бактериальными средствами. Рассчитана на оказание помощи 30 пораженным, раненым и больным.

Оснащение: инструменты, перевязочные и лекарственные средства, предназначенные для временной остановки кровотечения, устранения асфиксии, обезболивания. Предусматриваются отдельные места для размещения (по блочному принципу) профилактических и лечебных антидотов, радиопротекторов. Для парентерального введения лекарственных форм предполагается использовать автоинъекторы. Предполагается иметь кровозамещающие жидкости для проведения инфузионной терапии тяжелораненым при кровопотере.

При необходимости санитарный инструктор, а также стрелки-санитары, дополнительно обеспечиваются специальными знаками, приборами ночного видения, радиоприборами для обозначения мест сосредоточения раненых, химическими грелками и т. п.

**Мероприятия первой помощи**

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

Направлена она на временное устранение причин, угрожающих в данный момент жизни раненого (больного), а также на предупреждение развития тяжелых осложнений и включает в себя:

* извлечение раненых из боевых машин, труднодоступных мест, очагов пожара и из-под завалов;
* тушение горящего обмундирования и попавшей на тело зажигательной смеси;
* надевание противогаза при нахождении на зараженной местности;
* временную остановку наружного кровотечения путем пальцевого прижатия магистральных сосудов, наложения жгута или закрутки, наложения давящей повязки;
* введение антидотов пораженным отравляющими веществами;
* устранение асфиксии путем освобождения верхних дыхательных путей от слизи, крови и возможных инородных тел, фиксацию языка при ее западении, введение воздуховода;
* введение обезболивающего средства (1% раствор промедола в шприц – тюбике);
* наложение асептической повязки на рану или ожоговую поверхность, а при открытом пневмотораксе — окклюзионной повязки с использованием прорезиненной оболочки перевязочного пакета индивидуального;
* иммобилизацию поврежденной области простейшими способами с использованием табельных и подручных средств;
* частичную санитарную обработку открытых участков кожи и дегазацию прилегающего к ним обмундирования индивидуальным противохимическим пакетом;
* прием антибиотиков, противорвотных и других лекарственных средств.

При оказании первой помощи в первую очередь используются медицинские средства профилактики и оказания первой помощи, имеющиеся у раненого (больного).

**Действия стрелка-санитара и санитарного инструктора роты в основных видах боя**

Во время наступательного боя санитарный инструктор роты следует за боевыми порядками роты, вблизи командира роты Он организует работу стрелков-санитаров и санитаров-носильщиков по розыску раненых, оказанию первой помощи и выносу их с поля боя до ближайших укрытий.

При выдвижении подразделений к рубежу атаки на боевых машинах и переходе в атаку без спешивания медицинский состав (санитарные инструкторы рот, стрелки-санитары взводов) наблюдает за экипажем своих машин и действиями боевых машин, находящихся в секторе обзора. При поражении боевой машины и появлении в ней раненых, находящийся в машине медицинский работник оказывает им первую помощь. При отсутствии медицинского работника первая помощь оказывается самими членами экипажа в порядке само- и взаимопомощи. О замеченных боевых машинах, вышедших в ходе боя из строя, санитарный инструктор (стрелок-санитар) докладывает командиру роты (взвода), в машине которого находится, а последний сообщает командиру батальона. Раненых из боевых машин, продолжающих боевые действия, высаживают при первой возможности на коротких остановках, выбирая при этом места, защищенные от прямого воздействия огневых средств противника.

При действии подразделений в комбинированном порядке со спешиванием личного состава санитарные инструкторы рот и стрелки-санитары взводов следуют непосредственно за боевой цепью, внимательно наблюдая за ходом боя. При этом каждый медицинский работник должен иметь свой сектор (полосу) наблюдения. Заметив раненого, он приближается к нему. В зависимости от обстановки, короткими перебежками, используя защитные свойства местности, пригнувшись, при необходимости — ползком. Переползание по-пластунски обеспечивает наибольшую безопасность при действии на простреливаемой местности, под огнем противника.

Оказав первую помощь, раненых и пораженных группируют в “гнезда” раненых. Для обозначения “гнезд” раненых могут применяться радиопеленгационные комплексы “Роза”. Санитарные инструкторы перед боем получают радиопередающие устройства — сигнализаторы, входящие в состав комплекса, и, группируя “гнезда” раненых, устанавливают в них эти сигнализаторы.

Радиопеленгатор находится на санитарном транспортере. В ходе боя водитель-санитар (санитарный инструктор), осуществляя розыск раненых на транспортере, руководствуется сигналами пеленгатора, позволяющими выходить достаточно точно на обозначенные “гнезда” раненых даже в условиях плохой видимости. Для более тщательного осмотра местности и облегчения обнаружения раненых санитарные транспортеры передвигаются по полю боя не прямолинейно, а зигзагами, осматривая как можно большую территорию в выделенной им полосе движения.

При подготовке к медицинскому обеспечению роты в обороне санинструктор роты после получения указаний командира роты и командира медицинского взвода тщательно изучает местность и характер оборонительных сооружений в районе ротного опорного пункта, определяет места укрытий пострадавших, намечает и обозначает пути выхода, вывоза (выноса) раненых, определяет пути подхода санитарного транспорта медицинского взвода, инструктирует стрелков-санитаров, докладывает командиру роты перечень мероприятий, которые необходимо провести для своевременного оказания раненым первой помощи, бесперебойного их вывоза (выноса) с поля боя, для поддержания удовлетворительного санитарно-гигиенического состояния роты, и добивается их выполнения.

В предвидении возможного перерыва в выносе (вывозе) раненых, для временного укрытия раненых, в непосредственной близости от командно-наблюдательного пункта командира роты оборудуется медицинский пост роты (МПР), на котором кроме средств оказания первой помощи необходимо иметь подстилочный материал для размещения раненых и запас воды. Пути выноса (вывоза) до МПР обозначают указателями, место нахождения МПР доводятся до всего личного состава роты. Санинструктор оказывает здесь раненым первую помощь (если она не была оказана) и обеспечивает за ними уход до тех пор, пока не появится возможность их эвакуации.

**Силы и средства медицинской службы в мотострелковом батальоне**

Силы и средства медицинской службы в мотострелковом батальоне представлены медицинским взводом батальона (МВБ), санитарными инструкторами рот и стрелками-санитарами взводов. Возглавляет эту службу и организует ее работу командир медицинского взвода батальона — фельдшер. Он подчиняется командиру батальона, а по специальным вопросам выполняет указания начальника медицинской службы полка.

Начальник медицинского взвода батальона обязан:

* знать обстановку в районе боевых действий батальона, наличие раненых и больных в подразделениях;
* организовать розыск раненых и больных, оказание им первой помощи, их сбор, вывоз (вынос) из рот на медицинский взвод батальона или в места сосредоточения раненых и больных, их обозначение и укрытие;
* организовать работу медицинского взвода батальона и лично оказывать доврачебную помощь раненым и больным;
* проводить медицинскую разведку в районе размещения и боевых действий батальона;
* руководить работой санитарных инструкторов рот, штатных и приданных средств сбора и вывоза раненых;
* обеспечить постоянную готовность средств личного состава медицинского взвода батальона к участию в работе по ликвидации последствий применения противником оружия массового поражения;
* осуществлять наблюдение за состоянием здоровья военнослужащих, подвергшихся воздействию оружия массового поражения, но сохранивших боеспособность, и проводить (по указанию начальника медицинской службы полка) лечебно-профилактические мероприятия;
* контролировать соблюдение военнослужащими правил личной гигиены, санитарно-гигиенических норм и правил размещения, питания, водоснабжения и банно-прачечного обслуживания личного состава батальона;
* обеспечить раннее выявление, изоляцию и направление в медицинскую роту полка инфекционных больных, организовать (по указанию начальника медицинской службы полка) и осуществлять в батальоне мероприятия по предупреждению распространения инфекционных заболеваний;
* своевременно обеспечивать подразделения батальона и санитарных инструкторов рот положенным медицинским имуществом;
* обучать личный состав батальона приемам оказания первой помощи, а также мерам предупреждения заболеваний.

**Задачи, состав и оснащение медицинского взвода батальона (МВБ)**

На медицинский взвод батальона возлагаются следующие задачи:

* розыск раненых и больных, оказание им первой помощи;
* сбор и вынос (вывоз) раненых и больных из рот, оказание им доврачебной помощи, укрытие и обозначение мест их сосредоточения;
* медицинская разведка района расположения и боевых действий батальона;
* медицинский контроль за состоянием здоровья личного состава батальона, организация и осуществление мероприятий по ее укреплению;
* контроль над соблюдением санитарно-гигиенических норм и правил в батальоне, проведение мероприятий по предупреждению возникновения и распространения инфекционных заболеваний, а также мероприятий медицинской службы по защите личного состава батальона от оружия массового поражения;
* обеспечение подразделений батальона медицинскими средствами профилактики и оказания первой помощи;
* обеспечение санитарных инструкторов рот медицинским имуществом.

**Состав медицинского взвода**

В состав медицинского взвода входят:

Командир взвода-фельдшер — 1.

Радиотелефонист — 1.

Р-105 (159) — 1.

Командир (фельдшер) — 1.

Командир отделения (санинструктор) — 1 (3).

Санинструктор — 1.

Санитар — 4 (12).

Санитар — 2.

Механик-водитель-санитар — 2 (6).

Водитель-санитар — 1.

Итого — 7(21).

Техническое оснащение:

Всего 5 БММ 1, ГТ-МУ, МТЛ-Б — 6шт.

УАЗ 452 (БММ 3) — 1 ед.

Радиостанция Сапфир (Виола) — 6 ед.

Радиостанция Сигнал — 3 ед.

Комплектно-табельное оснащение медицинского взвода мотострелкового батальона:

* комплект ВФ, войсковой фельдшерский (обеспечивает оказание доврачебной помощи 80 – 100 раненым и обожженным, 50 – 60 поражённым ионизирующим излучением, отравляющими веществами и бактериальными средствами, а в межбоевой период позволяет обеспечить медицинскую помощь 50 больным);
* комплект Б-l, перевязочные средства стерильные (рассчитан на 100 раненых и обожженных);
* комплект Б-2, шины (обеспечивает проведение 50 иммобилизаций);
* сумки медицинские войсковые или единые унифицированные сумки медицинские войсковые (но 1 на каждого санинструктора и на фельдшера);
* сумки медицинские санитара (по 1 на каждого санитара и водителя-санитара);
* аппараты искусственной вентиляции легких, ДП-11 (на 2 маски);
* кислородный ингалятор, КИ-4 (на 2-х пораженных с двумя кислородными баллонами по 2л);
* носилки иммобилизирующие вакуумные, НИВ-2, для транспортной иммобилизации раненых с повреждениями позвоночника, таза;
* шлемы для раненых в голову — ШР;
* шины транспортные Дитерихса для нижней конечности;
* лямки санитарные носилочные и лямки специальные;
* носилки санитарные и др.

Весь медицинский состав медицинского взвода батальона снабжен знаками Красного Креста.

Кроме того, имеются санитарный автомобиль УАЗ-452-А (3962) или БММ-3, предназначенный для перевозки медицинского имущества медицинского взвода батальона и работы “сходу” в наступательном бою; автоприцеп на 0,5 т 1АП-05 и шесть бронированных медицинских машин БММ-1 (ГТ-МУ, МТЛ-6), предназначенных для розыска, сбора и вывоза раненых с поля боя и очагов массовых санитарных потерь.

**Мероприятия доврачебной помощи**

Раненым и больным оказывается доврачебная помощь. Ее цель — борьба с угрожающими жизни последствиями ранений (заболеваний) и предупреждение тяжелых осложнений.

В дополнение к первой помощи она включает:

* контроль над правильностью и целесообразностью наложения жгута, наложение жгута при продолжающемся кровотечении;
* устранение асфиксии (туалет полости рта и носоглотки, введение воздуховода, ингаляция кислорода, искусственная вентиляция легких с помощью портативных аппаратов и др.);
* наложение и исправление неправильно наложенных повязок;
* повторное введение обезболивающих средств, антидотов по показаниям, дачу антибиотиков;
* улучшение транспортной иммобилизации с использованием табельных средств;
* введение по показаниям сердечно-сосудистых и других лекарственных препаратов (стимулирующих дыхание, противосудорожных средств, противорвотных и т. п.);
* повторная частичная обработка участков кожи и дегазация прилегающей к ним одежды;
* согревание раненых и больных, дачу горячего питья (за исключением раненых в живот).

**Организация работы медицинского пункта батальона в современном бою**

Медицинское обеспечение мотострелкового батальона в бою организует начальник медицинского взвода батальона.

При подготовке наступления командир медицинского взвода батальона получает от командира батальона, от начальника медицинской службы полка указания о месте расположения медицинского взвода полка к началу наступления и о предполагаемом перемещении его в ходе боя, о путях эвакуации, об организации сбора раненых при выдвижении на рубеж атаки и в ходе боя, о средствах сбора и эвакуации раненых, направляемых в батальон, о порядке снабжения медицинским имуществом в ходе боя, о наиболее важных мероприятиях медслужбы по защите от оружия массового поражения, о санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятиях и порядке связи.

В наступательном бою медицинский пункт батальона, как правило, работает “сходу”, т. е. непрерывно перемещаясь за наступающими ротами, делает короткие остановки около раненых, вынесенных на ось перемещения МВБ и сконцентрированных в так называемых укрупненных “гнездах”, и, при необходимости, оказывает им доврачебную помощь.

В период подготовки к обороне командир МВБ проводит примерно такие же мероприятия, как и перед наступлением. После проведения медицинской разведки и изучения местности в батальонном районе обороны он намечает места развертывания поста санитарного транспорта (ПСТ) и медицинского взвода батальона (МВБ), а также наиболее удобные пути выноса (вывоза) раненых и пораженных из опорных пунктов рот. Кроме того, командир МВБ обследует источники воды и определяет санитарно-эпидемическое состояние района обороны батальона. Результаты медицинской разведки и конкретные предложения по организации медицинского обеспечения батальона в обороне фельдшер докладывает командиру батальона и начальнику медицинской службы полка.

Для своевременной доставки раненых и пораженных на МВБ к ротам первого эшелона выдвигаются пост санитарного транспорта, где могут находиться малогабаритные санитарные транспортеры (БММ-1, ГТ-МУ, МТЛ-Б) из медицинского взвода батальона или санитарный автомобиль. Пост санитарного транспорта организуется в первую очередь для наиболее удаленных от МВБ опорных пунктов рот. При невозможности выдвижения ПСТ непосредственно в опорные пункты рот вынос раненых и пораженных организуется методом постов.

Медицинский взвод батальона развертывается, как правило, в батальонном районе обороны за вторым эшелоном (резервом) батальона на удалении до 3 км от переднего края обороны в типовом убежище или в простейшем укрытии, в стороне от предполагаемого направления главного удара противника, на основном пути выноса (вывоза) раненых и пораженных.

Прибывшим на МВБ раненым оказывают доврачебную помощь. Ее целесообразно начинать с сортировки. Она проводится по принципу определения очередности в оказании помощи и способа транспортировки раненых.

После оказания медицинской помощи раненые и больные из МВБ в возможно короткие сроки эвакуируются на MРП санитарно-транспортными средствами и транспортом общего назначения.

В случае ведения боевых действий в условии изоляции раненые сосредоточиваются на МВБ, где им оказывают необходимую медицинскую помощь, организуют питание и уход. При восстановлении нормального сообщения в МРП в первую очередь направляют тяжелораненых, нуждающихся в неотложных мероприятиях.

В случае вклинения противника в оборону батальона командир МВБ должен принять срочные меры по быстрейшему вывозу раненых с поля боя и из МВБ, используя для этого все имеющиеся у него силы и средства. При необходимости вынос (вывоз) раненых с поля боя прикрывается огнем обороняющихся подразделений. Для эвакуации раненых из районов, обстреливаемых автоматно-пулеметным огнем, целесообразно использовать бронетранспортеры и боевые машины пехоты. Перемещение МВБ в тыл (на запасную площадку) осуществляется с разрешения командира батальона. В этом случае раненые из опорных пунктов рот эвакуируются непосредственно в МРП.

**Медицинская рота мотострелкового полка**

**Предназначение и задачи медицинской роты полка (МРП)**

Медицинская рота полка (МРП) является основным подразделением медицинской службы полка. Ее функции:

* принимает участие в сборе, вывозе раненых и больных с поля боя;
* эвакуирует раненых и больных с медицинских пунктов подразделений (укрупненных гнезд раненых) или районов массовых санитарных потерь на МРП;
* осуществляет прием раненых и больных, их регистрацию, заполнение на них первичной медицинской карточки;
* проводит медицинскую сортировку поступивших раненых и больных;
* проводит частичную санитарную обработку лиц, зараженных РВ, ОВ и баксредствами, а также дезактивацию (дегазацию, дезинфекцию) их обмундирования, снаряжения и обуви;
* временно изолирует инфекционных больных или подозрительных на инфекционное заболевание;
* оказывает раненым и больным первую врачебную помощь;
* осуществляет лечение легкораненых и легкобольных со сроками восстановления боеспособности 2 – 5 суток;
* готовит подлежащих к эвакуации раненых и больных к дальнейшей эвакуации и обеспечивает их погрузку на транспорт;
* проводит медицинскую разведку района расположения и действия полка;
* осуществляет в полку и на занимаемой им территории санитарно-эпидемиологический надзор и противоэпидемические мероприятия;
* проводит мероприятия медицинской службы по защите личного состава полка от оружия массового поражения;
* выделяет при необходимости часть сил и средств в подразделения ликвидации последствий применения противником оружия массового поражения;
* по указанию начальника медицинской службы полка усиливает батальоны средствами розыска, вывоза и эвакуации раненых и больных с поля боя;
* обеспечивает медицинским имуществом подразделения полка;
* участвует в проведении военно-медицинской подготовки личного состава полка и специальной подготовки медицинского состава полка.

Возглавляет медицинскую роту полка — командир (врач — организатор), который непосредственно подчиняется начальнику медицинской службы полка и отвечает за боевую готовность медицинской роты полка, состояние и организацию его работы, боевую подготовку, воспитание, воинскую дисциплину и моральное состояние личного состава медицинской роты полка.

**Организационная структура (штат) медицинской роты (МРП) мотострелкового полка**

Для решения вышеуказанных задач медицинская рота полка имеет соответствующие силы и средства. По функциональному предназначению их можно подразделить на три части.

Первая предназначена для развертывания и организации работы собственно медицинской роты (врачи и другие медицинские работники и медицинское имущество); во вторую входят силы и средства сбора и эвакуации раненых из подразделений полка, медицинских взводов батальонов, “укрупненных гнезд” и эвакуации раненых на MРП (оказание доврачебной мед помощи); силами и средствами третьей группы осуществляется обслуживание раненых и больных.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Медицинский взвод, 19 чел. | Взвод сбора и эвакуации, 19 чел. | Взвод обеспечения, 5 чел. | |
| Командир взвода — 1 | |
| * Командир взвода-хирург — 1 * Хирург — 1 * Анестезиолог-реаниматолог — 1 * Психоневролог — 1 * Стоматолог — 1 * Фельдшер — 1 * Начальник аптеки — провизор — 1 * Старшая мед. сестра — 1 * Медицинская сестра — 1 * Водитель-санитар — 2 * Санитар — 2   Всего 19 человек  Техника: АП-2 (АП4) — 2 шт. | * Командир взвода-фельдшер — 1 * Зам. ком. взвода-командир отд. санинструктор — 1 * Ком. отделения-санинструктор — 2 * Санитарный инструктор — 3 * Старший водитель-санитар — 1 * Водитель-санитар — 2 * Санитар — 9   Всего 19 человек  Техника: АС-66 — 3 шт. | Хозяйственное отделение | Автомобильное отделение |
| * Ком. отд. — 1 * Повар — 1   Всего 2 чел.  Техника:   * КП — 1; * Прицеп 1-П-1,5 — 1 шт. | * Зам. ком. взвода — командир отд. — 1 * Водитель-электрик — 1   Всего 2 чел.  Техника:   * Груз. авт.“Урал” — 2 шт. * Прицеп 2-П-5,5 — 1 шт. |

Всего личного состава — 46, из них врачей — 6.

**Комплектно-табельное оснащение медицинской роты полка**

Для оказания медицинской помощи в табель медицинской роты полка включены следующие медицинские комплекты:

* В-1 — перевязочная большая;
* ВБ — амбулатория перевязочная;
* В-2 — приемно-сортровочная;
* В-4 — аптека медицинского пункта части;
* В-5 — дезинфекция;
* ЗВ — стоматологический;
* ВФ — войсковой-фельдшерский;
* Б-1 — перевязочные средства стерильные;
* Б-2 — шины;
* Б-4 — перевязочное средство для обожженных стерильные;
* СМВ — сумка медицинская войсковая;
* СМС — сумка медицинская санитара;
* СВВ — сумка врача войскового;
* ДП-9 — аппарат искусственной вентиляции легких;
* ДП-11 — аппарат искусственной вентиляции легких ручной полевой;
* ДАР-05 — аппарат искусственной вентиляции легких с пнемоприводом полевой;
* КИ-4 — кислородный ингалятор портативный;

Типовое оборудование для размещения раненых и больных, санитарно-хозяйственного имущества и т. д. Имущества специального назначения достаточно для оказания первой врачебной помощи 500 раненым и больным.

**Организация развертывания и работы медицинской роты полка**

Медицинская рота полка развертывается в определенной последовательности. Вначале выбирают площадку для развертывания, а затем определяют места для размещения функциональных подразделений. К площадке для развертывания предъявляются следующие требования:

* удаление от линии фронта не менее 6 км в наступлении и 10 – 12 км — в обороне;
* необходимые размеры для площадки не менее 100x100 м;
* должны быть удобные пути подъезда и эвакуации;
* желательно, чтобы была естественная маскировка и наличие вблизи доброкачественного водоисточника;
* предусмотреть посадочную площадку для вертолетов (не ближе 50 – 70 м от палаток).

Во всех случаях необходимо стремиться развертывать МРП с таким расчетом, чтобы раненым и пораженным, доставленным в него, первая врачебная помощь была оказана не позднее 4 – 5 часов с момента ранения.

На путях к МРП устанавливаются хорошо заметные указатели. Место и время развертывания определяет командир полка по докладу начальника медицинской службы полка. МРП обычно развертывается в палатках и приспособленных помещениях, а при необходимости — в специально оборудованных укрытиях.

МРП должен быть готов к приему раненых и больных немедленно по прибытии к месту развертывания. Через 15 мин развертывается приемно-сортировочное отделение и перевязочная. Полная готовность МРП должна быть летом — через 30 мин, зимой — через 45 мин.

Схема развертывания МРП не является постоянной и может меняться в зависимости от конкретных условий обстановки. Однако во всех случаях развертываются: сортировочно-эвакуационное отделение (сортировочный пост, сортировочная площадка, площадка специальной обработки, приемно-сортировочная, эвакуационная), перевязочная, изолятор, аптека. Также оборудуются места для личного состава, стоянки транспорта, размещения кухни, для сбора оружия.

**Сортировочный пост**

Сортировочный пост (СП) устанавливается у въезда на медицинскую роту полка. Он представляет собой грибок или другое сооружение, защищающее от дождя и прямых солнечных лучей. Под грибком находится приспособление для подачи сигналов (гильза, ракетница, свисток, телефон и т. п.) о прибытии раненых и больных и опасности нападения противника, таблица сигналов, фонарь для работы в ночных условиях. Рядом с сортировочным постом размещается шлагбаум для регулирования въезда (выезда) транспорта, доставившего раненых и пораженных. Сортировочный пост обозначается флагом (знаком) Красного Креста и пикетажным знаком “Стоп”.

На сортировочном посту работает санитарный инструктор-дозиметрист, оснащенный измерителем мощности дозы (ИМД-1), прибором химической разведки (МПХР) и комплектом защитной одежды (ОКЗК, ОЗК, противогаз). Контроль за его работой возлагается на одного из врачей МРП, и при массовом поступлении раненых и больных сортировочный пост может быть им (врачом) усилен.

Его задачами являются:

* встречать автомобильный транспорт, прибывающий на МРП с ранеными и больными, и регулировать их движение;
* проводить радиометрический контроль степени заражения раненых и больных, а также автотранспорта, их доставившего;
* проводить первичную медицинскую сортировку раненых и больных для выявления среди них лиц, способных к самостоятельному передвижению, а также лиц, нуждающихся в санитарной обработке и в изоляции (“опасные для окружающих”);
* вести наблюдение за воздушной обстановкой, окружающей территорией и подавать установленные сигналы воздушной, химической тревоги и радиационной опасности.

Работа на сортировочном посту проводится в следующей последовательности.

У пикетажного знака “Стоп” останавливается весь транспорт (санитарные, грузовые автомобили, БТР, БМП и др.), доставивший на медицинскую роту полка раненых и больных. Санитарный инструктор-дозиметрист выясняет у водителя, откуда прибыла машина (с поля боя, из подразделения, из очага поражения ядерным или химическим оружием и т. д.) и проводит радиометрический контроль степени заражения автомобиля.

Если его степень заражения 200 мр/ч и выше (для бронированной техники 400 мр/ч и выше) или он прибыл из очага заражения стойкими отравляющими веществами, то техника вместе с ранеными и больными направляется на площадку частичной специальной обработки.

При меньшей степени заражения радиоактивными веществами или при отсутствии заражения транспорта РВ, ОВ и БС, по команде санитарного инструктора-дозиметриста (“кто может — из машины выходи!”) раненые, сохранившие способность к самостоятельному передвижению, выходят из автомобиля. На основании краткого опроса, осмотра, оценки внешних проявлений ранений и жалоб, а также радиометрического контроля заражения открытых участков тела и обмундирования “ходячих” раненых и больных, санитарный инструктор-дозиметрист выделяет среди них следующие группы:

* нуждающихся в частичной санитарной обработке (зараженных РВ выше 50 мр/ч, зараженных стойкими ОВ, зараженных БС), которых направляет на площадку частичной специальной обработки;
* подлежащих изоляции (инфекционных больных и подозрительных на инфекционное заболевание; психические больные и с временными отклонениями в психике), которых направляет в изолятор или психоизолятор;
* не нуждающихся в санитарной обработке и в изоляции (всех остальных), которых направляет на сортировочную площадку.

Далее санитарный инструктор-дозиметрист проводит медицинскую сортировку носилочных раненых и больных непосредственно в машине, выявляя нуждающихся в изоляции и в частичной санитарной обработке, обозначая их соответствующими марками, и на том же транспорте направляет их, при наличии таких раненых, на площадку специальной обработки (или изолятор), а при их отсутствии — на сортировочную площадку.

Автомобильный транспорт, доставивший нуждающихся в санитарной обработке (в изоляции) на площадку специальной обработки (в изолятор), после выгрузки их, направляется с оставшимися ранеными на сортировочную площадку, где они выгружаются.

**Площадка специальной обработки**

Площадка специальной обработки (ПСО) медицинской роты полка входит в состав сортировочно-эвакуационного отделения и состоит из площадки частичной санитарной обработки, а также площадки для специальной обработки санитарного транспорта.

Она предназначена для проведения частичной санитарной обработки пораженных, раненых, зараженных РВ, ОВ и БС и частичной специальной обработки (дегазации, дезактивации и дезинфекции) санитарного транспорта.

Начальником ПСО назначается фельдшер, в помощь которому выделяется санитарный инструктор (санитар) из штата МРП, а также 4 – 5 санитаров из числа легкораненых (больных).

Площадка специальной обработки развертывается на некотором расстоянии от сортировочного поста (20 – 30 м) в 15 – 20 м от других функциональных подразделений МРП с подветренной стороны, желательно вблизи водоисточника. Общие ее размеры должны составлять около 100 м2 (12 х 8м).

При благоприятных погодных условиях площадка специальной обработки развертывается на открытом воздухе, в ненастное время и зимой — в палатках. Территория площадки должна быть четко обозначена и разделена перпендикулярно ходу пораженных, раненых и больных на две половины — “грязную” и “чистую”. По осевой линии площадка делится также на две половины — для обработки ходячих и носилочных.

Она оборудуется подставками для носилок, скамейками, столом для противохимических веществ, емкостей с дегазирующими и дезактивирующими растворами, столом для антидотов и других медицинских средств оказания неотложной помощи, мешками (ящиками) для сбора зараженного белья и обмундирования, средств защиты кожи, противогазов, пирамидами (ящиками) для оружия. Для выколачивания обмундирования, обработки носилок устанавливают перекладину, создают запас веников, щеток, палок. Для обработки обуви используют наклонные колышки. Для обработки открытых участков тела устанавливают умывальники с мылом и полотенцем (или комплект групповой специальной обработки КГСО). При наличии автомобиля на грязной половине для “ходячих” устанавливается КСО (комплект санитарной обработки). На площадке содержится обменный фонд обмундирования и нательного белья.

С сортировочного поста МРП на ПСО направляют всех раненых и пораженных, имеющих заражение РВ выше безопасных величин (50 мр/ч), а также поступивших из химического и бактериологического очага.

Легкораненые (пораженные, больные) с сортировочного поста следуют на ПСО самостоятельно, где сдают оружие и проводят частичную обработку в порядке само- и взаимопомощи.

Частичную санитарную обработку тяжелораненых (пораженных, больных), которые доставляются на площадку автотранспортом, проводят санитары ПСО.

При поступлении пораженных раненых и больных из химических очагов личный состав ПСО работает в противогазах, импрегнированной одежде, нарукавниках, фартуках, защитных чулках и перчатках или в ОЗК в виде комбинезона.

Раненым и больным, зараженным отравляющими веществами (V-газами, зарином, ипритом) необходимо произвести смену белья, обмундирования и обуви (при надетых средствах защиты кожи — снять только средства защиты) и дополнительно обработать открытые участки кожи и лицевую часть противогаза дегазирующими растворами.

При невозможности произвести смену зараженного парами зарина обмундирования, его обрабатывают содержимым дегазационного пакета силикагелевого (ДПС). Снятие средств защиты кожи, обмундирования, обуви и описанная выше обработка дегазирующими растворами и ДПС производится на “грязной” половине. На “чистой” половине площадки производится промывание слизистых и надевание чистого белья и обмундирования.

Противогаз с зараженных РВ и ОВ снимается на границе менаду “грязной” и “чистой” половинами площадки.

Легкопораженные (“ходячие”) перед входом на площадку складывают личное оружие в ящик (устанавливают в пирамиду), снимают индивидуальные средства защиты (кроме противогаза), складывают их в прорезиненные мешки, проходят на “грязную” часть “своей” половины площадки, где самостоятельно, но под руководством медицинского работника, проводят дегазацию своего обмундирования, снаряжения и обуви, а также наружной поверхности противогаза.

Для этого используется ИДПС, из которого извлекаются пакеты ДПС с силикагелевым порошком, хорошо поглощающим пары отравляющих веществ. Санитар МРП производит орошение обуви легкопораженных дегазирующим раствором с помощью автомакса. Затем пораженные смачивают тампоны жидкостью из индивидуального противохимического пакета (ИПП) и обрабатывают открытые участки тела, лицевую часть противогаза, а также обшлага рукавов и края воротника, прилегающие к коже. После этого они переходят на “чистую” половину (при переходе снимают противогаз и укладывают его в прорезиненный мешок), где моют лицо и руки с мылом, вытирая их полотенцем.

Тяжело пораженных (“носилочных”) перед площадкой выгружают из автомобиля, при этом фельдшер проводит выборочную медицинскую сортировку, с целью определения лиц, нуждающихся в проведении санитарной обработки в первую очередь. С тяжело пораженных санитары на “грязной” половине снимают средства защиты кожи, обмундирование и обувь, укладывая их в прорезиненные мешки. Затем проводят санитарную обработку открытых ранее участков тела, перекладывают на чистые носилки, после чего переносят на чистую половину для замены белья, обмундирования и обуви. Замена проводится в следующем порядке:

* после снятия куртки и нижней рубашки (майки) пораженного укладывают на клеенку, развертываемую из рулона, затем снимают сапоги, брюки и кальсоны (трусы), одновременно подкладывая клеенку под таз и ноги;
* пораженного перекладывают на клеенке на чистые носилки, после чего переносят на “чистую” половину;
* на “чистой” половине снимают противогаз, обмывают лицо и участки тела, обработанные ранее дегазирующей рецептурой, водой с мылом, после чего надевают на пораженного чистое белье, обмундирование и сапоги.

В случае необходимости на “чистой” половине площадки может быть оказана неотложная медицинская помощь (введение антидотов, дыхательных аналептиков, сердечных средств).

При поступлении раненых и больных, имеющих заражение РВ выше безопасных величин, личный состав ПСО работает в респираторах, защитных очках, нарукавниках, фартуках, защитных чулках и перчатках.

В этом случае частичная санитарная обработка состоит в механической очистке обмундирования и обуви (выколачивание, обметание веником, чистка щетками), что производится на “грязной” половине, и обмывании водой открытых участков тела (лица, шеи, рук), прополаскивании полости рта и носоглотки, промывании глаз — на “чистой” половине площадки.

При поступлении пораженных из бактериологического очага личный состав ПСО работает в противогазах и ОЗК в виде комбинезона или в противочумных костюмах.

Частичная санитарная обработка состоит в механической обработке обмундирования и обуви (вытряхивание, обметание, выколачивание), в обеззараживании путем опрыскивания или обтирания открытых участков тела дезинфицирующими растворами. Противогазы не разрешается снимать вплоть до проведения полной санитарной обработки.

После проведения частичной санитарной обработки раненых и больных направляют на сортировочную площадку.

Санитарный транспорт, доставивший зараженных, направляют на площадку специальной обработки санитарного транспорта, которая развертывается в 50 м от площадки частичной санитарной обработки.

Дегазация (дезактивация, дезинфекция) автомобилей проводится силами водителей с использованием технических средств специальной обработки (ДК-4, ИДК-1 и др.), при этом обработке подвергаются те части и поверхности транспорта, с которыми водитель и перевозимые раненые чаще всего соприкасаются: рулевое колесо, двери, ветровое стекло, капот, облицовка радиатора, крылья, подножки, горловина бензобака, внутренняя поверхность, сиденья и т. п.

**Сортировочная площадка**

Сортировочная площадка представляет собой свободный, проходимый для автомобильного транспорта участок местности непосредственно перед приемно-сортировочной. На сортировочной площадке производится разгрузка автомобилей с последующим размещением носилочных раненых и больных рядами (“Пироговские ряды”). Там же располагаются (на скамейках) легкораненые и больные вплоть до принятия сортировочного решения.

Таким образом, сортировочная площадка предназначена для размещения и медицинской сортировки раненых и больных с последующим их распределением по функциональным подразделения МРП.

Медицинская сортировка проводится силами сортировочной бригады в составе врача, двух медсестер, двух регистраторов из числа легкопораженных, нескольких санитаров-носильщиков.

Количество сортировочных бригад, работающих на сортировочной площадке, зависит от количества и интенсивности поступления раненых и пораженных на МРП. Обычно на сортировочной площадке работают две сортировочные бригады; при массовом поступлении раненых и пораженных может быть создано четыре бригады за счет работающих в перевязочной.

По мере проведения сортировки часть раненых и пораженных направляется в перевязочную, поэтому для оказания им медицинской помощи сначала одна, а затем другая из четырех сортировочных бригад переходят в перевязочную. Остальные две сортировочные бригады продолжают работать на сортировочной площадке.

Практически медицинская сортировка начинается с осмотра носилочных раненых и больных в процессе выгрузки их из автомобиля. Не задерживая выгрузку, врач должен выявить лиц, нуждающихся в неотложной медицинской помощи (наружное кровотечение, шок, открытый пневмоторакс и т. п.), которых немедленно отправляют в перевязочную. При занятости перевязочных столов, такие раненые получают помощь немедленно на площадке и в приемно-сортировочной или, после обозначения сортировочной маркой очередности оказания помощи в перевязочной, сосредотачиваются в приемно-сортировочной. Все остальные носилочные размещаются на сортировочной площадке рядами, оставляя проходы между носилками, чтобы обеспечить необходимые удобства для проведения медицинской сортировки, оказания медицинской помощи и исключить возможность пропуска раненых и больных. При этом вновь поступающих надо располагать там, где находятся еще не отсортированные раненые.

Работа сортировочной бригады обычно организуется следующим образом.

Врач сортировочной бригады подходит к больному и на основании опроса, оценки тяжести состояния, осмотра места повреждения, оценки качества наложения повязки или шины (без снятия их), учета показаний индивидуального дозиметра и доз облучения, записанных в карточке учета доз, ставит диагноз, делает назначения и определяет порядок дальнейшей эвакуации. При этом он диктует регистратору диагноз и необходимые лечебно-профилактические мероприятия для записи в первичную медицинскую карточку, дает указания об обозначении сортировочного заключения соответствующей сортировочной маркой и, в то время, когда медицинская сестра (санитарный инструктор) выполняет сделанные назначения, он переходит с другим средним медицинским персоналом и вторым регистратором к следующему раненому.

Так последовательно осматриваются все носилочные (при необходимости измеряется АД, проводится пальпация, перкуссия и пр.) и в последнюю очередь — ходячие раненые и больные.

В результате медицинской сортировки на сортировочной площадке раненых и больных разделяют по нуждаемости в медицинской помощи, месте и очередности ее оказания на следующие группы:

1. Раненые, нуждающиеся в медицинской помощи в перевязочной в первую очередь.

К этой группе относят раненых, эвакуация которых без оказания неотложной врачебной помощи опасна для жизни (раненые с наружным кровотечением; с ранее наложенными жгутами; с явлениями асфиксии, с открытым и напряженным пневмотораксом, в состоянии шока; с недостаточной транспортной иммобилизацией, с массивными переломами, угрожающими развитием шока; обширными ожогами и ранениями мягких тканей; с задержкой мочеиспускания и т. п.).

1. Раненые, нуждающиеся в медицинской помощи в перевязочной во вторую очередь.

К этой группе относятся раненые, которым первая врачебная помощь в перевязочной может быть отсрочена (раненые с переломами длинных трубчатых костей, позвоночника без признаков шока, нуждающиеся в транспортной иммобилизации или в ее улучшении; раненые, у которых повязки заражены РВ; раненые в мягкие ткани, которым показано введение антибиотиков в окружность раны, обожженные с ожогами 3 – 4 степени без признаков ожогового шока и т. п.).

1. Раненые и больные, медицинская помощь которым может быть оказана в приемно-сортировочной (раненые с открытыми и закрытыми повреждениями органов брюшной полости и таза; закрытыми травмами головного мозга; обожженные с ожогами 2 – 3 степени; больные с острой лучевой болезнью; пораженные отравляющими веществами, больные с заболеваниями внутренних органов; с реактивными состояниями и т. п.).

Особое внимание в этой группе уделяется тем, которые, минуя перевязочную, должны быть срочно отправлены на последующий этап медицинской эвакуации, нуждающиеся в оказании квалифицированной медицинской помощи по неотложным показаниям (раненые с открытыми и закрытыми повреждениями органов брюшной полости и таза; с проникающими ранениями груди, осложненными угрожающим кровотечением; раненые в череп с нарастающей компрессией мозга; с анаэробной инфекцией ран; с наложенным жгутом и т. п.). Лечебно-профилактические мероприятия у таких раненых на МРП ограничиваются введением антибиотиков, обезболивающих и сердечно-сосудистых средств, серопрофилактики столбняка, улучшением повязки, согреванием.

1. Раненые и больные, не нуждающиеся в медицинской помощи в медицинской роте полка. В основном это легкораненые и легкобольные, при осмотре которых врачом принимается решение или об их дальнейшей эвакуации или возвращении в свои подразделения (раненые, сохранившие способность к самостоятельному передвижению, имеющие хорошее или удовлетворительное общее состояние при отсутствии признаков проникающих ранений в полости и глазного яблока, повреждений длинных трубчатых костей, суставов, нервных стволов).

При неблагоприятных метеорологических условиях медицинскую сортировку проводят непосредственно в приемно-сортировочной.

**Приемно-сортировочная**

Приемно-сортировочная развертывается в полевых укрытиях, палатке, жилых постройках из расчета одновременного размещения не менее 12 – 15 носилочных раненых.

В приемно-сортировочной должно быть следующее оснащение: комплекты В-2, BБ, Б-1, сумки медицинские войсковые, кислородный ингалятор (КИ-4), носилочные лямки.

В приемно-сортировочной МРП производится регистрация поступающих раненых и пораженных (книга учета, ф-106), их медицинская сортировка и оказание медицинской помощи.

Медицинская сортировка проводится по тем же правилам, что и на сортировочной площадке. Всем поступающим раненым по медицинским показаниям проводят серопрофилактику столбняка, вводят антибиотики, антидоты, сердечные и дыхательные аналептики, исправляют повязки, подбинтовывают, накладывают шины, улучшают иммобилизацию переломов, вводят обезболивающие средства, проводят искусственную вентиляцию легких и оксигенотерапию, кроме того, раненых согревают, дают им горячее питье.

В приемно-сортировочной может оказываться помощь нуждающимся в неотложной медицинской помощи в перевязочной, если заняты все перевязочные столы:

* при асфиксии очищается полость рта и носоглотки (удаляются рвотные массы и инородные тела), а язык фиксируется;
* при продолжающемся наружном кровотечении накладывается жгут на конечность.

Таким образом, в процессе медицинской сортировки все раненые, кроме направленных в перевязочную, получают медицинскую помощь. По ее завершению раненые (больные) направляются в эвакуационную с заполненной первичной медицинской карточкой и сортировочной маркой, определяющей очередность эвакуации.

**Перевязочная**

Перевязочная МРП предназначена для оказания наиболее сложных и требующих специальных условий неотложных мероприятий первой врачебной помощи.

Развертывается она в палатке на два перевязочных стола или укрытиях и оборудуется за счет комплектов В-1, Б-1, Б-2, Б-4, 3В, кислородно-дыхательной аппаратуры и другого табельного имущества (стойки для переливания крови и кровезаменителей, стерилизатор и т. д).

В перевязочной выполняют следующие неотложные мероприятия первой врачебной помощи:

* остановку наружного кровотечения (введение тампона в рану с наложением кожных швов, прошивание сосуда в ране, наложение зажима на сосуд, давящая повязка);
* устранение асфиксии путем интубации трахеи с последующей ИВЛ, трахеостомии, фиксации языка, иммобилизации отломков челюстей и обеспечение полной проходимости верхних дыхательных путей;
* наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе и торакоцентез при напряженном пневмотораксе;
* новокаиновые блокады и транспортная иммобилизация при ранениях и переломах костей конечностей, осложненных шоком;
* проведение комплекса противошоковых мероприятий с в/в вливанием кристаллоидных и каллоидных растворов;
* переливание крови и кровезаменителей при значительном обескровливании при условии остановки (хотя бы временной) кровотечения;
* катетеризацию или капиллярную пункцию мочевого пузыря при задержке мочи;
* отсечение конечности, висящей на лоскутке мягких тканей;
* введение раненым и обожженным антибиотиков, проведение серопрофилактики столбняка;
* остановка профузного кровотечения из небольших и поверхностно расположенных сосудов путем их перевязки;
* катетеризация магистральных вен конечностей.

При полном объеме оказываемой помощи здесь же проводятся следующие мероприятия, которые могут быть отсрочены:

* новокаиновые блокады и устранение недостатков транспортной иммобилизации у раненых в конечности при отсутствии признаков шока, введение им обезболивающих и противошоковых растворов для профилактики шока;
* введение антибиотиков в окружность раны;
* смена повязок при их загрязнении радиоактивными веществами;
* дегазация раны при заражении ее стойкими отравляющими веществами.

При оказании медицинской помощи в перевязочной следует помнить, что:

* из противошоковых мероприятий на МРП проводят только те, которые дают возможность эвакуировать раненых в ОМедБ (ОМО), так как полное выведение раненого из состояния шока в задачу МРП не входит;
* снятие шин и наложение новых производится только в тех случаях, когда без этого невозможно исправить иммобилизируюшую повязку, а также в тех случаях, когда недостатки транспортной иммобилизации угрожают развитием шока;
* при нарушениях дыхания, вызванных западением языка (ранение в череп и челюстно-лицевые ранения), его прошивают лигатурой и фиксируют к коже подбородка, а трахеотомию производят только при ранениях гортанно-трахеального аппарата.

Порядок работы в перевязочной следующий. После подготовки ее к работе (накрыты столы для стерильных инструментов, перевязочных материалов, лекарственных средств, растворов, подготовлен инструментальный столик, флаконодержатели с кровезамещающими жидкостями, тазы с растворами для мытья и обработки рук, стол регистратора, документы учета), звено санитаров подает на носилках на перевязочный стол раненого. Медицинская сестра (фельдшер) снимает повязку (шину). Одежду раненого при необходимости разрезают. Врач в это время обрабатывает руки и с помощью медицинской сестры (фельдшера) надевает стерильные перчатки.

В результате осмотра раненого, места ранения врач ставит диагноз, диктует регистратору назначенные мероприятия, с помощью медицинской медсестры (фельдшера) выполняет необходимые врачебные манипуляции. Затем, сменив перчатки, врач переходит к следующему раненому, а медицинская сестра (фельдшер) завершает оказание помощи первому раневому.

Врачи в перевязочной работают в нестерильных халатах, но в стерильных перчатках, меняя их после оказания помощи каждому раненому. Медицинская сестра работает в стерильном халате. По указанию врача она готовит стерильные инструменты и выкладывает их на инструментальный столик в стерильном почкообразном тазике. Сразу же после оказания помощи раненому использованные инструменты санитар моет в теплой мыльной воде щеткой и стерилизует их кипячением.

На всех раненых, получивших первую врачебную помощь в перевязочной, заполняется первичная медицинская карточка. В ней, кроме диагноза с указанием вида оружия, нанесшего рану, локализации повреждения и характера оказанной в перевязочной медицинской помощи, делается отметка об очередности и способе эвакуации, виде транспорта и положения в нем (сидя, лежа). Регистратор, обозначив сортировочной маркой сортировочное решение, дает команду звену санитаров на переноску носилочного раненого в эвакуационную.

Для обеспечения непрерывности в оказании первой врачебной помощи в штате МРП имеется автоперевязочная (АП-2). АП-2 является подвижной частью медицинской роты полка. Она состоит из перевязочной в специальном кузове-фургоне на шасси автомобиля ГАЗ-66, оснащенного системами: электрооборудования, отопления, вентиляции, водоснабжения с подогревом и фильтро-вентиляционной установкой.

Предперевязочная и эвакуационная развертываются в двух пристегивающихся к кузову каркасных палатках с автономной системой отопления. Основное ее оборудование: стол перевязочный с подъемно-поворотным механизмом, шкафчики-укладки с медицинским имуществом, кислородный ингалятор, комплект шин, бестеневой светильник, полевая мебель и станки трехместные для размещения раненых на носилках.

Время ее развертывания без палаток — 10 мин, с палатками — 45 мин. Количество носилочных мест в палатках — 14, пропускная способность — 7 – 10 раненых в час. В основном она используется для облегчения передислокации МРП на новое место развертывания или для работы в подразделениях, действующих в отрыве от главных сил части (Подвижный комплекс МРП).

В настоящее время в ряде частей произведена замена автоперевязочной на АП-4 с тремя перевязочными столами, сортировочно-эвакуационной и двумя транспортными автомобилями. Наличие имущества и медицинского персонала позволяет развернуть ПК МРП как этап медицинской эвакуации, проводить сортировку и осуществлять оказание первой врачебной помощи в полном объеме.

**Эвакуационная**

Эвакуационная развертывается и оборудуется из расчета на 18 – 20 человек и размещается обычно в приспособленных помещениях или сооружениях. Она предназначена:

* для сосредоточения раненых и больных, подлежащих дальнейшей эвакуации и подготовке их к ней (подбинтовывание повязок, введение обезболивающих, антибиотиков и других медикаментов по показаниям);
* для организации погрузки раненых и больных на транспортные средства.

Так же, как и в приемно-сортировочной, здесь проводятся обогревание раненых и больных, уход за ними, обеспечение их питьевой водой.

Эвакуационная оснащается комплектами Б-1, Б-2, ВФ, средствами оказания неотложной помощи, запасом питьевой воды и продуктов (сухари, хлеб, чай, консервы).

Раненых и больных в эвакуационной группируют по признаку очередности эвакуации, виду транспортных средств, способу транспортирования, месту в транспортном средстве.

По прибытию транспортных средств из ОМедБ (ОМО) работающий в эвакуационной фельдшер организует погрузку раненых и больных согласно очередности. На погрузку раненых и больных в санитарный автомобиль выделяется звено санитаров. Водитель работает в кузове своего автомобиля. Фельдшер проверяет, чтобы у каждого раненого и больного имелась заполненная первичная медицинская карточка. Ходячие раненые помогают друг другу занять места в грузовом автомобиле. У всех раненых и больных собираются выданные ранее сортировочные марки.

**Изолятор**

Изолятор развертывается в лагерных палатках или приспособленном помещении из расчета на две инфекции. Он предназначен для кратковременного размещения инфекционных больных и больных с подозрением на инфекционное заболевание до момента эвакуации в ОМедБ (ОМО).

Для постоянного ухода и наблюдения за больным, поступающим в изолятор, выделяется санинструктор. Изолятор оснащается предметами ухода за больными, отдельной столовой посудой, дезинфекционными средствами (из комплекта В-5); создается режим, исключающий возможность распространения инфекции за пределы изолятора.

На каждого инфекционного больного, подлежащего эвакуации, заполняется первичная медицинская карточка с оставлением черной полосы. Эвакуация инфекционных больных осуществляется отдельно от остальных раненых и больных специально предназначенными санитарными машинами ОМедБ (ОМО).

**Аптека**

Аптека размещается в лагерной палатке или приспособленном помещении. В ней оборудуются стол для изготовления лекарств, место для хранения табельных комплектов медицинского имущества. Работает тут провизор — начальник аптеки. Она предназначена для:

* снабжения медицинским имуществом функциональных подразделений МРП, МВБ и медицинского состава подразделений полка;
* изготовления простейших лекарственных средств (растворов, мазей) при благоприятной боевой обстановке;
* хранения комплектов, медицинских сумок, перевязочного материала, шин, противохимических и индивидуальных перевязочных пакетов.

**Медицинская сортировка раненых и больных на медицинской роте полка (МРП)**

Прежде всего, нужно отметить, что медицинская сортировка на МРП осуществляется на основе следующих общеметодических принципов:

* исходя из нуждаемости в санитарной обработке и необходимости изоляции (опасные для окружающих);
* исходя из нуждаемости в медицинской помощи, места и очередности ее оказания;
* исходя из возможности и целесообразности дальнейшей эвакуации, вида транспортных средств (используемых для эвакуации), очередности и способа транспортирования, эвакуационного назначения.

Все поступившие раненые и больные в медицинской роте полка распределяются на следующие группы:

1. Исходя из нуждаемости в санитарной обработке и необходимости изоляции:
   1. нуждающиеся в частичной санитарной обработке;
   2. подлежащие изоляции;
   3. не нуждающиеся в частичной санитарной обработке и в изоляции.
2. Исходя из нуждаемости в медицинской помощи, места и очередности ее оказания:
   1. нуждающиеся в медицинской помощи в перевязочной (в 1-ую очередь, во 2-ую очередь);
   2. нуждающиеся в медицинской помощи, которая может быть оказана в приемно-сортировочной;
   3. не нуждающиеся в медицинской помощи.
3. Исходя из возможности и целесообразности дальнейшей эвакуации, раненые и больные, не нуждающиеся в медицинской помощи в МРП, a также получившие ее, разделяются на группы:
   1. подлежащие дальнейшей эвакуации;
   2. подлежащие возвращению в свои подразделения.
4. Раненые и больные, подлежащие дальнейшей эвакуации дополнительно распределяются:
   1. по очередности эвакуации (1-я, 2-я очередь);
   2. по виду транспортных средств (санитарный автомобиль, приспособленный автомобиль и др.);
   3. по способу транспортирования (сидя, лежа);
   4. по месту в транспортном средстве (верхний, средний, нижний ярусы).

**Мероприятия первой врачебной помощи**

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

Мероприятия первой врачебной помощи по срочности их выполнения делятся на две группы:

* неотложные мероприятия;
* мероприятия, выполнение которых может быть отсрочено.

Неотложные мероприятия проводятся при состояниях, угрожающих жизни раненых и больных. Они включают:

* остановку наружного кровотечения (введение тампона в рану с наложением кожных швов, прошивание сосуда в ране, наложение зажима на кровоточащий сосуд, давящая повязка, контроль над правильностью и целесообразностью наложения жгута и наложение жгута при наличии показаний);
* устранение острой дыхательной недостаточности — асфиксии (отсасывание слизи, рвотных масс и крови из верхних дыхательных путей, введение воздуховода, прошивание языка, отсечение или подшивание свисающих лоскутов мягкого неба и боковых отделов глотки, трахеостомия, искусственная вентиляция легких, ингаляция кислородом, ингаляция паров этилового спирта при остром отеке легких, наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе и торакоцентез при напряженном пневмотораксе);
* интубация трахеи с подключением аппарата искусственной вентиляции легких;
* трахеостомия при отеке гортани;
* переливание крови и кровезаменителей при тяжелом шоке и значительной кровопотере;
* новокаиновые блокады и введение обезболивающих средств при тяжелом шоке;
* отсечение конечности, висящей на лоскуте мягких тканей (“транспортная ампутация”);
* катетеризацию или капиллярную пункцию мочевого пузыря при задержке мочевыделения;
* катетеризация магистральных вен;
* транспортную иммобилизацию (или ее улучшение) при переломах костей и обширных повреждениях мягких тканей, угрожающих развитием опасных для жизни осложнений; наложение стандартной транспортной пращевидной шины при переломах челюстей;
* введение по показаниям антидотов, антибиотиков, противорвотных, противосудорожных, бронхорасширяющих, сердечно-сосудистых, десенсибилизирующих и других средств;
* частичную санитарную обработку открытых участков кожи, дегазацию повязок и обмундирования; замену обмундирования, зараженного стойкими ОВ и снятие противогаза с тяжелораненых и тяжелобольных;
* промывание глаз при поражении ОВ кожно-нарывного действия с последующим введением в конъюкгавальный мешок специальных глазных мазей (применением глазных пленок);
* применение антитоксической сыворотки при отравлениях бактериальными токсинами и проведение неспецифической профилактики при поражениях бактериологическим (биологическим) оружием;
* промывание желудка с помощью зонда при попадании ядовитых веществ в желудок и дачу адсорбента.

При состояниях, не угрожающих жизни раненых и больных, мероприятия первой врачебной помощи могут быть отсрочены. К мероприятиям первой врачебной помощи, которые могут быть отсрочены, относятся:

* исправление повязок и улучшение транспортной иммобилизации (устранение недостатков первой медицинской и доврачебной помощи);
* проведение новокаиновых блокад и введение обезболивающих средств при повреждениях средней тяжести;
* дегазация раны при заражении ее стойкими отравляющими веществами;
* инъекция антибиотиков и серопрофилактика столбняка при открытых травмах и ожогах;
* проведение дезинтоксикационной терапии и применение антибиотиков при радиационных и химических поражениях;
* смена повязки при загрязнении раны радиоактивными веществами;
* назначение симптоматических медикаментозных средств.

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

Объем медицинской помощи в МРП непостоянен и определяется каждый раз конкретными условиями обстановки. Так, например, при массовом поступлении раненых и больных или при необходимости частого или срочного перемещения МРП за войсками этот объем ограничивается проведением лишь неотложных мероприятий первой врачебной помощи.

При длительном же пребывании МРП на одном месте или небольшом поступлении раненых и больных объем медицинской помощи может быть расширен до проведения всех мероприятий первой врачебной помощи. В некоторых случаях (полк ведет бой в окружении, при боевых действиях полка на отдельном направлении, при боевых действиях в горах), на МРП могут проводиться даже мероприятия квалифицированной медицинской помощи (неотложные мероприятия), но при этом необходимо усиление его силами и средствами ОМедБ (ОМО).

**Возможности медицинской роты полка по оказанию первой врачебной помощи и порядок его перемещения**

В оказании первой врачебной помощи нуждаются все поступившие на медицинский пункт полка, из них 40 % нуждается в перевязке (15 % нуждаются в проведении неотложных мероприятий, а 25 % нуждаются в проведении мероприятий первой врачебной помощи, которые могут быть отсрочены).

Одна врачебная бригада МРП может оказать помощь за 1 час работы в полном объеме 4 раненым, а при ограничении объема помощи до неотложных мероприятий — 3 раненым, при этом полезное время работы бригады — 12 часов.

Пропускная способность медицинского взвода полка — 120 – 150 раненых, а при сокращении объема помощи до неотложных мероприятий первой врачебной помощи — 200 человек.

Нужно также иметь в виду и “чистое” время работы MРП как этапа медицинской эвакуации в суточном бюджете времени. Например, в ходе наступательных действий МРП за день до боя будет развертываться 2 – 3 раза с задержкой на одном месте не более 4 – 7 часов. Остальное время будет затрачено на свертывание, развертывание и перемещение.

Частота и характер перемещения МРП определяются конкретными условиями боевой и медицинской обстановки (характер боевых действий, темпы наступления, количество раненых, место их нахождения, состояние путей эвакуации), но в любом случае перемещение производится с целью обеспечить непрерывность и своевременность в оказании первой врачебной помощи раненым и больным. Так, в любом случае первая врачебная помощь должна быть оказана не позднее 4 – 5 часов с момента ранения (2 – 4 часа при поражениях ФОБ).

Перемещается МРП по указанию начальника медицинской службы полка (разрешения командира полка) и, как правило, в полном составе. В этом случае, имеющиеся в МРП раненые и больные эвакуируются в ОМедБ (ОМО) или передаются ему на месте расположения МРП, а поток раненых и больных переключается непосредственно в ОМедБ (ОМО) или на медицинские пункты специальных частей, медицинскте роты (пункты) соседних полков.

Не исключается вариант поэшелонного перемещения медицинской роты полка, когда его подвижная часть (автоперевязочная АП-2 или ПК МРП) выдвигается в район скопления раненых, а в оставшейся (базовой) частя MПП заканчивается оказание помощи раненым и больным и ускоряется их эвакуация из медицинского взвода. После завершения работы эта часть МРП свертывается и перемещается к автоперевязочной (ПК МРП) для совместной работы.

В ходе наступления не допускается отставание МРП от подразделений первого эшелона полка более чем на 12 – 15 км. В ходе оборонительного боя при угрозе захвата МРП противником объем медицинской помощи раненым в нем может быть сокращен до мероприятий, обеспечивающих устранение последствий ранений, представляющих угрозу для жизни раненых, то есть, по существу, до доврачебной помощи.

О перемещении медицинского взвода полка начальник медицинской службы полка докладывает командиру полка и начальнику медицинской службы дивизии, а также извещает командиров подразделений и командиров медицинских взводов.

**Особенности организации работы МРП при массовом поступлении пораженных ядерным, химическим оружием и бактериальными средствами**

Особенности организации работы МРП при массовом поступлении пораженных из ядерных очагов определяются, в основном, двумя обстоятельствами:

* одновременным массовым поступлением пораженных, в том числе комбинированными поражениями;
* заражением большего числа пораженных радиоактивными веществами.

Первое обстоятельство, как правило, приводит к резкой перегрузке МРП, в связи с чем может потребовать проведения медицинской сортировки на сортировочной площадке непосредственно на автомобилях. В таком случае на МРП выгружают только тех пораженных, которые нуждаются в неотложных мероприятиях первой врачебной помощи, а остальных “транзитом” на том же транспорте отправляют в ОМедБ. Такие мероприятия, как подбинтовка, исправление повязки, введение антибиотиков, наркотиков проводят непосредственно в автомобилях. При более благоприятных обстоятельствах усиливается мощность сортировочно-эвакуационного отделения, например, за счет развертывания второй приемно-сортировочной.

Второе обстоятельство требует четкой организации радиометрического контроля степени заражения поступающих пораженных радиоактивными веществами, большего объема работы на площадке специальной обработки, переоборудования одного из перевязочных столов в перевязочный для обработки комбинированных пораженных и т. п.

При массовом поступлении пораженных отравляющими веществами важнейшим требованием является быстрейшее (не позднее 2 – 4 часов с момента появления первых клинических симптомов интоксикации) ее оказание и в первую очередь — применение антидотов, что, как правило, требует дополнительного обеспечения медицинского взвода специальными средствами оказания помощи и кислородом.

Личный состав МРП должен быть хорошо подготовлен к работе в надетых индивидуальных средствах противохимической защиты, а мощность площадки специальной обработки должна быть значительно усилена.

В случае применения противником бактериальных средств МРП переводится на строгий противоэпидемический режим работы. При этом принимаются меры по ограничению контакта пораженных бактериальными средствами с остальным контингентом раненых и больных. Более тщательно (в плане выявления пораженных БС лиц) проводят медицинскую сортировку, увеличивают емкость изолятора, усиливают его личным составом. Эвакуацию пораженных БС ведут непосредственно из изолятора на отдельном транспорте в военный полевой инфекционный госпиталь (ВПИТ), а при отсутствии такой возможности — в ОМедБ (ОМО), но также на отдельном транспорте.

**Перспективы усовершенствования носимого медицинского оснащения**

Проводится большая работа по уточнению содержания первой медицинской и доврачебной помощи, расширению объема первой врачебной помощи с усилением реанимационных мероприятий и созданию для этого соответствующих условий.

Создается новое и модернизируется существующее индивидуальное медицинское оснащение военнослужащих. Так считается, что в аптечке индивидуальной (АИ) должно быть все необходимое для оказания первой помощи не только в условиях применения ОМП, но и при ведении боевых действий с использованием обычных средств поражения: достаточное количество обезболивающих препаратов, средств для закрытия ран, остановки кровотечения, антибиотиков для парентерального введения препаратов для обеззараживания воды и повышения боеспособности. Одним их направлений модернизации АИ является создание автоинспектора одноразового пользования для введения лекарственных растворов взамен шприц-тюбика. Комплектовать такую аптечку планируется в виде унифицированного индивидуального комплекта медицинских средств (ИКМС), являющегося составной частью разрабатываемой в настоящее время перспективной боевой экипировки военнослужащих мотострелковых подразделений Сухопутных войск, ВДВ, морской пехоты и подразделений специального назначения.

Проходит войсковые испытания более компактный, чем ППИ, перевязочный пакет, изготовленный из отечественных нетканых материалов, обладающих повышенными атравматичными и сорбционными свойствами, не прилипающими к раневой (ожоговой) поверхности и обеспечивающими полноценное закрытие ран. Для использования на этапах медицинской эвакуации разрабатываются лечебные повязки с иммобилизированными лекарственными препаратами (ферменты, антибиотики и т. д.).

В состав индивидуального медицинского оснащения военнослужащего предлагается включить модернизированный кровоостанавливающий жгут. Для его создания использованы современные эластичные тканевые материалы, обеспечивающие эффективную остановку кровотечения и дозированную компрессию конечности, в сочетании с приспособлением для сохранения коллатерального кровообращения, предотвращающим развитие некрозов. Оригинальная конструкция нового жгута позволяет довольно легко накладывать его в порядке самопомощи.

Считается необходимым улучшение оснащения и экипировки медицинского состава. Так, при оказании первой помощи обязательным противошоковым мероприятием является иммобилизация поврежденной конечности. Санитары и санитарные инструкторы обычно используют в этих целях фанерные или проволочные шины или подручные средства. Нередко из-за этого даже при наличии безусловных показаний, иммобилизация поврежденной конечности не проводится должным образом. В настоящее время созданы и проходят войсковые испытания шины из современных композиционных материалов.Планируется их серийное производство и принятие на медицинское снабжение.

Важнейшим первоначальным элементом реанимационной помощи является ранняя инфузионная терапия, возможность проведения которой пока ограничена отсутствием емкостей с кровезаменителями и встроенной системой трансфузии. В связи с этим усовершенствуются носимые комплекты санитара и санитарного инструктора (укладки и сумки для оказании ранней реанимационной помощи), чтобы обеспечить проведение полноценного первоначального реанимационного пособия пострадавшим.

Для оснащения фельдшеров и врачей, выделяемых для усиления рот и батальонов, разработаны модернизированные комплекты войсковой фельдшерский и врача войскового. Эти комплекты размещаются в рюкзачных укладках, что делает удобным их использование в вооруженных конфликтах, характеризующихся, в частности, рассредоточением боевых порядков и нередко очаговостью боевых действий. В комплекты дополнительно включены средства инфузионной терапии. Портативные иммобидизируюшие шины и др. Съемный раскладывающийся вкладыш предложенной укладки комплектов позволяет быстро оборудовать рабочее место медицинского персонала практически в любых условиях Данный набор медицинского имущества дает возможность оказывать доврачебную помощь в полном объеме и выполнять неотложные мероприятия первой врачебной помощи.

**Перспективы совершенствования технической оснащенности войскового звена медицинской службы**

Как уже выяснено на опыте, оказание своевременной и полноценной медицинской помощи может быть достигнуто лишь при максимальном приближении сил и средств медицинской службы в районы массовые санитарных потерь. Не последнее место в этом отводится использованию бронированных медицинских машин (БММ) и подвижных медицинских комплексов.

**Бронированные медицинские машины**

На сегодняшний день уже разработана и функционирует БММ на базе БТР-80, оснащенная современными носимыми комплектами инфузионными растворами и др. Позволяет осуществлять полноценное реанимационное пособие, начиная с гнезда раненых; в ней можно развернуть батальонный медицинский пункт и при необходимости оказывать первую врачебную помощь.

Также стоит упомянуть, что ведется разработка БММ на более перспективной базе боевой машины пехоты (БМП-1) и боевой машине десанта (БМД-3).

При использовании БММ возможны следующие варианты:

* Вариант 1 (БММ-1) — бронированный санитарный транспортер переднего края, предназначенный для розыска, сбора и эвакуации раненых с ноля боя, а также оказание им первой помощи.
* 2 вариант (БММ-2) — бронированная машина медицинского взвода (батальона) для оказания доврачебной помощи. Осуществлять медицинскую помощь в более удобных условиях позволяет наличие в ней тента-укрытия, применяемого в качестве палатки, что дает возможность укрывать раненых во время оказания им медицинской помощи.
* 3 вариант (БММ-3) — бронированная перевязочная, предназначенная для оказания раненым первой врачебной помощи по жизненным показаниям. Ее можно использовать в мед. взводе батальона для усиления последнего врачебной бригадой.

Разработанная на базе БИП-1 унифицированная БММ предназначена для оперативного розыска, сбора и эвакуации раненых, а также для оказания в ней доврачебной и первой врачебной помощи.

Ее эвакоемкость составляет 6 человек на носилках, 12 – 13 сидя. Машина легко переоборудуется в перевязочную из бронированного санитарного транспортера. Ее оснащение включает перевязочный стол, дыхательную аппаратуру, возимые запасы кислорода и кровезаменителей. Всё это даёт возможность проводить инфузионную терапию и восстановление газообмена непосредственно на поле боя.

Площадь медицинского отсека 12,5 м2, высота 1,8 м; встроенные кондиционеры и бронезащищенность создают для работы медицинского персонала приемлемые условия.

Перевязочный стол, находящийся на середине медицинского отсека, позволяет обеспечить доступ к раненому с любой стороны. Передача раненых на перевязочный стол механизирована.

При определенной медико-тактической обстановке, например действия на изолированном направлении, медицинский персонал БММ может быть усилен врачом. Это может существенно расширить объем проводимых медицинских мероприятий до первой врачебной помощи по неотложным показаниям и осуществлять такие операции, как:

* тугую тампонаду раны;
* прошивание сосуда в ране;
* отсасывание содержимого из верхних дыхательных путей;
* прошивание языка;
* наложение окклюзионной повязки при открытом пневмотораксе;
* пункцию при напряженном пневмотораксе или торакоцентез;
* переливание кровезаменителей при шоке III степени и острой кровопотере;
* катетеризацию мочевого пузыря при задержке мочеиспускания;
* отсечение конечности, висящей на лоскуте мягких тканей и т. д.

**Подвижные медицинские комплексы войскового звена**

Опыт Чечни показал, что использование автоперевязочной (AП-2) при оказании помощи раненым подтвердило растущую потребность в оснащении войскового звена медицинской службы подвижными медицинскими комплексами.

Считается, что АП-2 уже не полностью отвечает современным требованиям. Основной причиной называют малую пропускную способность: 7 – 10 человек в час и вместимость — 15 раненых на носилках. Также среди причин — отсутствие полноценного энергоснабжения. Даже конструктивные особенности перевязочного стола не позволяют в должной мере проводить инфузионную терапию и реанимационные мероприятия.

На сегодняшний день проходит испытания опытный образец подвижного комплекса МРП, время развертывания которого всего 10 мин (при использовании палаток — 5 мин). Он состоит из:

Автоперевязочной АП-4 (Пропускная способность её — 19 – человек в час, а вместимость за счет использования предперевязочной в пневмопалатке ПСМ-5 — до 40 человек), которая оснащена следующими приборами:

* наркозно-дыхательным аппаратом “фаза-5”;
* термохимическим кислородным генератором “тополь”;
* электрокардиографом;
* бактерицидным облучателем;
* наборами хирургического инструментария для венесекции, торакоцентеза и ампутацией конечностей.
* Сортировочно-эвакуационной, развертываемой во второй пневмопалатке ПСМ-5.
* 2 грузовых автомобилей для перевозки медицинского имущества.

В дальнейших планах — обеспечить медицинскую роту полка подвижными комплексами в составе двух АП-4, двух сортировочно-эвакуационных автомобилей и четырех грузовых автомашин.

Это позволит создать высокомобильное, эффективное подразделение медицинской службы, способное решать следующие задачи:

* создание полноценного этапа медицинской эвакуации по оказанию первой врачебной помощи не только на отдельном направлении, но и в варианте “перекатом”;
* повышении живучести МРП (медицинской роты) из-за наличия двух таких элементов подразделения, которые идентичны по своим возможностям в плане оказания раненым первой врачебной помощи;
* повышение мобильности и маневренности за счет создания возможности одномоментного перемещения.

Такое ПК МРП возможно использовать и как составную часть медицинского взвода ОМедБ, МОСН, и как самостоятельную единицу.

**Заключение**

Медицинская служба войсковой части осуществляет систематическое наблюдение за всеми сторонами труда и быта воинов и выполняет комплекс оздоровительных и профилактических мероприятий. Положение дел именно в этом звене медицинской службы имеет решающее значение в поддержании боеспособности личного состава войск на должном уровне.

Медицинская служба войсковой части в условиях военного времени решает задачи по медицинскому обеспечению полка (бригады), работая непосредственно в боевых порядках и испытывая те же тяготы и лишения в походно-боевой обстановке, которые испытывают и войска.

Медицинская служба войсковой части первой принимает участие в оказании раненым и больным медицинской помощи, их розыске, сборе, выносе с поля боя и их эвакуации, то есть тех мероприятий, от своевременности и эффективности которых зависит сохранение жизни и достижение наилучших результатов в последующем их лечении.

Медицинская служба ВС РФ, несмотря на трудности экономического порядка, активно работает по усовершенствованию организационно-штатной структуры войскового звена медицинской службы в плане усиления его врачебным и средним медицинским составом, изменению объема и содержания оказания медицинской помощи, повышению технической оснащенности и мобильности.

Осуществление вышеизложенных планов позволит содержать медицинские части и подразделения ВС РФ в высокой степени боевой готовности.

**Приложение 1**

Основные документы медицинского учета и отчетности на МРП

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документов | Назначение документов |
| 1 | 2 |
| Первичная медицинская карточка | Заполняется при оказании первой врачебной помощи на лиц, выбывших из строя не менее, чем на 24 часа и подлежащих эвакуации или стационарному лечению. Обеспечивает преемственность и последовательность в оказании медпомощи, является юридическим документом, свидетельствующим о ранении (поражении), дающем право на эвакуацию в тыл. Карточка сопровождает раненного и пораженного до исхода лечения. |
| Книга учета раненых и пораженных | В ней регистрируются все обратившиеся за медпомощью, в том числе и те, кто получает амбулаторную помощь. В книгу заносятся паспортные данные, время ранения (поражения), поступления на МРП, диагноз, содержание оказанной медпомощи. Ведется в сортировочно-эвакуационном отделении МРП. |
| Журнал учета переливаний крови и кровезамещающих жидкостей | Ведется в перевязочной МРП. Вносятся сведения о том, какую кровь (кровезаменитель) и в каком количестве перелили на МПН. Дается оценка результатов трансфузии. |
| Книга учета работы стоматологическою кабинета | Ведется врачом-стоматологом МРП. Отмечается оказанная помощь стоматологическим больным. |
| Карточка эпидемиологического обследования инфекционного заболевания | Заполняется врачом, производившим обследование случая инфекционного заболевания. В карточке помимо паспортных данных заболевшего, отражаются данные о возможных источниках заражения, о мерах по ликвидации очага инфекционного заболевания. |
| Ежедневное медицинское донесение о работе медслужбы полка | Является важным источником информации о работе МРП. Содержит данные о санитарных потерях, о движении раненых и поврежденных (состояло, поступило, возвращено в часть, эвакуировано, умерло, осталось на 20 часов). Приводятся также сведения об оказанной медпомощи, о расположении средств медслужбы, об изменении санитарно-эпидемиологического состояния, указываются острые нужды. |
| Внеочередное донесение по медицинской службе полка | Представляется в произвольной форме в следующих случаях:   * о появлении особоопасных инфекций; * о появлении необычных для данного района заболеваний; * о появлении вспышек инфекционных заболеваний, пищевых отравлений; * о групповых поражениях компонентами ракетных топлив, СВЧ-полем; * о смертельных случаях при прививках, групповых случаях инфекционных осложнений ран; * о возникновении очагов массовых потерь; * о потерях в силах и средствах медслужбы, повлекших за собой резкое снижение их деятельности или полный выход из строя; * о захвате крупных партий трофейного медимущества; * о захваченных у противника новых неизвестных видах биологических, химических и других средствах нападения. |

**Приложение 2**

Задачи врача-стоматолога медицинского взвода полка и объем первой врачебной помощи челюстно-лицевым раненым:

1. Участие в медсортировке поступающих раненых и пораженных.
2. Оказание первой врачебной помощи челюстно-лицевым раненым и раненым общего профиля.
3. Санация полости рта личному составу полка и находящимся на МРП раненым и больным (в межбоевой период).
4. Проведение бесед с личным составом полка и обучение профилактике заболеваний зубов и полости рта, правилам оказания первой помощи при ранении в челюстно-лицевую область.

Объем первой врачебной помощи челюстно-лицевым раненым:

1. Остановка кровотечения (прошивание сосуда в ране, наложение зажима на него или его тугая тампонада).
2. Борьба с шоком (новокаиновые блокады, введение обезболивающих средств, переливание крови и кровезаменителей).
3. Устранение острой дыхательной недостаточности асфиксии (отсасывание слизи, рвотных масс и крови из верхних дыхательных путей, введение воздуховода, прошивание и фиксация языка шелковой лигатурой, отсечение или подшивание свисающих лоскутов мягкого нёба, боковых отделов глотки, трахеостомяя, ИВЛ, ингаляция кислорода).
4. При переломах челюстей — наложение стандартной жесткой транспортной подбородочной пращевидной шины, фиксируемой к опорной головной шапочке.
5. Смена повязок (у раненых с заражением ран и повязок ОВ и РВ).
6. Инъекция антибиотиков и серопрофилактика столбняка.
7. Утоление жажды.
8. При комбинированных радиационных и химических поражениях: промывание желудка, дача адсорбентов, внутримышечное введение антидотов. Частичная химическая обработка ран.

**Библиографический список**

1. Асанин Ю. С., Миронкип Н. А. Развертывание и организация работы МРП. — Л., 1984 г.
2. Беленький В. М. О возможности расширения объема первой врачебной помощи в подвижном комплексе МРП// ВМЖ, 1996 г., №4, с. 46 – 47.
3. Быков И. Ю., Сериков В. В. Реформирование и оптимизация структуры медицинской службы// ВМЖ, 1998 г., №6, с. 4 – 8.
4. Брюсов П. Г., Хрупкий В. И. Современная огнестрельная травма// ВМЖ, 1996 г., №2, с. 23 – 27.
5. Брюсов П. Г Перспективы развития военно-полевой хирургии с учетом требований современной военной доктрины// ВМЖ, 1995 г., №2, с. 13 – 18.
6. Величко М. А., Юдин В. И., Красиков Е. К. Структура безвозвратных потерь в современных вооруженных конфликтах// ВМЖ, 1997 г., №1, с. 64 – 68.
7. Военно-медицинская подготовка (для студентов медицинских институтов). Под ред. Ф. И. Комарова. — М., 1984 г., с.225 – 263.
8. Военно-медицинская подготовка (для студентов медицинских институтов). Под ред. Ф. И. Комарова. — М., 1989 г., с. 43 – 202.
9. Жиляев Е. Г., Макаров Н. И. Перспективы технического оснащения медицинской службы// ВМЖ, 1994 г., №2, с. 14 – 19.
10. Жиляев Е. Г., Макаров Н. И., Соболенке А. К. О совершенствовании носимого медицинского оснащения// ВМЖ, 1997 г., №6, с. 60 – 62.
11. Жиляев Е. Г., Черенцов А. А., Беленький В. М. О приближении медицинской помощи к передовым этапам медицинской эвакуации//. ВМЖ, 1996 г., №5, с. 25 – 28.
12. Жиляев Е. Г., Черенцов А. А., Беленький В. М. Организационные аспекты оказания хирургической помощи раненым на этапах медицинской эвакуации// ВМЖ, 1998 г., №9, с. 8 – 12.
13. Жиляев Е. Г., Черенцов А. А. Направления развития оснащенности основного звена медицинской службы// ВМЖ, 1998 г., №8, с. 21 – 23.
14. Инструкция по этапному лечению боевой хирургической травмы. — М. 1981 г., с. 3 – 10.
15. Инструкция по этапному лечению пораженных с боевой терапевтической патологией. — М., 1983 г. с. 5 – 12.
16. Полковой медицинский пункт. Под ред. Аркаева В. А. — М., 1971 г.
17. Руденко М. И., Белов В. А. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе// ВМЖ, 1996 г., №3, с. 20 – 23.
18. Чиж И. М. Войсковому звену медицинской службы — неослабное внимание// ВМЖ, 1996 г., №3, с. 4 – 10.
19. Чиж И. М. Организационные основы построения современной системы медицинского обеспечения Вооруженных Сил// ВМЖ, 1996 г., №1, с. 4 – 10.
20. Чиж И. М. Основные итоги и направления развития медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации// ВМЖ, 1994 г., №1, с. 4 – 10.
21. Шелепов A. M., Лнзогуб И. Н., Грищенков С. К. Пути совершенствования медицинской эвакуации раненых и больных// ВМЖ, 1998 г., №4, с. 14 – 16.