Понятие о военной медицине, ее содержание и задачи

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

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

Практика здравоохранения вооруженных сил представляет собой систему и методы медицинского обеспечения войск в процессе их повседневной деятельности в мирное и военное время. Она включает комплекс лечебно-эвакуационных, санитарно-гигиенических, противоэпидемических мероприятий преследующих цель: сохранить, укрепить и восстановить здоровье войск.

Военная медицина, на современном этапе ее развития, состоит из комплекса частных военно-медицинских наук. В их число входят: организация и тактика медицинской службы, военно-полевая хирургия, военно-полевая терапия, военная гигиена, военная эпидемиология, военно-медицинская статистика, военно-медицинское снабжение, военная токсикология и медицинская защита от оружия массового поражения, физиология военного труда, история военной медицины, организация медицинского обеспечения вооруженных сил в мирное время, военно-медицинская география и др.

ОТМС, как научная дисциплина, ее становление и содержание

Организация и тактика медицинской службы - наука об организации медицинского обеспечения вооруженных сил во время войны.

Она изучает опыт медицинского обеспечения войск и условия деятельности военно-медицинской службы в различных условиях боевой обстановки, выявляет закономерности, определяющие организацию медицинского обеспечения войск. Используя опыт ОТМС разрабатывает формы и методы организации медицинского обеспечения, которые соответствуют уровню развития экономики, военного дела и медицины.

Основные причины становления ОТМС: развитие военной техники, усложнение организации вооруженных сил, усложнение способов ведения военных действий.

На первом этапе развития ОТМС освещалась попутно в трудах по военно-полевой хирургии и военной гигиене. По мере накопления опыта практической деятельности медицинской службы в войнах, появилась необходимость разрабатывать теорию организации медицинского обеспечения войск. Таким образом, назрел следующий этап развития ОТМС, который выделил ее в самостоятельный раздел военной медицины. В 1885 г. в Москве И.Д. Сарычевым была защищена первая в области ОТМС отечественная диссертация на степень доктора медицины - " Об организации первой помощи раненым". Как самостоятельная дисциплина ОТМС стала впервые преподаваться в Военно-медицинской академии в 1922 г. После Великой Отечественной войны курс ОТМС был введен в гражданских медицинских вузах, как основной предмет военно-медицинской подготовки врачей - офицеров мед.службы запаса.

ОТМС включает пять основных разделов:

Общие вопросы организации медицинского обеспечения войск.

Организация медицинского обеспечения частей и соединений Сухопутных войск.

Организацию медицинского обеспечения оперативных объединений (армии,фронта).

Организация медицинского обеспечения других видов Вооруженных Сил (ВМФ,ВВС, РВСН. ПВО)

Стратегические вопросы медицинского обеспечения ВС.

Основные этапы развития организационных форм медицинского обеспечения ВС РФ

Зарождение военно-медицинской организации в войсках русской армии относится к XVII столетию. 4 В период 1607 - 1621 г.г. был составлен "Указ ратных, пушечных и других дел, касающихся до военной науки", где встречаются указания о "лекаре" с телегой, для перевозки лекарств и необходимого имущества.

В 1654г. при Аптекарском приказе, который ведал медицинским обслуживанием царского двора и русской армии, была открыта первая в России медицинская школа для подготовки отечественных лекарей, которые в последующем назначались в стрелецкие полки.

Военные реформы Петра I . Переход к формированию постоянной национальной русской армии (1699т) повлек за собой необходимость организационного оформления медицинской службы - "медицинские чины" были введены в штат воинских частей.

В период русско-турецкой войны 1768-1774 г.г. зарождаются элементы "эвакуационной системы": развертывание промежуточных или этапных лазаретов на коммуникациях действующей армии, планомерное использование обратных рейсов транспорта подвоза и повозок местного населения для эвакуации раненых.

Война 1768 - 1774 г.г. сопровождалась эпидемией чумы, что потребовало организации комплекса противоэпидемических мероприятий.

В период Отечественной войны 1812г. перевязочный пункт развертывался для нескольких полков. Вынос раненых возлагался на военную полицию.

В Крымской войне 1853-1856г.г. русские солдаты впервые получают табельные перевязочные средства и специальный санитарный транспорт, в штаты полков включается войсковой лазарет, а в состав дивизии - дивизионный лазарет.

В русско-японской войне 1904-1905г.г. руководящей идеей медицинского обеспечения русской армии была эвакуация, в тылу производилась ограниченная специализация госпиталей.

В 1935г. проведена реорганизация медслужбы с целью повышения мобильности т.е. был создан медико-санитарный батальон.

В 1941 г. был внедрен принцип непрерывного выноса раненых с поля боя. Войсковые этапы приближаются максимально к линии фронта, создается мощная система специализированных госпиталей

С середины 1944г. проводились испытания пенициллина для лечения ран, возросло применение консервированной крови и кровезаменителей. Все это позволило вернуть в строй 72,3% раненых.

Современная концепция медицины катастроф и ее взаимосвязь с военной медициной

Учащение на территории нашей страны крупномасштабных катастроф стало ускорителем в разработке новой концепции и создании службы экстренной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях. В основу деятельности службы были заложены основные принципы:

государственный характер службы, как составной части общегосударственной системы, обеспечивающей ликвидацию последствий катастроф;

двухстепенный характер состояния готовности службы - повышенная и постоянная готовность сил и средств, предназначенных для работы в чрезвычайных ситуациях, их высокая мобильность, универсальность и четкое функциональное предназначение.

Медицина катастроф является сравнительно новым разделом медицины, предусматривающим необходимость одновременного оказания экстренной медицинской помощи большому количеству пораженных в оптимальных объемах и в кратчайшие сроки.

Предмет и задачи медицины катастроф

Своевременное оказание медицинской помощи, эвакуации и лечение пораженных, восстановление их здоровья с целью быстрейшего возвращения к труду, максимальное снижение числа неоправданных безвозвратных потерь в очагах катастроф, а также инвалидности и летальности на путях и этапах медицинской эвакуации.

Проведение лечебно-профилактических мероприятий, направленных на снижение психоэмоционального воздействия катастроф на население и быстрейшую его реабилитацию.

Обеспечение санитарного благополучия населения в районе катастрофы, предупреждение возникновения и распространения массовых инфекционных заболеваний среди населения.

Сохранение здоровья личного состава службы в период ликвидации последствий чрезвычайной ситуации, оказание помощи персоналу спасательных подразделений.

Судебно-медицинская экспертиза погибших, включая установления причины смерти и судебно-медицинское освидетельствование пораженных для определения степени тяжести травм (заболеваний) и прогноза оценки потери трудоспособности.

Медицина катастроф является сравнительно новым разделом медицины, предусматривающим необходимость одновременного оказания экстренной медицинской помощи большому количеству пораженных в оптимальных объемах и в кратчайшие сроки.

Организационные основы мед.обеспечения войск и населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени

В соответствии с постановлением Правительства РФ № 420 от 3.5.1994г. была создана единая Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК), которая представляет собой систему органов, учреждений и формирований лечебно--профилактического и санитарно-эпидемиологического профиля, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов РФ и органов местного самоуправления, объединенных на функциональной основе для совместных действий по защите жизни и здоровья граждан при возникновении ЧС и ликвидации их последствий.

Гос.Думой 11.11.1994г. был принят Фед-й закон "О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера". Основополагающим документом для развития Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК) является «Положение о ВСМК», принятое постановлением Правительства РФ от 28.2.1996г. '

В соответствии с принятым летом 1995г. Федеральным законом "Об аварийно-спасательных службах и статусе спасателей" медицинское обеспечение входит в общую систему ликвидации последствий ЧС, а специалисты службы, выполняющие эти работы, получили право на статус спасателя и соответствующие льготы.

Создаются службы медицины катастроф на:

федеральном уровне - Всероссийский центр медицины катастроф (ВЦМК), выездной многопрофильный автономный госпиталь (ВМАГ) и Медицинский отряд специального назначения МО РФ (МОСН), учреждения и формирования МВД и МПС (министерство путей сообщения).

региональном уровне входят: РЦМК (региональные центры медицины катастроф).

территориальном и местном уровне: ТЦМК (Территориальные). (республиканских - 25, краевых - 6, областных - 48, автономных областей - 10)

объективном уровне объединяются медицинские силы и средства организации или объекта (поликлиника, здравпункт).

Задачи медицинской службы ВС РФ в военное время и способы их выполнения

Исходя из уровня развития медицинской науки, характера современной войны, а также учитывая опыт медицинского обеспечения в прошлых войнах, перед медицинской службой ВС РФ поставлены следующие основные задачи:

организация и проведение мероприятий по оказанию медицинской помощи раненым и пораженным, сохранению их жизни и быстрейшему восстановлению боеспособности и трудоспособности;

предупреждение возникновения и распространения заболеваний среди личного состава;

осуществление систематического медицинского контроля за всеми сторонами жизни, быта и боевой деятельности войск с целью сохранения и укрепления здоровья воинов;

изучение и обобщение особенностей возникновения и течения боевых поражений, опыта медицинского обеспечения в различных условиях боевой деятельности войск.

Способы выполнения основных задач:

Лечебно-эвакуационные мероприятия;

СГ и ПЭ мероприятия, направленные на выполнение 2 и 3 основных задач;

Мероприятия по защите войск и этапов мед эвакуации;

Обеспечение медицинским имуществом и техникой;

Решение кадровых вопросов, военно-медицинская подготовка и специальная подготовка личного состава;

Ведение медицинского учета и отчетности;

Военно-медицинское управление.

Условия деятельности медицинской службы и факторы, влияющие на организацию медицинского обеспечения боевых действия, в современной войне

Условия деятельности - комплекс факторов, которые могут способствовать или препятствовать работе.

В современной войне на условия деятельности медицинской службы будут оказывать действие следующие факторы:

высокая подвижность войск, динамичность боевых действий и резкие изменения боевой обстановки;

действия войск на обширной территории и на разобщенных направлениях;

возможность одномоментного возникновения массовых санитарных потерь с преобладанием комбинированных поражений (травма + ожог+ОЛБ);

постоянная угроза применения ОМП противником по подразделениям медслужбы и путям подвоза и эвакуации;

резкое ухудшение санитарно-эпидемического состояния войск и района их действия:

действие медицинской службы в различных климатических и медико-географических условиях;

возможные нарушения в управлении медицинской службой.

Организационно - штатная структура медицинской службы ВС РФ, медицинские подразделения, части

Организационно-штатная структура определяется задачами и принципами построения ВС РФ, способами ведения боевых действий, характером и величиной санитарных потерь, уровнем развития военной медицины и материально-экономическими ресурсами страны.

В состав медицинской службы входят медицинские подразделения, части, учреждения и соединения.

Подразделениями медицинской службы называют медицинские формирования, входящие в штат воинских частей. К ним относят медицинские пункты батальонов и полков.

Части (учреждения) медицинской службы являются самостоятельными медицинскими формированиями, входящими в состав войсковых соединений (дивизий) и оперативных объединений (армий, фронта). Они имеют свой номер, печать и хозяйство. К таким формированиям относятся отдельные медицинские батальоны дивизии, отдельная медицинская бригада армии, санитарно-эпидемиологические отряды, санитарно-транспортные части, военно-полевые госпитали.

Соединениями медицинской службы называют крупные медицинские формирования, которые состоят из лечебных учреждений (госпиталей), специальных медицинских частей и частей материально-технического обеспечения, к таким формированиям относятся передовые и тыловые госпитальные базы фронта.

Категории личного состава медицинской службы

Врачебные должности в действующей армии замещаются кадровыми военными врачами и врачами - офицерами запаса, которые призываются в состав ВС РФ.

Лица со средним мед.образованием предназначены для укомплектования штатных должностей фельдшеров и мед.сестер.

На должности санитарных инструкторов назначаются военнослужащие, получившие краткосрочную подготовку 5,5 мес в специальных учебных подразделениях.

В качестве водителей и санитаров используется рядовой состав.

Врач-офицер; фельдшер-прапорщик; санинструктор-сержант; санитар-рядовой.

Определение и классификация санитарных потерь

Все потери в личном составе, понесенные войсками во время войны, принято называть общими потерями. Они подразделяются на потери безвозвратные и санитарные.

К безвозвратным потерям относятся: убитые, пропавшие без вести, попавшие в плен и умершие в первые сутки после ранения.

К санитарным потерям относятся лица, по состоянию здоровья, утратившие боеспособность или трудоспособность не менее чем на одни сутки и поступившие на медицинские пункты и лечебные учреждения.

В зависимости от причин, вызвавших утрату боеспособности или трудоспособности, санитарные потери подразделяются на боевые (раненые) и небоевые (больные).

К боевым потерям относятся пострадавшие от воздействия всех видов оружия и сопутствующих поражающих факторов, а также потери в личном составе в результате обморожения, солнечных и тепловых ударов, ожогов, заболеваний и травм, связанных с боевыми действиями войск.

Санитарные потери по этиологии делятся на 6 классов:

Механические поражения

Термические поражения

Радиационные поражения

Поражения отравляющими веществами

Поражение бактериологическим оружием

Психотравма (реактивные состояния)

К небоевым санитарным потерям относят больных (в том числе с инфекционными заболеваниями) и лиц, получивших травму небоевого происхождения, не связанного с воздействием оружия противника.

Для оперативных целей пользуются классификациями санитарных потерь:

по их тяжести (легкораненые, средней тяжести, тяжелоранененые, больные)

по нуждаемости в медицинской помощи

по нуждаемости в эвакуации

по ориентировочным срокам излечения.

Определение величины и структуры санитарных потерь. Факторы, влияющие на величину и структуру санитарных потерь

Под величиной понимают размеры санитарных потерь в абсолютных числах.

Структура санитарных потерь - это % отношение различных категорий раненых и больных к общему числу санит-х потерь.

На величину санит-х потерь оказывают влияние многочисленные элементы обстановки, важнейшими из которых являются:

задачи войск и характер боевых действий

соотношение сил и средств сторон

свойства применяемых видов оружия, масштабы и условия его применения

плотность и степень защищенности наших войск

эффективность и своевременность использования средств защиты личного состава от поражающего действия оружия

вероятные рубежи и направления, где войска могут нести наибольшие потери

моральное состояние войск

характер местности и степень ее оборудования и др.

Влияние величины и структуры санитарных потерь на организацию медицинского обеспечения войск

Для успешного решения задач медицинского обеспечения войск большое значение имеет знание структуры санитарных потерь. В Великую Отечественную войну имело место следующее соотношение различных категорий потерь:

раненые - 93,4 %

контуженные - 2,5 %

получившие закрытые травмы - 1,0 %

обожженные - 0,7 %

обмороженные - 2,4 %

В современной войне следует ожидать существенных изменений в структуре санитарных потерь от обычных средств поражения. Увеличится удельный вес тяжелых и крайне тяжелых ранений, ожогов (особенно напалмовых) множественных переломов, обширных механических повреждений внутренних органов, резко увеличится категория неблагоприятных в прогностическом отношении.

В связи с высокой бронезащищенностью личного состава, возрастает в 2-3 раза удельный вес контуженных.

В настоящее время самым мощным средством массового поражения на больших площадях является ядерное оружие, каждый из поражающих факторов которого вызывает соответствующее поражение.

Новый поражающий фактор - психотравмирующий, представляет собой комплекс сверхсильных раздражителей, вызывающих нарушения психики человека в виде острых реактивных состояний. Они возникают под воздействием страха перед реальной угрозой для жизни в момент применения или ожидания реализации этой угрозы.

После применения ОМП у 10-20% личного состава, психологические реакции будут в пределах нормы. У 50-60% личного состава для полного восстановления потребуется до 2 часов. От 10 до 20%. личного состава могут впасть в шоковое состояние продолжительностью от нескольких часов до 2 суток, у 10% личного состава тяжелые психологические травмы вызовут глубокие и необратимые изменения в психике, вследствие чего потребуется их изоляция.

Определение и сущность современной системы этапного лечения с эвакуацией по назначению, основополагающие принципы

Лечебно-эвакуационное обеспечение войск представляет собой совокупность мероприятий по оказанию медицинской помощи раненым и больным, их эвакуации и лечению.

Лечебно-эвакуационные мероприятия включают:

Розыск, быстрейшее оказание раненым и пораженным первой медицинской помощи, вынос их из поля боя (очага массового поражения)

Своевременная эвакуация их на этапы медицинской эвакуации

Своевременное оказание медицинской помощи в установленном объеме на этапах медицинской эвакуации

Лечение раненых и пораженных, не подлежащих эвакуации по легкости ранения или заболевания

Подготовку раненых и пораженных к эвакуации, их эвакуация в тыл.

Отличительными признаками современной системы лечебно-эвакуационного обеспечения войск являются:

Максимальное ограничение многоэтапности в лечении раненых.

Стремление к одномоментному, своевременному оказанию исчерпывающей медицинской помощи.

Выдвижение лечебных учреждений к очагам массовых санитарных потерь при благоприятной обстановке.

Организация лечения раненых в пределах той госпитальной базы фронта, куда они поступают и где получили специализированную медицинскую помощь.

Раннее рассредоточение эвакуационных потоков в глубину, широкий маневр объемом и видами медицинской помощи на этапах медэвакуации.

Гармоничное сочетание мероприятий по оказанию медицинской помощи и лечению с эвакуацией.

Расчленение медицинской помощи, последовательное и своевременное ее оказание, преемственность в проведении лечебных мероприятий.

Осуществление эвакуации по назначению.

Специализация медицинской помощи.

Основные принципы лечебно-эвакуационных мероприятий

Преемственность-соблюдение единых методов в лечении и профилактике, достигается единым пониманием патологических процессов, происходящих в организме человека при поражении.

Последовательность - наращивание лечебных мероприятий в медицинских пунктах и госпиталях по мере эвакуации раненых от фронта в тыл.

Преемственность и последовательность в проведении лечебных мероприятий достигается четкой медицинской документацией, в частности тщательным заполнением первичной медицинской карточки (форма № 100).

Своевременность оказания медицинской помощи - важное требование современного лечебно-эвакуационного обеспечения войск, т.к. она должна быть оказана в сроки, обеспечивающие благоприятные условия для выздоровления раненого.

Своевременность медицинской помощи достигается наличием необходимых штатных сил и средств медицинской службы, правильной их расстановкой и организацией: работы с учетом боевой, тыловой и медицинской обстановки, быстрейшим розыском, вывозом раненых с поля боя (очага), быстрейшей эвакуацией их на тот этап медицинской эвакуации, где они получат исчерпывающую помощь.

Определение объема и вида медицинской помощи. Определение этапа медицинской эвакуации, виды, задачи, принципиальная схема развертывания. Организация медицинской сортировки в МПП

Объем медицинской помощи - совокупность ЛЭМ, выполняемых определенным этапом медицинской эвакуации.

Первая медицинская помощь оказывается на месте ранения в порядке само- и взаимопомощи с использованием медицинских средств индивидуальной защиты:

А) аптечка индивидуальная (АИ)

Б)пакет перевязочный индивидуальный

В) индивидуальный противохимический пакет (ИПП-8)

Г)таблетки для обеззараживания воды , а так же сан-инструкторам и стрелкам санитарам : сумка мед-я войсковая, лямки санитарные, шлем для раненых в голову, шины, нарукавный знак красного креста).

Доврачебная помощь (фельдшерская) - оказывается фельдшером батальона в непосредственной близости от места ранения, на медицинском пункте батальона ( при массовых санитарных потерях также и на МПП) Она дополняет мероприятия первой медицинской помощи и имеет основным назначением борьбу с угрожающими жизни расстройствами (кровотечение, асфиксия, судороги ), защиту ран от вторичного инфицирования, иммобилизацию переломов костей, предупреждение шока и борьбу с ним. Медицинский состав осуществляет контроль за правильностью оказания первой медицинской помощи, для оказания доврачебной помощи используется табельное оснащение МПБ, а также медицинское оснащение личного состава.

Первая врачебная помощь оказывается врачом общей квалификации на медицинском пункте полка. Она имеет следующие основные задачи: предупреждение развития инфекции в ране, профилактику шока и развития др. тяжелых осложнений, борьбу с угрожающими жизни последствиями боевого поражения (шок, кровотечение, асфиксия и др.). Подготовку к дальнейшей эвакуации.

Квалифицированная мед.помощь оказывается врачами хирургами (квалифицированная хирургическая помощь) и терапевтами (квалифицированная терапевтическая помощь) в отдельном медицинском батальоне (ОМО). Она имеет целью устранение тяжелых, угрожающих жизни последствий и осложнения поражения кровотечение, шок, асфиксия).

Специализированная медицинская помощь проводится врачами специалистами, имеющими специальное лечебно-диагностическое оснащение, в специализированных -лечебных учреждениях госпитальных баз фронта и тыла страны. Она представляет собой высшую форму медицинской помощи и носит исчерпывающий характер.

Реабилитация - восстановление функции утраченного органа, с помощью ЛФК, физиолечения, грязелечения, санаторных курортов.

Определение «медицинской сортировки», задачи и назначение

Медицинская сортировка представляет собой распределение раненых и пораженных на группы по признаку нуждаемости в однородных лечебно-эвакуационных и профилактических мероприятиях.

Медицинская сортировка проводится на каждом этапе медэвакуации.

В процессе сортировки на этапах медэвакуации должны быть выделены следующие основные группы раненых и пораженных:

а) раненые и пораженные, представляющие опасность для окружающих.

б) раненые и пораженные, нуждающиеся в оказании медпомощи на данном этапе медэвакуации.

в) раненые и пораженные, которые могут быть эвакуированы с данного этапа медицинской эвакуации без оказания медпомощи.

В зависимости от задач медицинской сортировки различают два ее вида:

Внутрипунктовая сортировка имеет цель распределить поступающих раненых и больных на группы для направления в соответствующие функциональные подразделения, а также определить объем, характер и очередность (первая, вторая) медпомощи.

Эвакуаиионно-транспортная проводится с целью распределения раненых и пораженных на группы в соответствии с направлением (куда), очередность (первая, вторая, третья), средствами эвакуации (Авто, ЖД, Авиа) и положением (лежа, сидя) дальнейшей эвакуации.

В условиях массового поступления на этапы медэвакуации и сокращения объема медпомощи внутрипунктовая и эвако-транспортная сортировка должна осуществляться одномоментно в интересах экономии сил и средств.

Результаты медсортировки закрепляются цветными сортировочными марками и данные сортировки записываются в первичные медкарточки и др. медицинские документы.

Схема развертывания МПП.

Определение и виды медицинского маневра силами и средствами

Маневр - это проведение мероприятий, направленных на наиболее рациональное использование сил и средств для выполнения задач, стоящих перед медслужбой. Цели:

Своевременное сосредоточение необходимых сил и средств там, где возникла потребность;

Доставление максимальной эффективности работы медподразделений;

Целесообразное распределение возникшего объёма работы.

Основные виды:

Выдвижения и развертывания

Маневр делением

Маневр подменой

Маневр перекатом

Маневр потоком раненых

Групповое развертывание

Маневр объема мед.помощи

Маневр транспортом, личным составом, мед.имуществом, палаточным фондом путем перераспределения в соответствии со сложившейся обстановкой.

Определение «медицинской эвакуации» цели и назначение. Современные санитарно-транспортные средства

Под медицинской эвакуацией понимают совокупность мероприятий по доставке раненых и пораженных из района возникновения санитарных потерь на этап медицинской эвакуации для своевременного и полного оказания медицинской помощи. Медицинская эвакуация преследует цели:

а) Быстрейшую доставку раненых и пораженных на этапы медэвакуации, где им будет обеспечено оказание необходимой медпомощи.

б) Высвобождение этапов медэвакуации от раненых и пораженных для обеспечения их маневренности.

Путь медэвакуации - маршрут, по которому осуществляется вынос (вывоз) раненых, их транспортировка в тыл.

Эвакуационное направление - совокупность путей эвакуации, развернутых на них этапов медэвакуации и работающих санитарно-транспортных средств.

До Омедб (ОМО) медэвакуация проводится по направлению, при этом раненые проходят все этапы медэвакуации (МПБ.МПП, ОМедБ ) далее с ОМедБ эвакуация ведется по назначению.

Эвакуацию раненых и пораженных из медпунктов (госпиталей) организует вышестоящий медицинский начальник с помощью подчиненных ему транспортных средств. Так, начмед дивизии направляет сантранспорт ОМедБ на МПП для эвакуации раненых на ОМедБ, начмед полка направляет транспорт МПП на МПБ. Такой принцип медэвакуации получил название "эвакуация на себя".

В отдельных случаях начальник медицинской службы может организовать эвакуацию раненых из подчиненных ему этапов в тыл своими транспортными средствами т. е. "от себя".

Санитарто-эвакуационные средства подразделяются на автомобильные, железнодорожные, авиационные, водные, а также специальные, применяемые в различных климатических и географических условиях (собачьи и оленьи упряжки, горно-вьючные носилки).

В войсковом звене для сбора и вывоза раненых с поля боя используются санитарные транспортеры ЛУАЗ- 967 М, для эвакуации раненых на МПБ, МПП, ОМедБ используют санитарные автомобили УАЗ-462, АС-66.

При возникновении массовых санпотерь будет использоваться грузовой автотранспорт общего назначения ГАЗ-66, ЗИЛ 131, УРАЛ 375, КАМАЗ 4310 и др. В

армейском и фронтовом тылу будет использоваться санитарная и транспортная авиация, военно-санитарные поезда и военно-санитарные суда.

Организационные аспекты лечения легкораненых и больных в современных условиях. Организационно военно-врачебной экспертизы

К легкораненым относят пострадавших с различными повреждениями, способных к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, лечение которых может быть закончено в пределах 2 месяцев, после чего они будут годны к военной службе.

Медицинскую сортировку и выделение легкораненых производят в ОМедБ (ОМО) с целью выделить:

раненых, которые могут закончить лечение в команде выздоравливающих при ОМедБ (со сроком лечения до 10 дней)

раненых, подлежащих эвакуации в ГЛР - госпиталь легкораненых (со сроком лечения до 60 дней)

непрофильных раненых, которые нуждаются в длительном лечении.

В команде выздоравливающих ОМедБ оставляют для лечения легкораненых, не имеющих комбинированного, радиационного и химического поражения:

с небольшими касательными ранениями кожи конечностей и туловища

с поверхностными слепыми ранениями мелкими осколками, при сохраненной функции органа

с небольшими ушибами тела и конечностей

с ограниченными ожогами 1-2 степени при удовлетворительном общем состоянии.

В ГЛР направляют при наличии:

ранений мягких тканей без повреждения костей, суставов, сосудов при ранениях не проникающих в полости.

изолированных переломов одной из костей фаланг пальца без повреждения нервов

частичного или полного отрыва одного пальца

у ушибов мягких тканей конечности и растяжений связочного аппарата

вывихов верхних конечностей после их вправления

ожогов 2 ст. не более 10 %

закрытого перелома 1-2 ребер без гемоторакса и подкожной эмфиземы

ранений с неполными дырчатыми переломами костей без смещения отломков, с переломами ключицы, одной из костей предплечья, малоберцовой кости

В ГЛР нельзя направлять раненых с развивающимися осложнениями: остеомиелитами, артритами, плевритами и т.д.

Поступление большого числа раненых в ОМедБ заставляет отложить первичную хирургическую обработку ран до прибытия их в ГЛР. Производят иммобилизацию, бинтовку.