

О.С. Ишутин

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ВОЕННОМ КОНФЛИКТЕ. К ВОПРОСУ О СОЗДАНИИ ВОЕННОГО ПОЛЕВОГО (МНОГОПРОФИЛЬНОГО) ГОСПИТАЛЯ . Сообщение 2

Отдел анализа и координации медицинского обеспечения ГУ «ЦВВК ВС РБ»

В первом сообщении («Военная медицина» 2007г., № 1. – С. 124 – 125) нами кратко прослежены тенденции развития и становления специализированной медицинской помощи (СМП) в вооруженных конфликтах XX – XXI столетий[5,6], проходивших на территории Российской Федерации и аргументированы аспекты, подтверждающие необходимость создания для Вооруженных Сил Республики Беларусь (ВС РБ) принципиально новой военной медицинской организации – военного полевого госпиталя (многопрофильного) ВПГ(М). В частности, подчеркивалась справедливость существования концепции оказания ранней специализированной хирургической помощи за счет сокращения сроков ее начала как важнейшего условия эффективного медицинского обеспечения войск (сил) при ведении боевых действий[7].

Настоящее (ВТОРОЕ) сообщение посвящено актуальным вопросам создания в ВС РБ военной медицинской организации, позволяющей в полной мере отвечать требованиям времени и эффективно функционировать в условиях военных конфликтов различных масштабов[8,9]. Такой организацией, по нашему мнению может стать военный полевой госпиталь(многопрофильный) (ВПГ (М)), принципы использования и организационная структура которого и выносятся на обсуждение.

Актуальность темы

Реорганизация медицинской службы Вооруженных Сил Республики Беларусь, проводившаяся в последние годы,

потребовала осуществления целого ряда организационных мероприятий как в сфере деятельности ее органов управления, так и в основополагающих принципах медицинского обеспечения войск[12,13,14].

Это обстоятельство вынуждает руководство военно-медицинского управления Министерства обороны к активному поиску более эффективных, экономически обоснованных форм и методов организации медицинского обеспечения войск.

Одним из основных направлений дальнейшего совершенствования организации медицинского обеспечения войск в военном конфликте является создание оптимальных условий для оказания ранней и исчерпывающей медицинской помощи раненым и пораженным с учетом и в зависимости от степени тяжести боевой хирургической и терапевтической патологии.

Данная проблема находится в центре внимания и ряда российских исследователей в области военной медицины [И.Т. Русев, 1999; П.К. Котенко, А.А. Калмыков, 2004, А.М. Шелепов, И.Ф.Савченко, 2005, В.А.Иванцов, 2006, И.Г. Прокин, 2006]

Как показывает анализ военных конфликтов последних десятилетий, наиболее сложной задачей будет являться организация и проведение лечебно-эвакуационных мероприятий во время начального периода применения военной силы[8]. Оказание квалифицированной медицинской помо-

щи в этот период может быть обеспечено силами и средствами медицинских подразделений и военных медицинских частей механизированных бригад оперативных объединений, отдельных мобильных бригад сил быстрого реагирования.

Организация же специализированной медицинской помощи в необходимом объеме будет сопряжена с определенными затруднениями. Причинами их могут быть как возможно быстрая смена оперативно-тыловой и медико-тактической обстановки в ходе боевых действий и, как следствие изменение (увеличение) расстояния до места дислокации военных полевых госпиталей, развернутых на данном эвакуационном направлении так и недостаточный опыт работы с военной патологией у штатных военных медицинских специалистов, и отсутствие такового у медицинского персонала специализированных больничных отделений системы Министерства здравоохранения, работающих в интересах ВС страны.

Объективная сложность оказания медицинской помощи раненым непосредственно на месте боестолкновения вынуждает военных медицинских специалистов распределять этот процесс, что, к сожалению, не всегда благоприятно сказывается на исходе лечения. Поэтому одной из важнейших задач медицинской службы в военное время является сокращение количества этапов медицинской эвакуации и максимальное приближение основных видов медицинской помощи к очагам санитарных потерь.

Практическая реализация этих задач в идеале, направлена на двухэтапную систему оказания медицинской помощи, при которой раненые и больные, после оказания им неотложных мероприятий первой, доврачебной и первой врачебной помощи, сразу направляются на этап СМП (I эшелон), для завершения лечения на месте до окончательного исхода, кроме той категории раненых, которые имеют длительные сроки лечения и выздоровления. Раненые с длительным периодом восстановления должны эвакуироваться на больничные койки Министерства здравоохранения для оказания специализированной медицинской помощи и лечения до определившихся исходов.

Сравнительная характеристика структуры санитарных потерь в войнах и вооруженных конфликтах XX-XXI вв. представлена в таблицах 1, 2, 3.

В русско-японскую войну 1904-1905 гг. санитарные потери больными были больше боевых санитарных потерь. Так из общего числа санитарных потерь в госпитали и лазареты Дальнего Востока за время войны поступило 72,8% больных и только 27,2% раненых и пораженных в боях.

В первую мировую войну 1914-1918 гг. боевые санитарные потери составили уже 43,7% от общего числа санитарных потерь.

В Великую Отечественную войну 1941-1944 гг. боевые санитарные потери составили 65,3%, а небоевые-34,7%, причем это преобладание боевых санитарных потерь оставалось на протяжении всей войны с небольшими колебаниями по ее годам.

За весь период боевых действий в Афганистане санитарные потери больными (89,4%) в 8,4 раза превышали потери ранеными (10,6%).

Обращает на себя внимание относительно высокий удельный вес больных, который практически во всех войнах составляет около половины и более всех санитарных потерь (за исключением Великой Отечественной войны, где этот показатель составляет 34,7% от общей величины санитарных потерь).

В структуре санитарных потерь по локализации ранений, в период ВК в Чечне (1994-1996гг.), отмечается сравнительно большая частота повреждений головы, шеи и по-

Таблица 1

Структура санитарных потерь в войнах и вооружённых конфликтах XX-XXI вв., в %

Вид санитарных потерь	Русско-японская война 1904-1905гг.	Первая мировая война 1914-1918гг.	Великая Отечественная война 1941-1945 гг.	Чеченская Республика	
				ДРА 1979-1989 гг.	1994-1996 гг. / 1999-2002 гг.
Санитарные потери хирургического профиля	27,2	43,7	65,3	10,6	35,9
Санитарные потери терапевтического профиля	72,8	56,3	34,7	89,4	64,1
ИТОГО	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 2

Структура санитарных потерь по видам поражений (% к общему числу санитарных потерь)

Виды поражения	Великая Отечественная война 1941-1945гг.	Республика Афганистан 1979-1989гг.	Чеченская Республика 1994-1996гг.	Чеченская Республика 1999-2002гг.
Огнестрельные ранения	93,4	62,3	58,9	57,2
Травмы	3,5	32,6	33,1	33,1
Термические поражения	3,1	3,6	5,7	6,2
Комбинированные поражения	-	1,5	2,3	3,5
Всего:	100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 3

Структура раненых по локализации повреждений в различных войнах и ВК

Локализация ранений	Великая Отечественная война 1941-1945 гг.	Война в Корее 1950 - 1953гг. (США)	Война во Вьетнаме (США) 1966 - 1973гг.	Республика Афганистан 1979 - 1989гг.	Контртеррористическая операция на Северном Кавказе 1994 - 1999	Контртеррористическая операция на Северном Кавказе 1999 - 2002гг.	Дагестан август-сентябрь 1999г.
Голова, шея и позвоночник	11,9	17,0	15,7	14,4	36,7	28,9	20,4
Таз	6,0	1,8	3,9	3,7	3,5	4,8	-
Живот	2,4	7,0	7,1	6,9	4,5	4,9	4,2
Грудь	10,6	7,0	12,2	11,2	7,4	8,2	12,2
Верхние конечности	34,5	30,0	26,3	24,0	18,6	17,4	23,3
Нижние конечности	34,6	37,2	34,8	39,8	29,3	35,8	39,9
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

звоночника (36,7%). Этот показатель в 1,5-2,0 раза превышает аналогичные величины по данным опыта Великой Отечественной войны, Афганистана и Вьетнама.

Сохраняется высокий удельный вес раненных в конечности (более 60%), что закономерно прослеживается практически во всех войнах и вооруженных конфликтах.

Заслуживает особого внимания анализ заболеваемости личного состава (табл. 4). Так как доля больных в структуре санитарных потерь составила в среднем, около половины всех санитарных потерь. Причем, как было показано выше, по мере снижения активности боевых действий в зоне ВК она закономерно возрастает, и, в конечном счете, не столько ранения, сколько болезни определяют содержание и характер работы медицинской службы.

На соматические заболевания в вооруженных конфликтах может приходиться 35-45 % всех санитарных потерь, а в их структуре, очевидно, будут преобладать инфекционные болезни (28-30%), болезни органов дыхания (17,7%), болезни кожи и подкожной клетчатки (19%), на долю которых приходится около 70% всех заболевших. Рост числа болезней указанных классов объясняется, прежде всего, особенностями адаптации военнослужащих к окружающей среде, эндемичностью районов проведения боевых действий по различным острым контактным энтеровирусным инфекционным заболеваниям. Однако структура инфекционных заболеваний, обуславливается, как правило, вполне определенными факторами санитарно-эпидемической обстановки.

Организация медицинского обеспечения Вооруженных Сил зарубежных стран ☆

Анализ медицинского обеспечения войск в конфликтах последних десятилетий показывает, что значительный удельный вес в структуре пораженных может составлять категория лиц, временно утративших боеспособность, – пораженные психогенного профиля. Во время арабо-израильской войны в 1973 г. на 100 случаев боевых потерь приходилось 40-50 случаев психической травмы. В период операции «Буря в пустыне» в 1992 г. такую травму получили до 30 % офицеров и солдат иранской армии. Около 20 % военнослужащих армии США, эвакуированных из зоны боевых действий, имели расстройства психики. Отдаленными проявлениями такой патологии являются последствия расстройства психики – «синдром Персидского залива», «Вьетнамский синдром», «Афганский синдром», а в недалеком будущем и «Чеченский синдром», которым переболело уже несколько тысяч военнослужащих, принимавших участие в ВК в Чеченской Республике.

Среди обследованных военнослужащих, принимавших участие в Чеченском конфликте, около 70 % имели астено-депрессивные и психотические реакции различной степени выраженности, требующие мероприятий психологической и фармакологической коррекции.

Возможные пути оказания специализированной медицинской помощи в современных условиях. Опыт оказания медицинской помощи раненым и больным в вооруженных конфликтах последних десятилетий (Республики Афганистан, Таджикистан, Чечня, Иран, Ирак, Югославия) подтверждает, что чем раньше оказана специализированная медицинская помощь, тем лучше. [2,3,4,18].

Приведем сравнительный анализ организации и содержания специализированной медицинской помощи в войнах и вооруженных конфликтах XX-XXI вв. в военных госпиталях (ВГ), располагавшихся на границе с зоной боевых действий обозначенных в системе лечебно-эвакуационного обеспечения (ЛЭО) войск как МВГ 1-го эшелона.

В локальных войнах второй половины XX в. подходы к осуществлению специализированной хирургической помощи (СХП) в сравнении с ВОв, существенно изменились. Во время войны США в Индокитае в 1964-1973гг. СХП оказывалась в 7 хирургических госпиталях, развернутых на территории Вьетнама. Сроки доставки раненых в эти госпитали санитарными вертолетами составляли 35 минут [17,18].

В ходе боевых действий советских войск в Афганистане в 1979-1989гг. СХП раненым оказывалась в 650 армейском МВГ в г. Кабуле и 340 окружном военном госпитале в г. Ташкенте. Средние сроки оказания СХП раненым из-за противодействия авиамедицинской эвакуации и сложных условий высокогорья достигали 6 и более часов. В Афганистане СХП осуществлялась также многопрофильными группами медицинского усиления, выезжавшими в стационарно развернутые гарнизонные военные госпитали, омедб и омедр, располагавшиеся вблизи от проводившихся рейдовых операций.

В ходе вооруженных конфликтов в Югославии, Афганистане и Персидском заливе войска «многонациональных сил» блока НАТО и его союзников для оказания СХП использовали полевые мобильные ВГ и стационарные ВГ соседних государств [18].

Таблица 4

Структура пораженных и больных по классам и группам заболеваний в различных войнах и вооруженных конфликтах XX века и в мирное время (%) [11]

№ п.п.	Класс, группа болезней	ВОв	РА	ЧР	Мирное время ВС РФ 2002г.
I.	Инфекционные болезни.	35,27	56,5	34,0	33,2
II.	Новообразования	0,41	0,26	0,3	0,4
III.	Авитаминозы-расстройства питания	4,98	0,09	0,06	0,05
IV.	Болезни крови и кроветворных органов	0,12	0,02	0,02	0,01
V-VI.	Нервные и психические болезни	4,58	2,21	5,12	6,2
VI. Гр.2	Болезни глаз.	2,34	0,93	1,9	1,3
VI. Гр.3	Болезни уха горла и носа	1,61	0,97	2,2	2,4
VII.	Болезни системы кровообращения	6,46	1,8	5,1	4,1
VIII.	Болезни органов дыхания в т.ч. острая пневмония	7,93	4,1	12,5	9,3
		3,72	1,3	6,2	2,1
IX.	Болезни органов пищеварения	13,18	3,9	6,1	8,3
X.	Болезни мочеполовых органов	3,11	1,3	3,0	1,7
XI.	Болезни кожи и подкожной жировой клетчатки	7,67	9,9	14,5	18,4
XII.	Болезни костей, суставов и мышц	1,39	2,1	2,2	4,2
XIII					
Гр.1	Травмы не боевые	8,62	15,1	12,2	9,8
Гр.2	Отравления	0,63	0,13	0,8	0,14
IV.	Прочие болезни	1,0	0,69	1,0	0,5
Всего		100,0	100,0	100,0	100,0

Таблица 5

Сравнительная характеристика оперативных вмешательств в МВГ 1-го эшелона в ходе контртеррористических операций на Северном Кавказе, в % [6]

Структура операций	МВГ 1-го эшелона (1994-96гг.)	МВГ 1-го эшелона (1999-2002гг.)
Неотложные	14,3	14,3
Срочные	14,1	14,3
Отсроченные	30,2	32,9
Плановые	4,1	8,8
При заболеваниях	37,3	29,7
Всего...	100,0	100,0

Таблица 6

Характеристика показателей оказания хирургической помощи и лечения раненых и больных в МВГ 1-го эшелона в ходе контртеррористической операции на Северном Кавказе 1999-2002гг.

Показатели	МВГ г. Буйнакск		МВГ г. Моздок		МВГ г. Владикавказ		Всего	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Хирургическая работа госпиталей								
Общее количество операций	1901	26,9	3021	42,8	2139	30,3	7061	100,0
Количество операций при ранениях и травмах	1205	23,8	2007	39,6	1859	36,6	5071	100,0
Количество перелитой крови и ее компонентов (в литрах)	300	14,7	1403	70,0	331	16,3	1884	100,0
Количество эвакуированных раненых	1100	21,6	2600	51,0	143	27,4	5103	100,0

Структура оперативных вмешательств у раненых в периферических госпиталях ВС США во Вьетнаме и в МВГ 1-го эшелона на Северном Кавказе была во многом схожей.

В 1999-2002 гг. в трех МВГ 1-го эшелона (г. Буйнакск, г. Моздок, г. Владикавказ) произведено на специализированном уровне 86,4% от числа всех сложных операций, выполненных в медицинских частях и лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) зоны боевых действий. Нуждаемость раненых в оказании СХП в МВГ 1-го эшелона составила 57%. В этих госпиталях раненым проводились жезлеспасительные мероприятия и операции, направленные на предупреждение опасных осложнений, после чего в течение 2-3 суток осуществлялась стабилизация состояния и дальнейшая эвакуация санитарными самолетами в ВГ 2-3 эшелонов.

СХП в МВГ 1-го эшелона по своей структуре и в процентном отношении включала следующие вмешательства [11]: нейрохирургические операции-2,4% (трепанация черепа при продолжающемся наружном кровотечении и про-

Таблица 7

Показатели «движения» раненых и больных, поступивших в лечебные учреждения Северо-Кавказского военного округа (по состоянию на 1.12.2001 г.)

Вид и категория раненых (обожженных, травмированных) и больных	Поступило в ЛУ СКВО					Переведено (эвакуировано)					Умерло	Увылено
	Всего	В том числе			Выписано по выздоровлению	Всего	СКВО	других округов	в ЛУ других министерств и ведомств	Умерло		
		из омпед СпН	Из омпед	из МПп (медп)								
Раненые	8090	3411	1109	3570	4006	3498	2127	912	459	180	406	
Обожженные	555	139	8	408	352	171	119	30	22	21	11	
Травмированные	6129	2819	613	2697	4467	1483	865	443	175	56	123	
Больные	21530	12918	6459	2153	18205	3228	1870	1052	306	18	79	
ИТОГО	абс. ч.	36304	19287	8189	8828	27030	8380	4981	2437	962	275	619
	%	100,0	53,1	22,6	24,3	74,5	23,1	13,7	6,7	2,6	0,8	1,7
			100,0			100,0						

грессирующем сдавлении головного мозга, декомпрессионная ламинэктомия при сдавлении спинного мозга;

торакоабдоминальные операции – 19,8% (лапаротомия при проникающих ранения живота, торакотомия по поводу продолжающегося внутриплеврального кровотечения, ушивание открытого пневмоторакса, торакоцентез при напряженном пневмотораксе и гемотораксе, операции при внебрюшном ранении прямой кишки и мочевого пузыря);

травматологические операции – 17,0% (ПХО обширных и загрязненных кожно-мышечных ран с остеосинтезом огнестрельных переломов длинных костей таза, фиксация закрытых переломов;

ангиохирургические операции – 8,2% (остановка наружного кровотечения с наложением сосудистого шва, восстановление магистрального кровотока при некомпенсированной ишемии конечности;

узкоспециализированные операции (ЛОР, ЧЛХ, офтальмологические, урологические) – 17,7% при ранениях соответствующей локализации;

общехирургические операции – 35,4% (остановка профузного наружного кровотечения с перевязкой второстепенных сосудов; ампутация при отрывах и разрушениях конечности при необратимой ишемии; ПХО обширных и загрязненных ран, ран мягких тканей, кожно-мышечных ран без фиксации огнестрельного перелома.

Продолжительность лечения раненых и больных с определенными исходами в ВК варьировала в значительных пределах, что зависело от тяжести ранения (заболевания) и наличия или отсутствия осложнений.

Из общего числа всех раненых, с определившимися исходом 62,5% (во время ВК в Чечне) и более 60% (в период боевых действий в ДРА) было выписано в срок до 30 суток с момента поступления в лечебные учреждения. Остальные (26,1% и 37,3%) соответственно были выписаны в течение 5 месяцев, а 1,4% и 10,3% лечились более 150 суток.

Анализ средних сроков лечения раненых и больных, как одного из элементов лечебно-эвакуационной характеристики, позволяет нам определить и обосновать потребность в госпитальных койках в зоне ВК и принимать обоснованные решения по их оптимальному эшелонированию. Проблему своевременного оказания специализированной медицинской помощи, возможно, решить двумя путями.

Первый и наиболее приемлемый в современных условиях – срочная щадящая эвакуация раненого в специализирован-

ную лечебную организацию, развёрнутую вне зоны конфликта (военные медицинские организации Министерства обороны, больничные организации Министерства здравоохранения). Для этих целей, используются все имеющиеся транспортные средства, в том числе и авиационные санитарные средства [1]. Но они не всегда могут быть использованы по ряду причин (метеорологические условия, темное время суток и др.).

Второй путь – сосредоточение основных видов специализированной медицинской помощи непосредственно в районе массовых санитарных потерь. Реализация данного варианта возможна путем усиления военных медицинских частей оперативных объединений группами специализированной медицинской помощи, формируемыми за счет сил и средств военных медицинских частей и организаций центрального подчинения [5, 6].

Одним из решений поставленной задачи является научно-теоретическая разработка и медико-тактическое обоснование новых структур медицинской службы. Такой структурой для Вооруженных Сил Республики Беларусь, как уже отмечалось выше [7], может стать ВПГ (М), способный оказывать основные виды специализированной медицинской помощи и осуществлять лечение раненых и больных со сроками выздоровления до 20-30 суток, в том числе и инфекционных больных. Кроме того, он может обеспечить предэвакуационную подготовку всех остальных раненых для последующей эвакуации их на больничные койки Министерства здравоохранения (МЗ), а также в главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь (ГВКМЦ ВС РБ).

Существующая в Российской Федерации, в составе единой госпитальной базы, организационная структура военно-полевого многопрофильного госпиталя (ВПМГ*) в составе хирургического, ожогового и терапевтического отделений, по нашему мнению не обеспечивает потребностей ВС РБ в решении задач по оказанию основных видов специализированной медицинской помощи.

Аналитический обзор данных специальной военно-медицинской литературы, анализ работы военных госпиталей во время Великой Отечественной войны [9] позволяет по нашему мнению сформулировать **основные требования**, предъявляемые к организационно-штатной структуре ВПГ(М):

соответствие количества штатных госпитальных коек ВПГ(М) и их профилизация оптимальной по оперативнотыловым и медико-тактическим условиям величине и структуре ожидаемого входящего в госпиталь потока раненых и больных;

соответствие численности медицинского персонала ВПГ(М) штатным нормативам лечебных организаций МЗ; взаимозаменяемость лечебно-диагностических отделений и должностей личного состава медицинской службы; обеспечение работы в условиях перегрузки (до 1,5-2 раз) по отношению к штатной коечной емкости.

При проектировании новой организационной структуры ВПГ(М) штатной емкостью в 300 коек авторы исходили из экономической целесообразности создания компактной военной медицинской части, в которой будут работать врачи основных хирургических и терапевтических специальностей и где будут сконцентрированы специализированные койки на базе хирургического, ожогового и терапевтического отделений, наиболее востребованные в боевой обстановке, а также учитывались современные методологические аспекты проектирования организационной и организационно-штатной структур военных медицинских частей и организаций в современных условиях [15].

В целом приведенные данные являются важным обобщенным показателем объема и характера работы медицинской службы в зоне вооруженного конфликта.

Предлагаемая организационная структура ВПГ(М).

На основании вышесказанного, а также применительно к сценарию развития возможного военного конфликта с участием ВС РФ и предполагаемым условиям деятельности медицинской службы во время данного конфликта авторы предлагают новую организационную структуру ВПГ(М):

1. Управление госпиталя в составе: командование, медицинская часть, отдел кадров и строевая, отдел материально-технического обеспечения, финансовая служба.

2. Основные подразделения:

2.1. Лечебные:

хирургическое отделение на 60 коек в составе: общехирургические, ожоговые, торакоабдоминальные, урологические, гинекологические койки;

травматологическое отделение на 100 коек для раненых в верхние и нижние конечности, ангиохирургические койки;

нейрохирургическое отделение на 40 коек для раненых в голову, шею и позвоночник, для раненых в челюстно-лицевую область, для раненых с повреждением ЛОР-органов и органа зрения;

терапевтическое отделение на 80 коек для соматических, инфекционных больных, больных с психоневрологической и дерматовенерологической патологией;

отделение реанимации и интенсивной терапии на 20 коек;

2.2. Диагностические отделения и кабинеты, обеспечивающие лечебный процесс:

приемно-сортировочное отделение;
 диагностическое отделение;
 рентгенологическое отделение с кабинетом ультразвуковой диагностики;
 лабораторное отделение;
 отделение заготовки крови;
 патологоанатомическое отделение;
 физиотерапевтический кабинет.

3. Подразделения обеспечения и обслуживания (аптека, взвод материального обеспечения, автомобильная рота, взвод связи).

Эффективность данной организации заключается в концентрации в одной военной медицинской части врачей основных узких хирургических и терапевтических специальностей, всей оказываемой ими специализированной лечебной и консультативной помощи, что создает предпосылки более качественного приема, медицинской сортировки и оказания специализированной медицинской помощи и лечения, раненых с комбинированными и сочетанными ранениями (повреждениями).

Научная разработка и утверждение нового штата ВПГ(М) обеспечит упрощение всей системы лечебно-диагностических мероприятий и реализацию принципа оказания «ранней специализированной медицинской помощи»[5,6] всем категориям раненых и больных на любом эвакуационном направлении в различных видах боевого столкновения. Предлагаемая организационно-штатная структура ВПГ(М) позволяет обеспечить максимальную загрузку и эффективное использование лечебно-диагностической аппаратуры и приборов функциональных подразделений госпиталя, исключаются издержки по перевозке раненых и больных из одного госпиталя в другой, и позволит преодолеть многоэтапность в системе медицинского обеспечения войск, что значительно улучшит эффективность лечебно-ди-

агностических мероприятий и результаты лечения раненых и больных.

Литература

1. Бобров, Ю.М., Русев, И.Т. Некоторые аспекты авиамедицинской эвакуации при двухэтапной системе лечебно-эвакуационных мероприятий Материалы совместной II республиканской и Всармейской научно-практической конференции / СПб 1999. С. 20-22.
2. Брюсов, П.Г., Зуев, В.К., Бесленков, В.И., Самохвалов, И.М., Трусов, А.А., Герасимов, Г.Л., Цабиев, А.М. Организация оказания хирургической помощи раненым в гарнизонном госпитале, усиленном специализированной хирургической группой // Воен.-мед.журн.-1999, № 9.-С. 36-39.
3. Брюсов, П.Г., Хрупкин, В.И. Опыт организации хирургической помощи в период боевых действий в Чеченской Республике // Воен.-мед.журн.-1997.-№ 6.-С.4-11.
4. Брюсов, П.Г. Значение опыта медицинского обеспечения боевых действий в Афганистане для развития военно-полевой хирургии // Воен.-мед. журн.-1992.-N 4-5.-С. 18-22.
5. Гуманенко, Е.К., Самохвалов, И.М., Трусов, А.А., Головкин, К.П. Хирургическая помощь раненым в контртеррористических операциях на Северном Кавказе в отдельных медицинских отрядах специального назначения (Сообщение четвертое) // Воен.-мед.журн.-2006.-№ 1.-С.12-19.
6. Гуманенко, Е.К., Самохвалов, И.М., Трусов, А.А., Бадалов, В.И., Организация и содержание специализированной хирургической помощи в многопрофильных военных госпиталях 1-го эшелона во время контртеррористических операций на Северном Кавказе (Сообщение пятое) // Воен.-мед.журн.-2006.-№ 3.-С.7-18.
7. Ишутин, О.С. Организация специализированной медицинской помощи в вооруженном конфликте (Сообщение первое) // Военная медицина-2007.-№ 1.-С.124-125.
8. Вооруженные Силы Республики Беларусь: История и современность / Л.С. Мальцев.-Мн.: Асобны Дах, 2003-245 с.
9. Об утверждении Военной доктрины Республики Беларусь. Закон Республики Беларусь от 3 марта 2002 г. № 74-3 // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь от 17 января 2002 года № 6.
10. Опыт Советской медицины в Великой Отечественной войне 1941-1945гг. М. Медгиз 1949г.
11. Сосюкин, А.Е., Гайдук, В.А. Пути совершенствования терапевтической помощи в условиях локальной войны и вопросы подготовки кадров. // Воен.-мед.журн.-1997.-№ 1.-С.17-21.
12. Шейн, В.С. Медицинское обеспечение военнослужащих и перспективы его развития в Вооруженных Силах Республики Беларусь // Армия 2006.-№ 3.-С.8-9.
13. Шейн, В.С. Медицинская служба Вооруженных Сил Республики Беларусь: состояние и направления развития. // Военная медицина 2006.-№ 1.-С.4-6.
14. Шейн, В.С. Совершенствование некоторых вопросов организации медицинского обеспечения Вооруженных Сил. // Военная медицина 2007.-№ 1(2).-С.2-4.
15. Шелепов, А.М., Савченко, И.Ф. Методологические аспекты проектирования организационной и организационно-штатной структур военно-медицинских частей и учреждений / Воен.-мед. акад.-СПб, 2004.-С. 4-9.
16. Шелепов, А.М., Русев, И.Т. Организация медицинского обеспечения объединенной группировки войск в вооруженных конфликтах. Предназначение, задачи и организационная структура госпитальной базы (стационарной) / Учебное пособие.-СПб.: Изд. ВМедА им. С.М. Кирова, 2002. – 200 с.
17. Blood, C.G. The patient flow of wounded Marines within a multi-echelon system of care // Mil. Med. – 1999. – Vol. 164, № 6. – P. 423-427 /
18. Granville, R. Combat orthopedic injuries during Operation Iraq Freedom: The impact of humanitarian and prisoner-of-war care on a single Forward Deployed Combat Support Hospital / XXXV International Congress on Military Medicine. Abstracts. – Washington, D.C. – USA. – 2004. – P. 3.

*ВПМГ в составе ЕГБ ВС РФ предназначен для оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи раненым, больным и пострадавшим с комбинированными поражениями преимущественно при применении противником оружия массового поражения. Первое хирургическое отделение предназначено для лиц с комбинированными поражениями, у которых ведущим являлось ранение или закрытая травма. Второе хирургическое отделение предназначено для оказания помощи лицам, у которых ведущим поражением является ожог. Терапевтическое отделение предназначено для лечения лиц пораженных ионизирующим излучением и отравляющими веществами (в том числе с нервно-психическими расстройствами), имеющими одновременно травму и ожог, а также другие комбинированные или сочетанные поражения хирургического и терапевтического характера.